

Adresses de *Théorétiques*  
revuethéoretique@gmail.com  
06 BP 6295 Abidjan 06

---

© LE PAPHYRUS Éditions, Bouaké 2022

ISBN : 978-2-490574-09-4

ISSN : 2663 3132

Toute reproduction, quel que soit le procédé, est interdite sous peine de poursuites judiciaires.

# Théorétiques

## *Revue africaine d'épistémologie*

*Vol 1 N°04 décembre 2022*

Thème : LIBRE

Les revues scientifiques se rapportant à l'épistémologie sont rares en Afrique. La Revue Théorétiques a été mise au jour pour offrir un espace de publication aux chercheurs exerçant dans ce domaine. Elle vise ainsi à promouvoir la recherche épistémologique sur le continent. Opérant dans l'espace CAMES, sa ligne éditoriale s'inscrit dans les normes éditoriales établies par cette Institution. Théorétiques, Revue africaine d'épistémologie, se destine à publier des contributions originales en matière d'épistémologie *lato sensu*. Revue scientifique à comité de lecture, elle reçoit les contributions d'auteurs de tous horizons dont les réflexions contribuent au développement de la recherche sur les théories et pratiques du Savoir. Théorétiques, dirigée par une équipe de spécialistes, est affiliée à des organisations scientifiques telles que la Société Ivoirienne de Bioéthique d'Épistémologie et de Logique (SIBEL), la Chaire UNESCO de Bioéthique et le laboratoire Logiques, Savoirs, Rationalités (LSR) de l'Université Alassane Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire).

**LE PAPYRUS Éditions**  
**info@lepapyrus.ci**  
**(Côte d'Ivoire)**

#### Remerciements

La rédaction de *Théorétiques*, Revue africaine d'épistémologie, remercie tous les contributeurs à ce numéro ainsi que les évaluateurs. Elle exprime sa reconnaissance envers les différents partenaires : Chaire UNESCO de Bioéthique, Société Ivoirienne de Bioéthique d'Épistémologie et de Logique (SIBEL), laboratoire Logiques, Savoirs, Rationalités (LSR) de l'Université Alassane Ouattara et Papyrus Éditions.

Directeur  
Ignace YAPI

Rédacteur en chef  
Antoine N'GUESSAN DEPRY

Rédacteurs en chef adjoints  
Josué GUÉBO  
Christian Kouadio YAO

Comité scientifique

- Charles Zacharie BOWAO, *Professeur*, Logique et Philosophie des sciences, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- Lazare Marcelin POAMÉ, *Professeur*, Philosophie de la technique et Bioéthique, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Pierre N'ZINZI, *Professeur*, Philosophie / Épistémologie, Université Omar Bongo, Libreville, Gabon
- Ignace YAPI, *Professeur*, Logique, Histoire et Philosophie des sciences, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Yaovi AKAKPO, *Professeur*, Philosophie / Épistémologie, Université de Lomé, Togo
- Ramses BOA TIÉMÉLÉ, *Professeur*, Philosophie et Épistémologie des sciences endogènes, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Antoine N'GUESSAN DEPRY, *Professeur*, Épistémologie et Histoire des sciences, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- André Liboire M'BANI TSALA, *Professeur*, Bioéthique, Université de Dschang, Cameroun
- Noël N'Doumy ABÉ, *Professeur*, Anthropologie de la santé, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Ludovic Doh FIE, *Professeur*, Esthétique, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Aklesso ADJI, *Professeur*, Phénoménologie, Université de Lomé, Togo
- Michel Akissi GBOCHO, *Professeur*, Logique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Emmanuel CRÉZOIT, *Professeur*, Médecine réparatrice, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

- Antoine TAKO, *Professeur*, Neurosciences, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Arsène KOBÉA, *Professeur*, Physique des particules, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Comité de lecture

- Ramses BOA TIÉMÉLÉ, *Professeur*, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- André Liboire M'BANI TSALA, *Professeur*, Université de Dschang, Cameroun
- Antoine N'GUESSAN DEPRY, *Professeur*, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Noël N'Doumy ABÉ, *Professeur*, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Abou SANGARÉ, *Professeur*, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Komi KOUVON, *Professeur Titulaire*, Université de Lomé, Togo
- Auguste NSONSISSA, *Professeur Titulaire (HDR)*, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- Lucien BIAGNÉ, *Professeur Titulaire*, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- Josué GUÉBO, *Maître de conférences*, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Comité éditorial

Christian Kouadio YAO, Josué GUÉBO, Lucien BIAGNÉ, Bernadette Adjoua DANGO, Bernard Yao KOUASSI, Simplicie Kouassi KOUAKOU, Faloukou DOSSO

## TABLE DES MATIÈRES

**Romarc Yves Kouassi GOLI**

L'avènement de l'épistémologie non-cartésienne comme  
marque de progrès scientifique chez Bachelard..... 7-23

**Serge Armand BOUAFFOU & Mahamoudou KONATÉ**

De la critique du réalisme dans l'interprétation de  
copenhague..... 24-45

**Philippe NGUEMETA**

Leçons sur la testabilité intersubjective de Popper..... 46-70

**Mireille Alathé BODO**

La philosophie de la connaissance chez leibniz..... 71-90

**Issouf CAMARA**

Technicisation du monde et morale de la résistance chez  
Günther Anders..... 91-110

**Patrice Sablé LEHOUA**

Théorieanguilhemienne de la médecine : forces et  
faiblesses..... 111-132

**Péson SORO**

La théorie de la relativité : la révolution einsteinienne de l'espace  
et du temps en physique..... 133-153

**Offo Élisée KADIO**

Claude Bernard : Entre promotion d'une médecine  
expérimentale et la réification du vivant..... 154-177

**Angèle Amani KONAN**

Y a-t-il qu'une logique de la découverte scientifique ?..... 178-195

**Bernadette Adjoua DANGO**

La théorie de révision de croyances AGM et le raisonnement  
par abduction..... 196-213

# **Théorie canguilhemienne de la médecine : forces et faiblesses**

Patrice Sablé LEHOUA\*

## **Résumé**

Pour avoir fait une approche épistémologique et anthropologique de la médecine, G. Canguilhem a positivement influencé l'histoire de la philosophie médicale. Sa pensée médicale a, en effet, fait l'objet de plusieurs commentaires du fait de son originalité. Aussi, lorsque nous analysons ses conceptions vis-à-vis de la pratique médicale, nous constatons bien un humanisme qui tend à valoriser l'éthique médicale. Contrairement à Hippocrate qui a élaboré une éthique médicale pour l'exercice médical, l'approche de Canguilhem est épistémologique et conceptuelle. Mais la théorie canguilhemienne de la médecine n'a pas que des forces. La contribution essentielle de notre article vise donc à montrer que sa démarche épistémologique de la pratique médicale n'est pas sans faiblesses. regorge aussi bien des forces que des faiblesses que nous tentons dans ce texte.

**Mots-clés :** Approche épistémologique, Approche anthropologique, Éthique médicale, Humanisme, Philosophie médicale.

## **For an evaluation of medicine theory of Canguilhem**

### **Abstract**

For having done an epistemological and anthropological approach of medicine, G. Canguilhem has positively influenced the history of medical philosophy. Indeed, his medical thought has been subject of several comments because of its originality. Moreover, when we analyze his conceptions vis-à-vis of medical practice, we notice a humanism which tends to value the medical ethics. Contrary to Hippocrate, who has set

---

\*Patrice Sablé LEHOUA, Enseignant-chercheur, Département de philosophie, Université Alasane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire.

a medical ethic for the medical exercise, the approach of Canguilhem is epistemological and conceptual. However the problem is that Canguilhem's theory of medicine has not only forces. So, the interest of our article is to show that his epistemological method of medical practice is not without any weakness. On the contrary, it is abundant in forces as well as in weaknesses that we tempt to show in this article.

**Keywords:** Epistemological approach, Anthropological approach, Medical ethics, Humanism, Medical philosophy.

### Introduction

La théorie canguilhemienne de la médecine est une invite à la mise en application des règles de l'art médical et ce, pour une cause noble : l'humanisme. En effet, soucieux de la bonne santé de l'homme et conscient du manque de respect des règles qui régissent la pratique médicale, par certains médecins qui font fi du code de déontologie médicale dans l'exercice de leur fonction en tant que médecins, Canguilhem s'est engagé à lutter contre cet état de fait. Ce qui l'amena à écrire *Écrits sur la médecine*, après *La connaissance de la vie*, *Le normal et le pathologique* et bien d'autres ouvrages portant sur la vie, la santé ou le bien-être du vivant, de l'homme. Son intérêt à préserver la vie du vivant l'a amené à poursuivre ses études en médecine après celles de la philosophie, ayant pour objectif de parvenir à contribuer à la survie et au bien-être de l'homme. Dans le souci d'atteindre cet objectif, il a pu élaborer des théories aussi bien en philosophie, en biologie qu'en médecine. Mais quelles sont les forces et les faiblesses de ces théories ?

En vue de répondre à ce problème, nous allons montrer d'abord comment les théories de G. Canguilhem ont pu influencer la pratique médicale, en parlant de la portée éthique de ses idées dans un premier point intitulé forces de la théorie médicale de G. Canguilhem. Et enfin, comme dans la marche vers la connaissance, une vérité n'est jamais absolue, mais appelée à un dépassement, nous montrerons les insuffisances de la philosophie médicale de G. Canguilhem dans le second point que



nous intitulons faiblesses de la pensée médicale de G. Canguilhem. Pour atteindre notre objectif, nous mènerons ce travail sur fond de la méthode analytique et critique.

## 1. Forces de la théorie médicale de G. Canguilhem

Dans cette première partie, il sera question de montrer d'une part l'influence de la théorie de Canguilhem dans la pratique médicale et, d'autre part, de montrer comment son humanisme tend vers une valorisation de l'éthique médicale contemporaine.

### 1.1. L'influence des idées de Canguilhem sur la pratique médicale

De prime abord, il faut rappeler qu'avant G. Canguilhem, les médecins de l'Antiquité avaient compris que le mode de vie d'un patient influençait son risque de contracter une maladie. À cet effet, le serment d'Hippocrate obligeait les médecins à donner l'exemple par une vie saine. L'œuvre d'Hippocrate est considérée comme la déclaration d'indépendance de la médecine, qui de magique et sacrée, deviendra rationnelle. L'épilepsie, bien décrite par Hippocrate était appelée « maladie sacrée », titre d'un de ses traités. Selon ce modèle, « le corps humain est composé de quatre humeurs dont le juste tempérament est la condition de la santé » (Hippocrate, *Des épidémies* I, 3). La maladie évolue en trois phases :

changement des humeurs, en qualité ou en quantité (transformation ou déséquilibre).

1. la coction : réactions de « cuisson », par exemple la fièvre.

2. la crise : évacuation réussie ou pas de l'humeur mauvaise ou en excès.

3. La « crise » est le moment précis et décisif où tout peut basculer : soit la maladie commence à triompher, et le patient peut succomber, soit à l'inverse la guérison débute, et le malade peut se rétablir. Ces crises sont censées revenir à date régulière selon des « jours critiques ». Si une crise survient au cours d'une journée éloignée d'un « jour critique », cette crise est décisive de façon définitive (Hippocrate, *Des épidémies* I, 3)

Sont ainsi distinguées des affections des jours pairs et des jours impairs, de différentes périodes, ainsi que les fièvres quartes, quintanes, septanes, nonantes... Il s'agit d'une sorte de numérologie, où le nombre joue

un rôle de principe organisateur, analogue à celui d'Hésiode (jours fastes et néfastes) ou de Pythagore (proportions et harmonie). C'est une mystique des nombres qui, à partir de la réalité clinique des fièvres intermittentes, cherche à appréhender le déroulement de toutes les maladies.

Mais à travers ses idées, Canguilhem a pu donner une nouvelle appréhension de l'activité médicale. Il a permis de comprendre les concepts de maladie et de santé et a montré l'importance d'une relation entre médecin et malades dans la pratique médicale. Mais, il n'a pas fait table rase des théories de ses devanciers et principalement celle de C. Bernard telle que la méthode expérimentale. C'est une théorie qui ne accepte la vérité que par la démonstration expérimentale : observation, hypothèse, vérification et conclusion. Elle est hypothéticodéductive dans le but de permettre à l'homme déterminer scientifiquement la vérité en toute chose. Canguilhem voulait atteindre le même but que les autres médecins, c'est-à-dire le bien-être de l'individu. Mais, il va opter pour des pratiques quelque peu différentes. Voilà pourquoi à la différence d'A. Comte ou de C. Bernard, il va opter pour la pratique clinique qui consiste à examiner directement, sur le malade ; c'est ainsi que la médecine clinique s'oppose à la médecine théorique enseignée dans les cours magistraux ou étudiée dans les livres. Les signes cliniques sont des symptômes que le médecin peut observer par le seul examen direct (par opposition aux symptômes qui ne peuvent être décelés que par des examens radiologiques, des analyses chimiques...).

L'originalité de Canguilhem a donc été de prendre en compte le malade dans la pratique médicale, en lui donnant la possibilité de dire de quoi il souffre et quel genre de soins il souhaiterait qu'on lui applique. Il tient également compte de sa volonté consistant à se confier à une personne de son choix, digne de confiance. Par exemple, si l'on se trouve face à une situation d'état de santé très critique, où on a besoin de procéder par l'euthanasie (En France, depuis 2005, les situations de fin de vie sont encadrées par la loi Leonetti<sup>1</sup>. Cette dernière interdit l'acharnement

---

1- Jean Leonetti est un homme politique français né le 9 juillet 1948 à Marseille (Bouches-du-Rhône). Ancien vice-président du Parti radical puis de l'UMP et des Républicains, il est maire d'Antibes depuis 1995 et président de la communauté d'agglomération Sophia Antipolis depuis 2002. Il est principalement connu pour être à l'origine de la loi du 22 avril 2005 relative à la fin de vie, qui porte son nom.

thérapeutique, mais condamne l'euthanasie active. Dès lors, l'euthanasie, qu'est-ce que c'est ?

L'euthanasie, du grec ancien « eu » (bon) et « thanatos » (mort), désigne l'acte médical consistant à provoquer intentionnellement la mort d'un patient afin de soulager ses souffrances physiques ou morales considérées comme insupportables, soit en agissant à cette fin, soit en s'abstenant d'agir.

On distingue communément, à cet égard, l'euthanasie active de l'euthanasie passive. L'euthanasie doit enfin être distinguée du « suicide médicalement assisté » qui consiste, pour le corps médical, à donner au patient les moyens de mettre lui-même fin à sa vie.

C'est une pratique médicale en vue d'écourter la souffrance du patient : c'est le consentement éclairé qui consiste à prendre en compte le malade dans la pratique médicale, ce qui n'était pas le cas au XIX<sup>ème</sup> siècle. C'est pourquoi là où C. Bernard parle de l'expérimentation, il préconise la clinique, car selon lui, elle est l'approche la plus appropriée pour donner une image plus humaniste à la médecine. En effet, l'humanisme, c'est ce souci de subjectivité du patient qui nécessite selon Canguilhem, la mise en œuvre d'une relation personnelle entre le médecin et le malade. Ce faisant, la pertinence de ses idées et le caractère humaniste de sa pensée médicale aura un impact positif sur l'évolution des pratiques médicales et la génération post-canguilhemienne ne manquera pas de le dire. Par exemple, sa thèse sur "le normal et le pathologique" qui devint son ouvrage principal n'a pas manqué de commentateurs pour montrer la révolution qu'il a opérée dans la médecine.

Ainsi, directement ou indirectement, la compréhension que l'on a de la santé ou de la maladie, les combats éthiques qui sont menés pour donner un visage plus humain à la médecine de nos jours, paraissent s'inspirer de la pensée de Canguilhem. En effet, il montre dès son *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943), que l'organisme malade n'est pas dénué de normativité, il élabore de nouvelles normes d'adaptation. Ainsi, depuis 1946, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a donné une définition de la santé qui semble poursuivre les idées de Canguilhem. La santé se définit désormais comme

« un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>2</sup>. En d'autres termes, la santé n'est plus comprise uniquement comme un état physique normal. L'OMS rompt, de ce fait, d'avec le modèle biomédical, mettant ainsi l'accent sur la positivité de cette dernière et sur le point de vue de l'individu. Elle véhicule une vision globale de l'homme. Elle ne privilégie pas l'aspect purement somatique auquel se limite très souvent l'horizon médical. En effet, d'après le modèle biomédical, la santé consiste en l'absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques. Ceci définit alors une condition humaine normale (non différente de la moyenne) de bonne santé. Ce modèle se concentre sur les processus physiques, comme l'anatomopathologie, la biochimie, la physiopathologie, la radiologie. Il ne prend pas en compte le rôle des facteurs sociaux ou de la subjectivité individuelle. La mauvaise prise en compte de l'environnement limite la prise en charge préventive et des récurrences des pathologies.

Cette définition insiste sur l'aspect purement subjectif de la santé. Désormais, c'est le sujet qui proclame son état normal ou pathologique, puisque c'est son bien-être personnel qui définit la santé. La santé n'est plus seulement une question de vie organique ou biologique, mais de vie psychologique et sociale. Dès lors, le sujet qui est en bonne santé ou non, est le même qui peut dire s'il est malade ou non. D'où le caractère subjectif de l'idée de santé et de maladie chez Canguilhem. Le médecin, dans son rapport avec le malade, doit tenir compte de toute sa dimension humaine (son état d'esprit, son milieu de vie, son avis sur la maladie ou le traitement...), parce que ce sont toutes ces réalités qui lui procurent équilibre et bien-être. Ainsi, dans cette nouvelle approche, les malades en quête d'autonomie trouvent un soutien dans ce domaine d'études où la connaissance médicale de la santé ou de la maladie se trouve doublée d'une analyse du vécu individuel et collectif.

En outre, selon Alexandre Klein « les sciences humaines n'ont pu émerger que d'une anthropologie qui ne soit pas entièrement physiologique

---

2- Préambule à la constitution de l'OMS, telle qu'adoptée par la conférence internationale sur la santé qui s'est tenue à New York du 19 au 22 Juin 1946, et qui sera signée le 22 Juillet 1946 par 61 États avant d'entrer en vigueur le 07 Avril 1948.

et médicale. Il est donc normal qu'elles soient à l'origine d'une volonté de limitation des prétentions de la médecine sur l'homme (...). L'homme n'est plus un objet » (A. Klein, 2012, p. 312). De même, entre la fin des années 1960 et le début des années 1980, « de nouvelles notions de la maladie, du malade et du médecin se sont forgées corrélativement » (A. Klein, p. 313), démontrant l'existence d'un modèle anthropologique nouveau dans les préoccupations de santé des sujets. Ainsi, en élaborant la normativité comme une activité fondamentale d'individualisation du vivant, Canguilhem a en quelque sorte amorcé la question de l'autonomie. Pour ce faire, la relation médecin-patient est au centre du réseau d'interconnexions des disciples scientifiques qui qualifient la pratique médicale. C'est en ce sens que Canguilhem détermine le statut épistémologique de la médecine comme « somme évolutive des sciences appliquées » (G. Canguilhem, 1994, p. 413). Dorénavant, la médecine ne se conçoit plus comme une simple activité, précédée d'un savoir physiologique, qui ne se réduit pas à la connaissance. Mais elle engage l'utilisation des contenus scientifiques à l'égard d'une individualité vivante.

Par ailleurs, Paul Ricœur, allant dans le sens de la pensée de Canguilhem en ce qui concerne la médecine, énumère en 2001 dans son article, *Trois niveaux de jugement médical*, les trois aspects d'un jugement médical. Il s'agit de « l'insubstituabilité, l'indivisibilité de la personne et la reconnaissance de sa vigueur propre par le sujet malade » (P. Ricœur, 2001, p. 22). Lorsque nous analysons ces termes, nous voyons que le désir de Ricœur est de montrer d'abord au médecin qu'un malade est singulier et qu'on ne peut pas le substituer à un autre. Il est une totalité organique spécifique. Pour cela, Il doit être traité en tenant compte de son tout ontologique. Enfin, il demande au médecin de prêter attention au sujet malade, car il lui permettra de reconnaître sa propre valeur.

De même, le 04 Mars 2002, une loi dite « Loi Kouchner » a été adoptée en France, favorisant le respect de la personne et du concept d'autonomie. Cette loi stipule que :

- le patient est un sujet pensant et libre. La loi concrétise ici la volonté des professionnels de la santé affichée depuis 20 ans de sortir du paternalisme issu d'une tradition médicale où le médecin ordonnait et le patient obéissait et subissait.

- la transparence de la relation médecin-patient fondée sur la communication, il s'agit de rappeler que le secret n'est pas opposable au patient et que le médecin doit à son patient une information claire, loyale et appropriée sur son état.

- toute personne majeure peut désigner pour l'accompagner dans ses soins, y compris lors de l'annonce d'une maladie ou pour accéder au dossier, une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant<sup>3</sup>.

En 2014, Marie Gaille disait : « présenter un dossier sur la philosophie de la médecine, telle qu'elle s'élabore aujourd'hui en France, sans parler de la place essentielle qu'y occupe la pensée de Canguilhem, paraît difficilement concevable » (2014, p. 156). Pour Gaille, malgré l'évolution de la médecine, les idées de Canguilhem restent une référence, parce qu'il a laissé sa trace, pas seulement en médecine, mais en psychologie, en sociologie, en psychanalyse, en psychiatrie. En effet, pour Canguilhem, ces sciences humaines doivent accompagner l'activité médicale pour qu'elle soit équilibrée. Aussi, sa notion de normativité ne passera pas inaperçue dans l'évolution de la médecine.

En 2014, Philippe Barrier va s'inspirer de ce concept pour en créer un autre : « l'auto-normativité ». À cette notion de normativité du vivant, capacité fondamentale à créer des normes pour se perpétuer, Barrier adjoint le préfixe « auto » afin d'insister sur son « prolongement dans la conscience humaine ». Il l'a définie comme un « redoublement réflexif au niveau de la conscience individuelle de cette puissance naturelle de discrimination du pathologique » (P. Barrier, 2014, p. 17). En d'autres termes, tout comme la normativité se révèle avec plus d'évidence dans l'expérience de la maladie, l'auto-normativité s'enracine dans le vécu de la maladie chronique qui contraint le sujet à se mobiliser, à mettre en place des stratégies d'adaptation et d'innovation en vue de poursuivre son existence avec l'indélogeable pathologie. Des années après Canguilhem, l'on a compris que l'homme normatif est capable de s'organiser

---

3- Marie. Anne. CHAZEL, « la relation médecin-malade » in <http://cerclesdeschamailleurs.over-blog.com>, 2009, consulté le 22 Septembre 2017 à 13h 35 mn.

pour vivre en adéquation avec une maladie quelconque. Le malade n'est plus cet individu ignorant de son état intérieur dont le médecin, tout sachant, doit forcément ramener la santé.

En plus de cela, en vue de valoriser le patient, la médecine personnalisée a été promue au rang de priorité par les institutions modernes de la politique de santé, dans le cadre de la modernisation des institutions sanitaires pour une médecine moderne. En effet, les avancées scientifiques et technologiques ouvrent la voie aux soins du futur : une médecine personnalisée, capable d'analyser les spécificités génomiques de chacun, pour mieux répondre à ses besoins.

Chaque individu est unique et chaque malade l'est aussi. La médecine personnalisée consiste à adapter les traitements en fonction des caractéristiques des patients et de leurs maladies. Il s'agit d'anticiper, grâce à un test diagnostique sur les patients, ceux pour qui le traitement serait le plus bénéfique, et ceux pour qui il ne le serait pas. La médecine personnalisée vise aussi à mieux suivre chaque patient, en collectant, mesurant et analysant ses données de santé, pour adapter son cycle de soins à ses besoins. Cette approche innovante repose sur la révolution numérique et notamment le "big data". Appliqué à la santé, il permet de collecter les données individuelles avant de les interconnecter, les comparer et réaliser des analyses basées sur l'intelligence artificielle. Les professionnels et les entreprises de santé sont ainsi mieux armés dans leur compréhension des maladies existantes et de l'utilisation optimale des médicaments, mais aussi pour le développement de futurs traitements.

Cette médecine vient remettre au centre du processus de soins toutes les dimensions de la personne humaine, son existence biologique, psychologique et sociale. Elle permet de *réhumaniser* la médecine technoscientifique. Dans, « *Le patient « actionnable » de la médecine personnalisée* », Xavier Guchet écrit qu'elle a pour double objectif de : personnaliser les diagnostics et les traitements, les adapter au profil biologique notamment génétique, des individus et de mettre la qualité de vie du patient au cœur des dispositifs, en intégrant tous les aspects de la personne malade (ses problématiques, familiales, professionnelles). Il s'agit ici d'une médecine où les diagnostics et les thérapies tiennent compte non seulement de la

singularité biologique, mais aussi psychosociale de chaque patient. Tout ceci pour montrer l'importance de la personne humaine. Et c'est seulement dans un cadre clinique où le médecin est en observation directe avec le patient qu'il peut comprendre la dimension humaine de son activité. C'est ce que Canguilhem a bien souvent signifié.

De ce qui précède, nous retenons que la théorie de Canguilhem a eu un écho positif à son époque et après lui. De ce fait, nous le considérons comme un humaniste. Et, bien que cet humanisme soit épistémologique, il a permis de donner un coup de fouet au nouvel humanisme éthique moderne. Ainsi, dans la suite de notre analyse, nous montrerons comment de l'humanisme de Canguilhem, on peut arriver à une valorisation de l'éthique médicale.

## 1.2 De l'humanisme de Canguilhem vers une valorisation de l'éthique médicale

L'humanisme, selon André Lalande est un « mouvement d'esprit représenté par les humanistes de la Renaissance et caractérisé par un effort pour relever la dignité de l'esprit humain et le mettre en valeur (...) » (2010, p.421). En d'autres termes, l'humanisme, c'est une théorie qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. Cette théorie s'attache à la mise en valeur de l'homme. À partir de cette définition, nous pouvons dire que le combat de Canguilhem cadre clairement avec la philosophie humaniste : il faut reconnaître la valeur de l'esprit humain à contribuer efficacement à la connaissance des pathologies et de la thérapeutique.

En optant pour une approche anthropologique de l'art médical, Canguilhem montrait, en effet, l'importance du malade dans la représentation de la santé, de la maladie et de la guérison. Utiliser une approche qui prend en compte l'homme dans son unité, son individualité, qui considère que l'être humain reste une personne, même dans son état pathologique, c'est véritablement faire preuve d'humanisme.

Selon lui, la vie est précieuse. C'est pour cela que nous devons agir de telle sorte que la vie soit multipliée en nous et autour de nous. Aussi faut-il donner une place à la clinique, car c'est le lieu d'instauration de la



relation médecin-malade. Il faut l'indiquer, Canguilhem n'est pas un éthicien, mais par sa manière de concevoir l'activité médicale, nous estimons qu'il jette implicitement les bases de l'éthique médicale moderne. C'est dans cette optique que Marie Gaille (2014, p. 163), montre que Canguilhem était un homme à plusieurs facettes :

Il y a d'abord un Canguilhem des épistémologues, des historiens et des philosophes des sciences. Ensuite, un autre qui met en avant le sujet de la médecine, ce patient que la communauté aurait tendance à négliger, voire occulté derrière les formes objectives du savoir scientifique. Il s'agit du philosophe de la clinique à l'écoute du premier exégète de la maladie qu'est le patient, attentif à la manière dont la singularité et la subjectivité du patient peuvent être convoquées dans l'exercice de la médecine (...).

Mais ici, c'est le "second Canguilhem" qui, selon Gaille, tend vers l'éthique médicale. Canguilhem a une perspective bien ouverte qui introduit dans le rapport médecin-malade l'exigence de reconnaître l'indispensabilité du patient. Ainsi, lorsqu'on parle de respect de l'individu, de consentement, d'analyse clinique, l'on conçoit de manière éthique, la pensée épistémologique de Canguilhem. C'est dans un rapport entre le médecin et le malade que l'on peut parler de prise en compte de l'avis du malade.

En conséquence, il faut révéler la contribution de Canguilhem dans l'évolution de l'éthique médicale, car il est évident que sa pensée a fourni à l'éthique médicale son scénario, associé à la défense et à la promotion de l'individualité du patient.

L'éthique médicale peut se définir comme une bonne manière d'être et de se comporter dans l'activité ou l'exercice médical. Elle permet de régler le comportement des médecins conformément aux normes, aux principes et aux valeurs. Déjà dans le serment d'Hippocrate, cette recommandation transparaît et c'est ce serment que prêtent encore les médecins avant de commencer leur fonction. Cette attitude permet aux médecins de respecter, dans leur relation avec le patient, la volonté, la vie du malade et prendre en compte son consentement libre et éclairé dans les traitements. Dans les rapports médecins-malades, le médecin est tenu de bien traiter le patient, de respecter sa personne et l'impliquer dans les

soins. Le malade doit être au centre de l'acte médical. Ainsi, la philosophie de la médecine de Canguilhem prend en compte la subjectivité et l'individualité des patients. À cet égard, elle s'inscrit dans la logique de l'éthique médicale portant sur l'autonomie des malades et la reconnaissance de leurs droits. En parlant de son autonomie et le considérant comme un être doté de raison ou de conscience, nous estimons que l'homme est capable de faire ses choix et les assumer. C'est pourquoi si l'un des devoirs du médecin est de prendre soin du patient, un autre est de « le traiter comme un sujet de raison, de valeurs et de droits, de besoins, de vulnérabilité et d'affects » (C. Lefève, 2014, p. 200).

Dès lors, dans une relation médicale éthique, le cadre clinique est très important, dans mesure où c'est un cadre qui permet au patient de contribuer au traitement de la maladie dont il souffre. En effet se voyant accorder la liberté de s'exprimer sur sa santé qui est en mal, il peut permettre au médecin traitant de parvenir à son objectif qui n'est autre que de parvenir à sa guérison. La consultation médicale permet ainsi de comprendre le patient ou de le rendre capable de se comprendre lui-même. C'est alors le but de tout examen clinique de commencer par une période préparatoire, afin de permettre au patient d'être à son aise pour obtenir sa collaboration avec le médecin traitant. Ce temps est un prélude au soin, parce qu'échanger avec un patient, c'est lui donner une lueur d'espoir quelle que soit sa maladie. C'est cette approche humaine que préconisent les éthiciens. L'éthique médicale invite les praticiens qui souhaitent assurer une bonne relation de soin à ne pas se hâter de consulter. Il faut qu'ils optent pour la formule des humanistes ou des psychanalystes : ne vous hâtez pas, mais écoutez.

La réflexion sur l'éthique de la relation permet de se garder du paternalisme ou du moins de ses excès. Le paternalisme est caractérisé par une communication unilatérale et asymétrique allant du médecin vers le patient. Ce genre de modèle a peut-être eu son écho positif à une époque donnée, mais aujourd'hui, l'éthique invite à une sorte de tempérance de ce modèle en y intégrant, comme le dit Michel Lejoyeux (2011, en ligne), « l'empathie, le respect de l'autre dans ses différences d'opinions, ses caprices, et ses refus de soin. Elle limite la tendance que pourrait avoir

le médecin à se donner, outre son rôle de soignant, une action de directeur de conscience ou de maître à penser ou à vivre ». Il s'agit ici pour le médecin, de distinguer le bien médical qui relève de ses compétences du bien existentiel qui relève de l'autonomie du patient. De toute évidence la relation médecin-patient doit être perçue comme contractuelle en tenant compte de l'avis du malade dans des prises de décision puisque c'est de sa vie qu'il s'agit.

S'agissant du consentement, il est demandé aux médecins de tenir compte de l'avis du malade sur le traitement adéquat. Il ne faut pas lui imposer une thérapie qui ne lui conviendrait pas. Il faut que le médecin tienne compte de son cadre de vie, son environnement, ses moyens. C'est en cela qu'il doit *a priori* connaître son patient, tisser un lien avec lui et surtout faire preuve d'humanité envers lui. L'homme est un être de désir, de volonté, d'autonomie, de dignité, même dans son état pathologique. Il mérite respect et considération. Le consentement doit être une obligation, une nécessité que l'on a le devoir de respecter. Le médecin n'a pas le droit de décider à la pace du patient tant que celui-ci en a la capacité. Le respect de l'autonomie n'est possible que lorsque le malade est conscient.

Dans certaines situations d'urgence, lorsque le principe d'autonomie ne peut être respecté, le médecin doit avoir pour repère le principe de bienfaisance. Et s'il n'est plus capable de le faire, sa famille ou son entourage peut le faire. C'est ce que le philosophe Martin Buber appelle "le dialogue au-delà du colloque singulier". Ce dialogue s'étend à la famille du patient, lorsque le patient est un enfant ou est en difficulté à s'exprimer de manière autonome. Le médecin, lui, ne peut que faire des propositions. Il n'est pas un tout sachant, il a aussi des défauts. « Pour guérir les misères du monde malade, il faut pleinement être humaniste » écrit M. K. N'Dri, (2016, p. 36). Le patient est en droit d'être bien informé sur la thérapie que veut adopter le médecin afin de donner son avis. Le malade seul doit décider en fonction de ses moyens, de son environnement, de son âge, s'il veut suivre un traitement (cas de maladie chronique ou incurable). Selon Michel Lejoyeux, le modèle éthique ou humaniste d'une relation médicale est caractérisé par trois points principaux :

-l'échange de l'information : il est bilatéral. Le médecin apporte sa connaissance au patient et celui-ci informe le médecin de ses préférences.

-le processus de délibération. Il s'agit d'une discussion caractérisée par l'interaction. Les parties s'efforcent d'arriver à un accord.

-la décision commune de traitement : elle implique au moins deux décideurs, le médecin et le patient (M. K. N'Dri, 2016, p. 36)

Eu égard à ce qui précède, nous retenons que dans la relation médicale entre médecin et malade, l'éthique médicale met le patient au centre de tout soin. Son objectif est d'humaniser la pratique médicale. C'est pourquoi elle estime que le malade en tant que personne humaine, a son autonomie, son droit à l'information, son consentement libre et éclairé à donner. Toutes ces connotations sont à respecter par tous les praticiens. Alors quand on parcourt toutes ces formes de principes liées à l'éthique médicale, la plume de Georges Canguilhem ne passe pas inaperçue. En réalité, Canguilhem posait les pas éthiques, humanistes dans sa philosophie médicale.

Il considère le malade comme un nouveau paramètre que le médecin ne doit pas négliger dans l'économie de la maladie, puisque sa contribution, en tant que l'être portant la maladie, peut éclairer le médecin. Soulignons également que l'approche clinique de Canguilhem ne se limite pas à la communication verbale entre soignant et soigné, car une observation clinique peut se faire avec un sourd-muet ou même un cadavre. C'est un champ paradigmatique que scrute Canguilhem, en vue de contribuer à une solution durable qui consiste à endiguer des situations pathologiques dans la vie de l'être vivant humain.

Néanmoins, en dépit des mérites de Canguilhem, il faut noter que la médecine est une discipline en constante évolution. De plus, une théorie n'est jamais une vérité absolue. Elle est, de ce fait, susceptible d'être dépassée. Il va donc de soi que l'appréhension de la maladie, de la santé ou de la relation médecin-malade connaisse une évolution. Par conséquent, dans la seconde partie de notre travail, nous parlerons des insuffisances de la théorie canguilhemienne et des nouvelles appréhensions de l'activité médicale à l'époque contemporaine.

## 2. Faiblesses de la pensée médicale de G. Canguilhem

Comme toute entreprise cognitive, la théorie canguilhemienne de la médecine, nonobstant son avancée et son apport dans la pratique médicale, connaît des insuffisances. Ainsi, nous parlerons d'abord des insuffisances dans l'application de la méthode clinique de Canguilhem. Nous mettrons ensuite en évidence ses faiblesses qui nécessitent un dépassement face à l'apport de l'informatique dans la relation médecin-malade à l'ère de la techno-science.

### 2.1. Les insuffisances de la théorie clinique de G. Canguilhem

G. Canguilhem, comme tous ses précurseurs, a dans sa philosophie médicale, porté plusieurs critiques à l'encontre de ses devanciers, particulièrement à l'encontre de C. Bernard

Ainsi, Canguilhem a critiqué C. Bernard, parce qu'il estimait que celui-ci était dans un dogme positiviste, en ce qui concerne la compréhension du normal et du pathologique, de la santé et la maladie et même de la guérison. Pour Canguilhem, en effet, C. Bernard a surestimé ses expériences sur le diabète en les appliquant à toutes les autres pathologies. Cependant, à bien analyser les idées de Canguilhem lui-même, nous réalisons qu'il est aussi tombé dans un dogmatisme.

En voulant valoriser l'approche clinique dans la médecine, Georges Canguilhem a pratiquement substitué la clinique au laboratoire comme si, dans l'activité médicale, l'approche du laboratoire n'avait pas sa place ou n'avait aucune importance dans la connaissance des pathologies.

Toutefois, la pensée canguilhemienne n'est pas exclusive, car si ses conceptions sont fondées en raison, cela n'exclut pas la pertinence des théories de C. Bernard. La clinique et le laboratoire sont deux méthodes indispensables pour une médecine efficiente, puisque l'un sans l'autre, déséquilibre toujours l'activité médicale et donne de n'avoir qu'une connaissance partielle des pathologies ou du vivant. Et cette collaboration a été mieux perçue par C. Bernard. Il ne manque pas de le dire dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Selon lui, en effet, « le sujet d'étude du médecin est nécessairement le malade, et son premier champ d'observation est par conséquent l'hôpital » (C. Bernard, 1966, p.

199). Mais il estime qu'« il faut ajouter à la clinique, le laboratoire pour connaître la nature des maladies » (C. Bernard, 1966, p. 199). En d'autres termes, pour C. Bernard, l'on ne peut remettre en cause le fait que la médecine commence forcément par la clinique, car c'est elle qui détermine et définit le problème médical. Toutefois, elle doit être accompagnée des analyses du laboratoire. Elle ne peut pas à elle seule définir la médecine.

Par ailleurs, comme le dit F. Dagognet, le corps humain n'est plus purement somatique, il est aussi un *continuum* techno-somatique. Autrement dit, l'homme est devenu un sujet de la technique. Mais cette éventualité technique de la médecine n'a pas forcément été perçue par Canguilhem, ou il la refusait. Parlant de la normativité, Canguilhem ne la concevait uniquement qu'au niveau biologique et social. Cependant, nous remarquons aujourd'hui que cette normativité peut être technique, c'est-à-dire qu'il est possible pour l'organisme d'être normatif avec des objets techniques. Par exemple, lorsqu'un individu est obligé de porter une prothèse, son organisme s'adapte à cette nouvelle situation artificielle. De même, pour une greffe de cœur artificielle, l'organisme va prendre en compte, de manière normative, ce nouveau cœur et fonctionner à nouveau d'une manière ou d'une autre.

Ainsi, pour une meilleure appréhension de l'art médical, les différentes approches telles que l'imagerie médicale, l'informatique et la médecine personnalisée doivent être conseillées ; encore que la médecine, avec l'évolution des technologies a, elle aussi bénéficié de grandes révolutions. Aujourd'hui, l'on ne peut contester l'importance de l'informatique dans tous les domaines d'activités, y compris celle de la médecine personnalisée.

Ce faisant, même si la méthode de laboratoire est indispensable quelquefois comme l'est la clinique, en cette époque contemporaine, à l'ère de l'informatique et du numérique, d'autres approches paraissent plus appropriées dans la relation médecin-malade. Et cela permet de donner la chance au médecin et au patient de combattre les pathologies avec des informations sûres et exactes. C'est à cet effet qu'une autre grande révolution, après celle inaugurée par Hippocrate, a été opérée au niveau médical avec l'apport du numérique et l'informatique.

## 2.2. La pensée médicale de Georges Canguilhem face aux révolutions de l'imagerie médicale computationnelle

La médecine, comme bien d'autres disciplines, connaît une évolution rapide grâce à la révolution technologique. Aujourd'hui, l'utilisation des outils techniques dans n'importe quel domaine, s'avère indispensable et la médecine ne déroge pas à cette idéologie. C'est pourquoi il est important de montrer que le rapport médecin-malade prend d'autres formes, en s'adaptant aux circonstances et à l'époque actuelle. En ce XXI<sup>ème</sup> siècle, de nouvelles approches médicales ont pris forme, dépassant les anciennes considérations, même si celles-ci ont connu en leur temps des moments d'exploit. Dans la connaissance du vivant, l'on assiste à une croissance de moyens qui permettent de connaître presque avec exactitude l'organisme d'un individu. Les pathologies, qu'elles soient physiques ou psychologiques, sont diagnostiquées avec un peu plus de précision, par des appareils très perfectionnés et efficaces, qu'avec les anciennes méthodes.

Ainsi, dans la relation clinique entre le médecin et le malade, l'objectif du médecin est de faire un diagnostic exact et correct de la pathologie de l'individu qui se présente à lui, afin de trouver la bonne thérapie. À cet effet, toutes les approches sont mises en évidence (le laboratoire, la clinique...).

Cela veut dire que les techniques de la clinique (palpes, observation directe ou questionnement) ou de laboratoire de vivisection ancienne, ne peuvent plus être des méthodes totalement plausibles aujourd'hui dans la connaissance du vivant et des pathologies. Les temps changent, les outils médicaux changent également afin de s'adapter à leur époque. Pour une bonne prise en charge thérapeutique, il faut être sûr du diagnostic et de la maladie ; et c'est ce que des savants, par le biais de l'informatique, arrivent à faire. Présentement, de nouvelles méthodes comme l'imagerie médicale computationnelle révolutionnent le domaine médical.

Cette approche quasiment informatisée, est l'œuvre de Nicholas Ayache, nouveau titulaire de la chaire « Informatique et Sciences numériques » au collège de France (2014). Son champ de recherche est un croisement de sciences numériques et de la médecine. Son objectif est de concevoir des logiciels de traitement informatique des images médi-

cales afin d'aider le médecin dans son activité clinique. Ainsi, il vise à enrichir le diagnostic en faisant ressortir à partir d'images médicales, des informations objectives et cliniquement essentielles. La finalité de tout cela est d'assister la pratique thérapeutique.

Les images médicales sont ubiquitaires et incontournables dans la médecine. Elles permettent d'établir un diagnostic fiable, de juger la sévérité d'une pathologie et l'efficacité d'un traitement. Par des moyens qui existent pour certains depuis le XX<sup>ème</sup> siècle, le scanner ou la tomodesitométrie (1972), l'IRM\* (1980), pour ne citer que ceux-là, des savants vont améliorer l'art médical. Ils vont donner de l'importance à ces instruments à travers l'informatique.

En outre, selon Nicholas Ayache, l'imagerie médicale peut aider le médecin et le patient :

D'abord, pour aider au diagnostic, « l'imagerie médicale peut être utilisée en première intention. C'est le cas dans le dépistage des cancers du sein par la mammographie pour confirmer ou infirmer un diagnostic supposé »<sup>4</sup>. En d'autres termes, la radiographie des seins peut détecter avec exactitude le cancer par les images qui y ressortent. Ce faisant, il n'y a aucun doute : par l'imagerie, le diagnostic est affiné.

Ensuite, parlant de l'évaluation de la sévérité d'une maladie, on émet l'idée selon laquelle « grâce à la scintigraphie, on peut par exemple, repérer des métastases et donc récupérer le niveau de dissémination d'un cancer dans l'organisme »<sup>5</sup>, c'est-à-dire que par la scintigraphie \*, le médecin peut voir la croissance d'un organisme pathogène ou d'une cellule tumorale à distance du site initial et percevoir le niveau d'éparpillement du cancer dans le corps de l'individu. Nous pouvons voir en cela l'importance de l'imagerie dans cette activité. Aussi, par le biais de la scintigraphie, en cardiologie, l'on peut évaluer au niveau du cœur au repos ou lors d'un ef-

---

4- É. Dehousse et al. « Imagerie médicale », in (<http://www.inserm.fr>, consulté le 09 Octobre 2022 à 09 h 48 mn)

5- É. Dehousse et al. « Imagerie médicale », in (<http://www.inserm.fr>, consulté le 09 Octobre 2022 à 09 h 48 mn)

\*La scintigraphie est un examen qui sert à analyser les organes et leur fonctionnement, grâce à une caméra spécifique. Pratiquée après injection d'un produit faiblement radioactif et non toxique, la scintigraphie peut concerner par exemple les os, la thyroïde ou le cœur.9 juin 2022



fort, le débit sanguin afin de statuer sur le degré de dysfonctionnement de certaines artères. Lorsque les images sont aussi claires, il est possible de prendre en charge ce malade dans sa thérapie sans risquer de se tromper.

Enfin, dans la prise en charge et le suivi thérapeutique du malade, l'imagerie par « la comparaison des clichés pris à des temps différents, offre au corps médical un moyen de suivre l'évolution d'une maladie ou encore d'une fracture osseuse. Dans 30 à 40% des cas, le support de l'imagerie a permis de modifier l'attitude thérapeutique, au bénéfice des patients » (Ibidem)

Aussi, existe-t-il une autre modalité d'imagerie qu'on appelle l'IRMF (Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle) qui sert à visualiser les différentes structures et en particulier les « tissus mous » tels que le cerveau, la moelle épinière, les viscères, les muscles ou les tendons. Grâce à elle, l'on est plus informé sur les mécanismes de l'addiction ou de maladies mentales telles que l'autisme (syndrome caractérisé par un repli sur soi-même, une perte de connaissance avec la réalité et une difficulté à communiquer avec les autres). Par elle, on peut juger du comportement d'un individu à l'état de maladie mentale même si cela n'est pas visible. Par exemple, un individu qui commet un crime, à travers des analyses du cerveau par IRM, l'on peut détecter qu'au moment du crime ; cet individu a eu une crise passagère.

Après un travail minutieux effectué à travers les images, le type de thérapie pour venir à bout de la pathologie peut être conçu à l'avantage des malades. À travers ces données de l'imagerie, le médecin a maintenant la capacité de créer des patients numériques personnalisés. Ce qui va lui permettre d'intégrer dans les informations provenant des images anatomiques et fonctionnelles du patient, des renseignements qui décrivent son histoire singulière et sa maladie.

Selon Nicolas Ayache\*, « le patient numérique personnalisé n'est rien d'autre que cet ensemble de données numériques et d'algorithmes permettant

---

\*Nicolas Ayache, in (<http://www.inria.fr>, consulté le 09 Octobre 2017 à 09 h 44 mn)  
Nicolas Ayache, né le 1er novembre 1958 à Paris, est un informaticien français membre de l'Académie des sciences. Nicolas Ayache est directeur de recherche de classe exceptionnelle à l'Inria, centre Sophia Antipolis-Méditerranée, premier directeur scientifique de l'Institut Hospitalo-Universitaire de Strasbourg (2012-2015) et professeur invité au Collège de France (2014).

de reproduire à plusieurs échelles la forme et la fonction dynamique des principaux tissus et organes d'un patient donné ». C'est alors qu'à partir de l'imagerie, Ayache va concevoir la médecine computationnelle qui est aujourd'hui révolutionnaire. Une sorte de composante informatique de la médecine qui n'a point pour prétention de remplacer le médecin, mais de lui fournir des moyens numériques pour l'aider dans son exercice médical en faveur du patient.

Dans cette analyse, nous remarquons que toutes ces méthodes ont pour seul but le bien-être du malade afin de le soulager de ses maux. Subséquemment, avec l'imagerie computationnelle, les diagnostics sont simplifiés, la connaissance de la pathologie est plus aisée et thérapeutique augmente sa crédibilité. Il serait même possible de prédire l'évolution d'une maladie. Par ce progrès numérique dans le domaine médical, on veut voir comment l'informatique et les sciences numériques peuvent accompagner le passage de la médecine normalisée à une autre plus personnalisée, préventive et prédictive. Sans rejeter les anciennes méthodes, parce qu'elles ont leur importance jusqu'aujourd'hui, la médecine veut s'insérer dans cette avancée technologique qui, malgré des défaillances est arrivée à montrer par des outils son apport positif dans tous les domaines d'activités.

### **Conclusion**

La philosophie médicale de G. Canguilhem a eu un écho favorable dans la pratique médicale contemporaine. Par sa nouvelle théorie sur la maladie et la relation médecin-malade, cette philosophie a contribué à l'évolution de la médecine et de l'éthique médicale. G. Canguilhem demeure d'actualité, car il a su proposer à la pratique médicale de nouvelles normes pour consolider son humanisme. Cependant, une théorie n'étant pas une vérité absolue, nous avons pu déceler quelques insuffisances dans la pensée médicale de Canguilhem avec les révolutions de l'imagerie médicale contemporaine. Toutefois, il convient de préciser que ce ne sont pas des révolutions de nature à rompre d'avec l'approche de Canguilhem, au contraire elles viennent la renforcer en lui apportant l'efficacité qui faisait défaut. On pourrait donc dire que loin de s'opposer radicalement,

les deux approches : approche canguilhemienne de la médecine et celle des révolutions de l'imagerie demeurent complémentaires.

### Références bibliographiques et webographiques

BERNARD Claude, 2013, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion.

CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et la pathologique*, Paris, Quadrige / PUF.

CANGUILHEM Georges, 1994, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin.

CANGUILHEM Georges, 2002, *Écrits sur la médecine*, Paris, Éditions du seuil.

GAILLEMarie, 2014, « La philosophie de la médecine après Canguilhem » in *Revue de métaphysique et de morale*, Paris, PUF.

KLEIN Alexandre, 2012, *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*. Thèse soutenue le 10 Décembre 2012, à l'université de Lorraine.

LEFEVECéline, 2014, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical » in *Revue de métaphysique et de morale*, n°82, Paris, PUF.

N'DriKouassiMarcel, 2016, *La pratique du consentement en contexte médico-culturels hostiles*, Québec, Les Éditions Différence Pérenne.

Philippe, 2014, *Le patient autonome*, Paris, PUF.

RICCEUR Paul, 2001, « Les trois niveaux du jugement médical » in *Le juste 2*, Paris, Esprit

AYACHE Nicolas, « Le patient numérique personnalisé : images, médecine, informatique » in <http://www.inria.fr>, consulté le 09 Octobre 2017 à 09 h 44 mn.

DEHAUSSE Éric et al. , « Imagerie médicale », in <http://www.inserm.fr>, consulté le 09 Octobre 2017 à 09 h 48 mn

Michel LEJOYEUX, « contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques » in [www.academie-médecine.fr](http://www.academie-médecine.fr), 2011, consulté le 12 Septembre 2017 à 10 h 37 mn.

Éric DEHAUSSE et al. , « Imagerie médicale », in <http://www.inserm.fr>, consulté le 09 Octobre 2017 à 09 h 48 mn

Xavier Guchet, « *Le patient « actionnable » de la médecine personnalisée* » in (<http://socioanthropologie.Revues.org/1648>, consulté le 15 Juillet 2021 à 11h 35mn)

---

Mise en page : LE PAPHYRUS Éditions  
Achévé d'imprimer en Côte d'Ivoire  
3<sup>e</sup> trimestre 2022  
Dépôt légal N° 14931