

Séance publique du 4 janvier 2016

## Le symptôme et le signe

par Jean RIBSTEIN

Professeur à la Faculté de Médecine  
Conférencier invité

---

### MOTS-CLÉS

Signe - Symptôme - Sémiologie - Sémiotique - Clinique.

### RÉSUMÉ

La sémiologie s'est constituée à partir de l'Antiquité en analyse des symptômes et des signes (étymologiquement *co-incidence* et *marque*) qui permettent le diagnostic médical. Elle s'est autonomisée à l'âge classique en élargissant son champ d'étude vers la recherche du sens et l'élaboration de la connaissance. En tant que discipline, elle a débordé les domaines de la logique et de la linguistique pour toucher l'ensemble des sciences humaines. A travers ses transformations successives, la médecine est restée fondamentalement sémiologique et la distinction entre signe et symptôme a une pertinence clinique.

---

## I – Introduction

La sémiologie est l'étude des signes et de leur utilisation dans la recherche du sens et l'élaboration de la connaissance, elle tend à se constituer en science des significations. Le XX<sup>e</sup> siècle a assisté à la consécration académique de la discipline et à la diffusion en tous sens d'un mode d'analyse qui va jusqu'à affirmer que tout est signe. L'année 2015 a célébré le centenaire de naissance de Roland Barthes, figure emblématique de la sémiologie et premier titulaire d'une chaire dédiée au Collège de France. A l'occasion d'un colloque tenu en 1969<sup>(1)</sup>, Barthes confrontait sémiologie générale et sémiologie médicale et notait, au-delà d'une identité de mot, des correspondances de systèmes et de structures. Reconnaisant l'antériorité de la sémiologie médicale mais déplorant l'absence de conceptualisation et de théorie des signes dans les traités médicaux, il empruntait à Michel Foucault (1926-1984) une opposition entre le symptôme et le signe, entre "*la forme sous laquelle se présente la maladie [...] un phénoménal qui précisément n'a encore rien de sémiologique*" d'une part et "*un produit explicite du langage en tant qu'il participe à l'élaboration du tableau*

*clinique du discours du médecin*” d’autre part. Il concluait dans une perspective linguistique structuraliste au caractère orthodoxe du signe médical du point de vue de sa composition. Mais il se demandait si la nature sémiologique de la maladie correspondait à un moment historique et si la médecine était encore véritablement sémiologique.

## II – La fabrique des mots

Sémiotique est au XVI<sup>e</sup> siècle un terme médical, sémiologie le sera aussi par la suite comme en atteste Emile Littré, médecin lui-même avant d’être lexicographe. Le mot grec *sêmeiôtikê* “observation des signes” se rapporte à la partie de la médecine qui traite des signes auxquels on reconnaît les maladies. Le verbe *sêmeion* “marquer d’un signe” dont il dérive provient de *sêma* “caractère distinctif” (en latin classique *signum*) qui désigne une marque faite par incision, dont on peut penser qu’à l’origine elle avait trait au marquage du bétail.

Symptôme (du grec *sumptôma* “tombé ensemble”, littéralement “coïncidence” *cum-incidere*) est également un terme médical, désignant un phénomène lié à un état morbide qu’il permet de déceler. Les premières traces du mot en langue française en sont montpelliéraines, dans une édition de la *Grande chirurgie* de Gui de Chauliac, sous la transcription homophone *sinthome* au XIII<sup>e</sup> siècle et sous l’orthographe actuelle au XVI<sup>e</sup> siècle dans la traduction de Jean Canappe, médecin et membre du cercle des “*anticques amys*” de Rabelais. Par figure ultérieure, l’usage classique nomme symptôme ce qui manifeste un état ou une évolution, et tient pour symptomatique ce qui est révélateur d’une situation matérielle ou d’un état d’esprit.

Il est sûr que les champs sémantiques du signe et du symptôme, initialement inscrits chacun dans un espace et un temps propres, vont s’entrecroiser dans l’histoire et dans l’usage courant.

## III – L’émergence de la sémiologie médicale : le symptôme comme signe

La plus ancienne trace d’une démarche sémiologique médicale, en l’espèce une recherche de signification à partir de l’interrogatoire et de l’examen physique d’un patient par un médecin, se trouve dans le papyrus Edwin Smith, vraisemblablement la copie d’un texte datant de près de 3000 ans avant notre ère<sup>(2)</sup>. “*Si tu examines un homme qui présente tel ou tel symptôme, alors tu diras à son sujet : il a ceci*”. Les chapitres de ce rouleau, rangés par région anatomique, décrivent les signes pronostiques de traumatismes de guerre dans une approche qui délaisse la pensée magique ou mystique prévalant en ces temps. Il est très probable que ce type d’enseignement a survécu au déclin de la civilisation égyptienne et a été connu des grecs anciens.

La tradition honore Hippocrate (-460/-370) du titre de “Père de la Médecine” et l’école de médecine de Montpellier s’est explicitement placée sous ses auspices : “*Olim Cous, nunc Monspeliensis Hippocrates*”. Quatre siècles avant notre ère, le corpus hippocratique abonde en observations précises – “*Au moment où le pus va se former, la douleur et la fièvre sont plus intenses qu’après sa formation*” – et

témoigne de la conviction que les maladies peuvent avoir une explication rationnelle. Le mot *diagnôsis* (de la racine indoeuropéenne gno<sup>o</sup>- “connaître”) signifie alors diagnostic médical aussi bien que discernement et décision. Le médecin oriente le pronostic au premier regard (le *facies hippocratique* évoque ainsi une agonie imminente) puis palpe le corps dénudé et s’enquiert de l’allure fébrile, des signes généraux (soif, anorexie, prostration, surexcitation...) et de l’aspect des évacuations (sueurs, selles...). “*Pour moi, je ne ferai point de telles divinations, mais j’écris les signes par lesquels on doit conjecturer, parmi les malades, quels guériront et quels mourront, quels guériront et quels mourront en peu ou en beaucoup de temps*” lit-on dans Prorrhétique 2. C’est probablement la justesse réitérée du pronostic plus que la cohérence (à nos yeux) du diagnostic au sens strict qui a fait la réputation de cette école.

Il ne reste presque rien de la sémiologie de ce temps. Le corpus hippocratique et le savoir contemporain ont peu de points communs quant au cadre nosologique – qui est plus un référentiel de signification pour le diagnostic qu’un simple catalogue de maladies. C’est ainsi que les médecins de l’Antiquité ont noté la co-incidence de modifications de l’extrémité des doigts et d’anomalies à l’examen de la poitrine ; leurs successeurs ont rapporté cet *hippocratisme digital* à des maladies principalement broncho-pulmonaires ; mais c’est tout récemment seulement qu’ont pu être établis un enchaînement plausible des mécanismes conduisant à ces déformations digitales<sup>(3)</sup> et une épidémiologie des maladies en cause<sup>(4)</sup>. Galien (129-216) laisse une œuvre synthétique et critique de la tradition hippocratique marquant la médecine pour plusieurs siècles mais la sémiogénèse fait peu de progrès avant les découvertes anatomiques et physiologiques initiées à la fin du Moyen Âge.

“*La vie est courte, l’art est long, l’occasion fugitive, l’empirisme dangereux, le raisonnement difficile*”, proclame le premier des aphorismes. L’importance attachée à la collection des symptômes et au détail des observations dans le corpus hippocratique n’empêche pas la théorie humorale d’être tenue pour dogmatique par les adeptes de la médecine empirique. Malgré le souci rationaliste fondateur de la pensée hippocratique, il faudra bien du temps pour que la démarche diagnostique des médecins se sépare complètement de la divination (du latin *divinare* “accomplir des choses divines”). Et c’est hors de la médecine que se travaillera la question du signe et du sens, donnant alternativement la primauté à l’un ou à l’autre, comme le souligne Paul Ricoeur (1913-2005)<sup>(5)</sup>. Le signe est d’abord relié aux *idées* – dont Socrate (-470?/-399) enseigne qu’elles peuvent être substituées par leurs définitions mais que Platon (-428?/-348?) sépare de la réalité sensible – puis aux *concepts* – dont Aristote (-384/-322) pose qu’ils sont des *formes* dégagées de l’expérience sensible par un processus d’abstraction. “*J’appelle universel ce dont la nature est d’être affirmé de plusieurs sujets, et singulier ce qui ne le peut*” est-il écrit dans *Peri Hermeneias* 7. Les formes abstraites sont reprises à l’époque médiévale sous le nom d’universaux dans l’étude du rapport entre langage et pensée. La grammaire spéculative du XIV<sup>e</sup> siècle analyse les modes de désignation et de signification et fait l’inventaire des éléments constitutifs du langage. Mais la grammaire, la rhétorique, la logique et tout ce qui n’est pas encore l’herméneutique, ne sont alors que des disciplines propédeutiques ouvrant à la philosophie et à la théologie. Et en lien avec l’exégèse biblique, Thomas d’Aquin (1225-1274) définit l’interprétation comme la

découverte du sens caché d'un texte ; l'autorité de l'Église ratifie la clôture des quatre sens (littéral, allégorique, moral, mystique) comme limite à la multiplicité des interprétations.

Arnaud de Villeneuve (1235?-1311), homme de foi débattant de théologie et de morale mais rationaliste dans l'exercice de son métier, étudie et enseigne à Montpellier la médecine d'Hippocrate et de Galien revue par Rhazès (865-925) ; il critique l'approche purement empirique, réfute l'idée d'une science essentiellement spéculative, dénonce les associations superficielles entre médecine et philosophie et rapporte que les médecins de l'école de Montpellier *"très appliqués d'ailleurs à savoir l'universel, n'omettaient pas la science du particulier, de façon qu'ils s'occupaient plutôt des guérisons particulières, d'enseignement, de véritables expériences, qu'ils ne se retranchaient toujours derrière les universaux"*.<sup>(6)</sup>

#### **IV – L'avènement de la sémiologie générale : l'analyse du signe**

C'est au XVII<sup>e</sup> siècle que la sémiotique quitte le champ de la médecine pour celui de la philosophie avec John Locke (1632-1704), médecin et philosophe, proche de Thomas Sydenham (1624-1689), appelé "père de l'observation clinique" et "Hippocrate anglais". Peu après un séjour à Montpellier<sup>(7)</sup>, Locke publie une tripartition de *"tout ce qui peut entrer dans la sphère de l'entendement humain"*, distinguant la philosophie naturelle, la morale et la sémiotique - *"les moyens par où l'on peut acquérir la connaissance [des] choses et la communiquer aux autres [...partie qui peut] être appelée Σημειωτική ou connaissance des signes ; et comme les mots en font la plus ordinaire partie, elle est aussi nommée assez proprement logique"*.<sup>(8)</sup>

S'élabore alors une théorie réellement sémiotique de la connaissance où les mots sont à la fois les vecteurs de sens et les représentants des idées dans l'esprit. Pour Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780) dont le sensualisme remanie le conceptualisme empiriste de Locke, la seule source de connaissance est la sensation. Il remplace la métaphore lockienne de la *tabula rasa* par celle de la *statue animée* : l'âme initialement vierge de toute perception est éveillée par des combinaisons de sensations marquées de plaisir ou de douleur, d'où dérivent par transformation l'attention et le raisonnement appuyé sur la mémoire des expériences.

Deux siècles plus tard, Ferdinand de Saussure (1857-1913) est à l'origine d'une sémiologie générale : *"On peut donc concevoir une science qui étudie la vie des signes au sein de la vie sociale ; elle formerait une partie de la psychologie sociale, et par conséquent de la psychologie générale ; nous la nommerons sémiologie. Elle nous apprendrait en quoi consistent les signes, quelles lois les régissent [...] La linguistique n'est qu'une partie de cette science générale"*. Formé à la philologie allemande, rompu aux langues indoeuropéennes, élève du fondateur de la sémantique Michel Bréal, il pose les fondements structuralistes de la linguistique. *"Le signe linguistique est donc une entité psychique à deux faces [...] Nous appelons signe la combinaison du concept et de l'image acoustique [...] Nous proposons de conserver le mot signe pour désigner le total, et de remplacer concept et image acoustique respectivement par signifié et signifiant"*.

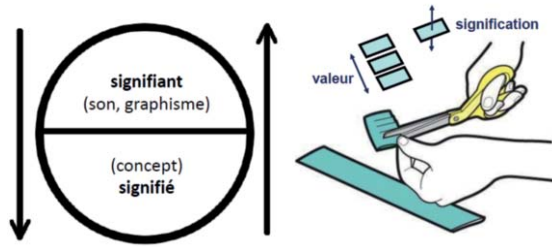


Figure 1 - Structuration du signe selon Saussure

Les développements de la sémiologie linguistique vont s'énoncer sous forme d'articulations binaires, d'oppositions et de dédoublements. La dichotomie centrale distingue la langue et la parole : d'un côté, un code permettant la communication, une institution sociale, un contrat collectif et autonome, un système de valeurs à l'intérieur duquel le signe est comme une pièce de monnaie qui vaut pour un certain bien et par rapport à d'autres pièces ; de l'autre, un message, un acte individuel d'actualisation du discours par la combinaison de signes. La langue est à la fois le produit et l'instrument de la parole. Les rapports unissant les termes linguistiques s'établissent sur deux axes – syntagmatique (la chaîne parlée, *in presentia*) et paradigmatique (associatif/systématique, *in absentia*) – correspondant à deux types d'activité mentale (découpage et classement, métonymie et métaphore, dénotation et connotation). Barthes dit dans son analyse de la sémiologie médicale qu'un syndrome (un ensemble cohérent de symptômes) est l'équivalent d'un "syntagme figé". Tout système sémiologique comporte deux plans, l'un d'expression (les signifiants) et l'autre de contenu (les signifiés), avec chaque fois deux strates, de substance et de forme. Ces oppositions binaires se retrouveront sous diverses formes (système et procès, structure et événement...) dans la généralisation de l'analyse sémiologique à l'ensemble des sciences de l'homme. Selon l'intuition de Umberto Eco (1932-2016), la démarche sémiologique, notamment hors du champ linguistique, doit passer par l'identification des *fonctions sémiotiques* plutôt que par une typologie des *signes*.<sup>(9)</sup>

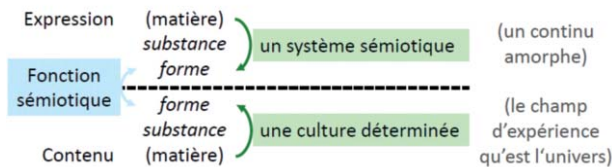


Figure 2 - Fonction sémiotique selon Eco

Partant de la logique des fondements mathématiques, Charles S. Peirce (1839-1914) construit de façon indépendante une théorie trichotomique des catégories et un système sémiotique. Sa "morale terminologique" lui fait renommer pragmatisme (de *pragma*, le résultat de *praxis*, l'action) le courant philosophique qu'il a fondé mais dont le nom prête à équivoque ; de même, il préfère le terme de phanéroscopie (*phaneron* "ce qui est visible") à celui de phénoménologie. Il cherche à dégager de "tout ce qui est, de quelque façon ou en quelque sens que ce soit, présent à l'esprit",

les éléments formels “*logiquement indécomposables*”. Sa méthode est expérimentale plutôt qu’intuitive comme celle que propose Edmond Husserl (1859-1938). Il ne définit pas le signe comme la plus petite unité significative mais l’analyse selon les trois catégories du sentiment, de l’existence et de la médiation. Toute chose, tout phénomène – aussi complexe soit-il – peut être considéré comme signe dès lors qu’il entre dans un processus sémiotique, ce rapport triadique d’une chose représentant une autre chose pour quelqu’un. Selon ses termes, un *representamen* (un premier) est une pure potentialité avant d’être interprété ; il représente un *objet* (un second) qu’il ne peut faire connaître si ce dernier n’est pas déjà connu par expérience collatérale et antérieure ; il déclenche un *interprétant* (un troisième) quand il est pris en considération par un interprète. Cet interprétant devient à son tour un *representamen* qui renvoie par l’intermédiaire d’un deuxième interprétant au même objet – objet *immédiat* tel que le signe le représente, que Peirce distingue de l’objet *dynamique* tel qu’il est dans la réalité. Et ainsi de suite jusqu’à un interprétant logique final. Les renvois itératifs de la sémiose sont généralement interrompus par ce que Peirce appelle *l’habitude d’esprit*.

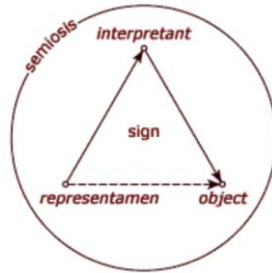


Figure 3 - Fonctionnement de la sémiose selon Peirce

La sémiotique logique et catégorielle de Peirce et la sémiologie linguistique et empirique de Saussure (toutes deux de publication posthume) ont divers prolongements. La Sémantique générale d’Alfred Korzybski (1879-1950)<sup>(10)</sup> revient notamment sur “*l’effet de celui qui parle sur ce qu’il nomme*” et sur la place du langage dans la perception. Korzybski note que la perception implique toujours une activité d’abstraction et qu’il est impossible de la séparer rigoureusement de la connaissance. Un événement se produit d’abord à un niveau non-verbal (silencieux, in-dicible) qui peut éventuellement être contemplé (expérimenté sous forme visuelle) avant d’être pensé (évalué sous forme verbale). La limitation des “*vieilles lois de la pensée*” qui amène Korzybski à fonder un système non-aristotélien peut se comprendre à partir de l’analogie avec une carte : une carte *n’est pas* le territoire, *ne représente pas tout* le territoire (voir Fig. 4) et devrait idéalement inclure une carte de la carte, etc., indéfiniment.

## V – Naissance et aléas de la clinique

En français comme en latin et en grec (*klinikos* “qui concerne le lit”), le terme clinique se rapporte à la médecine exercée “au chevet du malade”. Dans la lignée de François de Le Boë (dit *Franciscus Sylvius*), Herman Boerhaave (1668-1738) fait ouvrir à Leyde un secteur hospitalier dédié à l’enseignement au lit du malade,



*Figure 4 – “Une carte n’est pas le territoire” : le monde connu au XIII<sup>e</sup> siècle Carte d’Ebstorf, nommée d’après le couvent bénédictin en Basse-Saxe où elle fut découverte et probablement créée, détruite en 1943 et reconstruite d’après des copies anciennes.*

annonçant l’hôpital académique moderne et la médecine fondée sur l’observation fouillée du corps des patients. Cette organisation est ensuite diffusée dans toute l’Europe, et notamment en 1793 à l’hôpital Saint-Eloi de Montpellier sous la direction de Jean-Baptiste-Théodore Baumes.<sup>(11)</sup>

“Il est question dans ce livre de l’espace, du langage et de la mort ; il est question du regard”.<sup>(12)</sup> Ainsi commence l’analyse que fait Michel Foucault de ce moment autour de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle qui “fait apparaître sous le regard et dans le langage ce qui était en deçà et au-delà de leur domaine”, qui pose “la spatialisation et la verbalisation fondamentales du pathologique, là où prend naissance et se recueille le regard loquace que le médecin pose sur le cœur vénénéux des choses”, qui fait coïncider exactement le “corps” de la maladie et le corps de l’homme malade. Ce moment où “une grammaire des signes s’est substituée à une botanique des symptômes”. Non seulement la naissance de la science clinique est le fait explicite du langage mais la maladie devient le champ d’un véritable langage. Le regard du médecin sur le corps malade allongé dans le lit d’hôpital (ou sur le corps mort déposé sur la table d’autopsie) réorganise l’espace de la maladie. La méthode anatomoclinique qui prévaut en médecine à partir du XIX<sup>e</sup> siècle met en correspondance des symptômes ressentis par le malade ou des signes découverts par le médecin avec des lésions objectivables par l’anatomie pathologique (et de nos jours par les diverses formes d’imagerie). Elle rend compte d’une relation entre le visible et l’énonçable. La médecine donne à voir et dit ce qui est vu. L’expérience du sensible peut devenir un objet scientifique.

Le XIX<sup>e</sup> siècle est le temps d'un formidable essor de la sémiologie clinique, allant de l'auscultation des poumons et du cœur à l'exploration des réflexes et du fonctionnement du système nerveux. Le docteur Marc Dax (1770-1837) de Sommières qui a noté une association entre troubles du langage articulé et impact crânien de coups de sabre pendant les batailles napoléoniennes, suggère le premier en 1836 de localiser dans l'hémisphère gauche du cerveau ce qu'il appelle "l'oubli des signes de la pensée". Et Jacques Lordat (1773-1870), de la faculté de Montpellier, pose les fondements de l'aphasiologie à partir de sa propre expérience de 1825 : *"Je m'aperçus qu'en voulant parler je ne trouvais plus les mots dont j'avais besoin [...] Ma pensée était toute prête. Mais les sons qui devaient la confier à l'intermédiaire n'étaient plus à ma disposition. Je me trouvais donc atteint d'atalie incomplète [...] Je me sentais toujours le même intérieurement."* Mais la relation entre cerveau, langage et pensée est encore bien mystérieuse : *"On a vainement déroulé les plis du cerveau, ils sont restés muets à cette investigation; ils n'ont révélé aucune trace des actes sublimes qui s'y opèrent pendant la vie."*<sup>(13)</sup>

A la fin du siècle est créée à Paris la première (au monde) chaire de neurologie pour Jean-Martin Charcot (1825-1893). En vingt ans, Charcot a transformé le quartier "Vieilles-Femmes" de l'Hospice de la Salpêtrière, véritable cour des miracles dédiée aux indigentes et aux aliénées, en clinique neurologique de référence internationale. Il a été aidé entre autres par Guillaume-Benjamin Duchenne, dit de Boulogne (1806-1875), son maître en anatomie pathologique, pionnier de la biopsie, adepte de l'exploration électrique et de la photographie. *"Regarder, regarder encore, regarder toujours, c'est ainsi seulement qu'on arrive à voir"*, disait Charcot qui décrivit beaucoup et minutieusement, par écrit et par croquis, les signes cliniques de ses patients. Une longue liste d'éponymes s'attache aux maladies et aux signes cliniques étudiés par les médecins de cette école. Lors des *Leçons du mardi*, ouvertes au public en 1880, Charcot recourt à l'hypnose comme moyen expérimental de reproduire la crise hystérique. Mais *"l'exposition des sujets en état de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme, de sujets présentant des crises violentes, ressemblait trop à de la mise en scène théâtrale"* dira son fidèle élève Joseph Babinski, par ailleurs à l'origine du terme pithiatisme pour décrire des troubles fonctionnels qui apparaissent sans cause organique, par suggestion ou sous l'influence d'un traumatisme affectif, et qui sont guérissables par la persuasion.<sup>(14)</sup> Si *"l'idée de simulation n'est que trop souvent fondée sur l'ignorance du médecin"*, comme le dit Georges Gilles De La Tourette, un autre de ses élèves, la méthode anatomo-clinique – *"l'étude soigneuse des symptômes associée à la constatation du siège anatomique des lésions après la mort"* – selon les termes de Charcot – n'est pas d'une grande aide pour ces fins sémiologiques quand ils abordent le champ des troubles de la pensée et du comportement.

Cette période de clinique triomphante doit beaucoup à l'élargissement de ses bases scientifiques, sous l'influence notamment de Claude Bernard (1813-1878), successeur de François Magendie (1783-1855) dans la chaire de physiologie expérimentale du Collège de France. Théoricien de la méthode expérimentale et du concept d'homéostasie, cantonné à distance du soin individuel, il applique cependant son strict déterminisme à chaque résultat de laboratoire et se méfie de l'avènement de la médecine numérique. L'approche numérique était prédite par Pierre-Simon Laplace (1749-1827) : *"La théorie des probabilités n'est au fond que du sens commun réduit au calcul ; elle nous rend capables d'apprécier avec exactitude ce qu'un esprit fin*



ressent avec une sorte d'instinct dont il est souvent incapable de rendre compte". Elle est prônée par Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), le "père de la statistique médicale" : "*la méthode numérique est la base fondamentale et unique de toutes les sciences médicales*". Elle sera consacrée par William Osler (1849-1919), le "père de la médecine moderne" – "*La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité*". Elle conduit Adolphe Quetelet (1796-1874) au concept d'homme moyen dont chaque caractère a une valeur centrale autour de laquelle sont groupées les mesures suivant une courbe normale<sup>(15-a)</sup>. Sur fond de méthode anatomo-clinique, de médecine instrumentale et d'hygiénisme, la mise au point d'une technique simple de mesure débouche à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle sur l'identification de la première "maladie quantitative", l'hypertension artérielle.

Or l'identification du pathologique par un chiffre issu de l'examen clinique ou plus tard d'un examen de laboratoire, va bouleverser considérablement le champ de la médecine. Le rapport entre les signes et les maladies qu'ils signalent s'était déjà largement distendu depuis le temps de Philippe Pinel (1745-1826) ; à la jonction de la médecine d'observation du XVIII<sup>e</sup> siècle et de la médecine clinique du XIX<sup>e</sup> siècle, il rejetait toute idée de médecine quantitative ou humorale et analysait chaque entité résultant d'un ensemble et d'une succession de symptômes pour bâtir sa classification des maladies<sup>(16)</sup>. La désignation du pathologique est arbitraire quand elle n'est basée que sur un seuil de variation au-delà d'une norme et la délimitation objective de la santé devient bien difficile à cerner. Georges Canguilhem (1904-1995), philosophe et médecin, affirme avec force "*l'indépendance logique des normes et des moyennes*" et "*l'impossibilité définitive de donner sous forme de moyenne objectivement calculée l'équivalent intégral du normal anatomique ou physiologique*".<sup>(17)</sup> Il prend ici le parti d'un certain Vitalisme et d'une "médecine des malades" – dans la tradition hippocratique – par opposition à une "médecine analytique" des maladies – développée dans l'héritage du Galénisme.

## VI – Retour sur le symptôme

Sans réfuter l'opinion de Barthes citée en introduction, il s'avère que les anciens traités de sémiologie médicale ont parfois ébauché une théorie des signes. Ainsi Augustin Jacob Landre-Beauvais (1772-1840), élève de Pinel et professeur de médecine clinique, propose-t-il une structuration du signe en trois étages : "*Le phénomène est tout changement du corps, sain ou malade, perceptible par les sens. Le symptôme est un changement, une altération de quelques parties du corps ou de quelques-unes de ses fonctions, produit par une cause morbifique et perceptible aux sens. Le signe est tout phénomène, tout symptôme, par le moyen duquel on parvient à la connoissance d'effets plus cachés ; il se rapporte à l'état actuel, à ce qui a précédé, à ce qui surviendra*".<sup>(18)</sup> Analyse reprise par Auguste-François Chomel (1788-1858), prédécesseur d'Armand Trousseau (1801-1867) à l'Hôtel-Dieu et à la Chaire de Clinique Médicale : "*Il est bon de rappeler ici qu'en pathologie, le phénomène est l'acte apparent, le changement visible qui s'opère dans le corps sain ou malade ; que le symptôme est le phénomène lié à la maladie, et rattaché à quelque état morbide des fonctions ou des organes ; que le signe est le symptôme interprété, le symptôme dont le médecin scrute la valeur pronostique, pour asseoir son jugement sur la marche, sur le traitement et sur l'issue de la maladie*".<sup>(19)</sup> Cette

division annonce l'analyse de Foucault et évoque la trichotomie phénoménologique de Peirce : le *ton* est l'état premier du phaneron, la simple perception que quelque chose s'est modifiée ; la *trace* (selon la traduction de *token* par Michel Balat<sup>(20)</sup>) est un second, le ressenti ouvert au langage et ouvrant à la sémiologie ; le *type* est un troisième, dans l'ordre généralisable du savoir médical. Mais aujourd'hui comme autrefois, le recours au médecin se fait dans la majorité des cas sur un signe d'appel (fatigue, douleur, perturbation de quelque fonction : respiration, digestion...). L'analyse phénoménologique ou anthropologique n'intervient guère dans le raisonnement du médecin qui est souvent, au quotidien, une simple reconnaissance de forme, au mieux une démarche hypothético-déductive – une abduction ou devinette dans les termes de Peirce. La force du modèle anatomo-clinique persiste. Dès lors qu'il suppose la cause d'un symptôme, le médecin contemporain sépare le fonctionnel de l'organique – ce qui est imputable à une lésion visible par l'imagerie ou *in fine* la biopsie. Il prend en considération mais à un moindre degré ce qui est mesurable par la biologie ou l'exploration fonctionnelle et reconnu de façon consensuelle par le canon de la médecine basée sur la preuve d'études randomisées contrôlées. Il ne sait trop que faire de plusieurs symptômes non objectivables, les *plaintes somatiques médicalement inexplorables* (fatigue chronique, fibromyalgie, intestin irritable...)<sup>(21)</sup>.

Que dire de la présentation, le 23 octobre 1888, de cette jeune femme hospitalisée à la Salpêtrière pour un bâillement de cinq à sept secondes survenant huit fois par minute ?<sup>(22)</sup> Charcot a introduit une nouvelle vision des phénomènes hystériques en les considérant comme des signes de maladie et non des simulacres, découvrant qu'ils n'étaient pas l'apanage de la femme et y intégrant les paralysies post-traumatiques. Sigmund Freud (1856-1939), neurologue et pathologiste confirmé quand il séjourne à Paris d'octobre 1885 à février 1886, s'intéresse à la théorie traumatico-dissociative de Charcot et transitoirement à l'hypnose. Se fondant sur la cure par la parole et la psychanalyse qu'il met au point, il considère le symptôme comme la séquelle de traumatismes psychiques dans la mémoire inconsciente et pense que le refoulé issu d'un conflit entre les instances du psychisme fonctionne comme le substitut d'une satisfaction pulsionnelle. La clinique du regard de Charcot a fait place à la clinique de l'écoute de Freud.

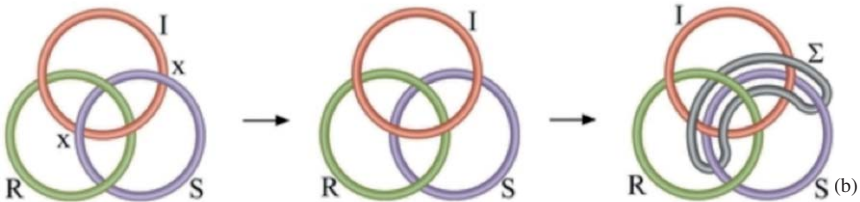


Figure 5 – Dans la représentation topologique de Lacan, le sinthome ( $\Sigma$ ) est un quart élément compensatoire, à fonction de suppléance, dans la mesure où le nœud des trois anneaux borroméens (Réel, Symbolique, Imaginaire) ne tient pas de lui-même.

Revisitant l'œuvre de Freud, Jacques Lacan (1901-1981) repère l'analogie entre les processus de déplacement et de condensation (le mot dit à la place d'un autre et le mot d'esprit dans le discours de la névrose) d'une part, et les figures de la métonymie et de la métaphore (les deux moyens de produire de la signification dans le langage) d'autre part. Il estime que "... toute l'œuvre de Freud est à déchiffrer en fonction d'une grille linguistique qui n'a été inventée qu'après lui" et que "l'inconscient de Freud est structuré comme un langage".<sup>(23)</sup> Sa réflexion sur la nature de l'être humain parlant (le parlêtre) le conduit à avancer la théorie des trois ordres. L'Imaginaire est ce à quoi s'ouvre l'enfant qui, au stade du miroir, fait la différence entre image et représentation et découvre le signe – ce qui est mis là pour autre chose, ce qui désigne cette chose et ne l'est pas. Le Symbolique est ce qui résulte de la dimension organisatrice du langage. Le Réel reste ce qui ne peut être nommé et ne relève pas du langage. Lacan, qui a été frappé dès ses années de formation par le discours de la psychose – "une parole qui a renoncé à se faire reconnaître"<sup>(24)</sup> – et par l'œuvre de Joyce, va proposer un retournement de la signification du symptôme, "un langage dont la parole doit être délivrée"<sup>(23)</sup>. Reprenant la graphie médiévale de *sinthome* (*suntithémi* "mettre ensemble"), il fait du symptôme une solution, le produit de l'inconscient pour tenter de combler le manque à être, ce qui résiste en partie à l'interprétation, le sujet dans sa singularité.<sup>(25)</sup>

Le corps est souvent le porte-parole du symptôme. Barthes écrit "Ce que cache mon langage, mon corps le dit". Françoise Dolto (1908-1988) élabore le concept de l'image inconsciente du corps, propre à chacun, distincte et parfois divergente du schéma corporel qui est en principe le même pour tous. La prise de conscience de son corps est une étape de l'individuation et de la structuration du sujet. L'image inconsciente du corps est liée à une histoire commençant avant même la naissance, elle se structure par le langage des parents (parole mais aussi gestes et regards) et par la mise en place de l'interdit. Elle devient le support du narcissisme et "l'incarnation symbolique du sujet désirant". L'expérience clinique montre que sa pathologie est chaque fois un échec de la symbolisation, c'est-à-dire une insuffisance du discours adressé à l'enfant et un manquement de l'interdit.

Trousseau rapporte dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* de 1861 que l'attaque d'asthme la plus sévère qu'il ait jamais éprouvée s'est produite dans des circonstances de ressentiment majeur à l'égard de son cocher. Le concept psychosomatique s'est construit dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle comme une approche globale de l'homme malade visant à prendre en compte une dimension psychique dans le déroulement de certaines maladies organiques. Mais sa place reste discutable.<sup>(26)</sup> L'élaboration détaillée du mécanisme de l'ulcère gastro-duodéal par l'école de Chicago apparaît par exemple bien dogmatique face à la démonstration d'une origine microbienne (*Helicobacter Pylori*) de la maladie. Freud écrit en 1917 que "la psychanalyse espère découvrir le terrain commun qui rendra intelligible la rencontre d'un trouble somatique et d'un trouble psychique. Pour parvenir à ce but, elle doit se tenir à distance de toute présupposition d'ordre anatomique, chimique ou physiologique et ne travailler qu'en s'appuyant sur des notions purement psychologiques".<sup>(27)</sup> Il situe l'inconscient sur une "autre scène" et ne fait jamais usage du terme psychosomatique. Et à sa façon plus abrupte, Lacan dit vouloir "[...] non pas [...] réfuter le fameux parallélisme psycho-physique qui est, comme

*chacun sait, une foutaise depuis longtemps démontrée, mais [...] suggérer que ce n'est pas entre le physique et le psychique que la coupure serait à faire, mais entre le psychique et le logique".(28)*

Les neurosciences, aussi rapide et efficace que soit leur développement, n'ont pas encore posé clairement les bases physiologiques de la conscience, *a fortiori* de la subjectivité de la vie psychique. Si l'imagerie fonctionnelle permet de suivre les modulations de la perception douloureuse et de l'effet "placebo" (dans une perspective qui reste localisatrice), la confrontation de l'investigation neurobiologique et de la clinique psychanalytique n'a pas encore débouché sur une sémiologie consensuelle ou une interprétation convergente de mécanismes mentaux.(29)

## VII – Conclusion

Que penser de la question introductive de Barthes sur l'état véritablement sémiologique de la médecine actuelle ? Se rapporte-t-elle à l'expérience personnelle d'un étudiant prolongé inscrit quelque mois en faculté de médecine, ou à celle d'un malade respiratoire chronique, tuberculeux à l'âge de dix-sept ans ? "*Maladie indolore, inconsistante, maladie propre, sans odeur, sans "ça" ; elle n'avait d'autre marques que son temps, interminable, et le tabou social de la contagion ; pour le reste, on était malade ou guéri, abstraitement, par un pur décret du médecin*", écrira-t-il.(30) Ou s'agit-il d'une reprise de l'interrogation de Foucault au début des années 1960, quand il écrit dans *Les mots et les choses* que "*l'homme est une invention dont l'archéologie de notre pensée montre aisément la date récente*" et propose que chaque époque se caractérise par une grille particulière du savoir, suggérant par là que les sciences humaines pourraient n'être qu'un épisode dans l'histoire des connaissances.

La médecine est tout à la fois théorie et science, art et pratique. Le médecin a toujours fait, confusément parfois, la distinction entre les symptômes, entendus du malade, et les signes, éléments formels de son diagnostic. Mais il doit garder à l'esprit que le symptôme est constitutif de l'être-au-monde du malade, inscrit dans le temps de son histoire, quand le signe est l'objet du regard médical inquisiteur. D'autant plus que la fabrication et la signification du signe passent maintenant volontiers par l'imagerie et la biologie. Les signes sont fragiles et leur sens toujours remis en question car "il n'y a précisément pas de faits, mais que des interprétations".(31) Et pour paraphraser Paul Ricoeur, interpréter le cas d'un malade, ce n'est pas seulement identifier la maladie cachée *derrière* les signes, c'est accompagner un mouvement de sens ouvert *devant* les symptômes du sujet.

## NOTES

(a) L'index de Quetelet - ou index de masse corporelle - sert de nos jours à définir l'obésité.

(b) [<https://seminar28.wordpress.com/tag/sinthome/>]

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) R. Barthes. *Sémiologie et médecine*, 1972. in *L'aventure sémiologique*. Seuil 1985.
- (2) J.H. Breasted. *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. University of Chicago Press 1930.
- (3) M. Martinez-Lavin. *Exploring the cause of the most ancient clinical sign of medicine: finger clubbing*. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36:380-5 / K.G. Coggins, T.M. Coffman, B.H. Koller. *The hippocratic finger points the blame at PGE<sub>2</sub>*. *Nature Genetics* 2008;40:691-2.
- (4) X. Vandemergel, B. Renneboog. *Prevalence, aetiologies and significance of clubbing in a department of general internal medicine*. *Eur J Intern Med* 2008;19:325-9.
- (5) P. Ricoeur, *Signe et sens*, *Encyclopedia Universalis* [<http://www.universalis.fr/encyclopedie/signe-et-sens/>].
- (6) in Haven M., *La vie et les œuvres de Maître Arnaud de Villeneuve*, Arbre d'Or, Cortailod 2003.
- (7) J. Locke. *Carnet de voyage à Montpellier et dans le sud de la France 1676-1679*. Edité sous la direction de Guy Boisson, traduit par Marie Rivet. Presses du Languedoc, Montpellier 2006.
- (8) J. Locke. *Essai sur l'entendement humain*, 1690. liv. IV, chap. XXI, § 1 et 4.
- (9) U. Eco. *La production des signes*. Indiana University Press 1976 / Librairie Générale Française 1992.
- (10) A. Korzybski. *Une carte n'est pas le territoire*. Editions de l'éclat 1998, regroupant "The role of language in perceptual process", chapter 7 in *Perception. An approach to Personality*. Blake & Ramsey eds 1950 et "General semantics", from *The American people's encyclopedia*, Spencer Press 1949.
- (11) J.B. Baumes. *Méthode de guérir les maladies, suivant qu'elles paroissent dans le cours de l'année médicinale et observations sur les maladies aiguës et chroniques : accompagnées de l'ouverture des cadavres, faites dans l'Hôpital civil et militaire de Montpellier*. Montpellier, G. Izar et A. Ricard, An II [1793/94] ; A. Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier*, Ricard, Montpellier 1857.
- (12) M. Foucault. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. PUF 1963, qui s'ouvre sur une citation du docteur Pierre Pomme, formé à Montpellier, extraite du *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*. Lyon 1763.
- (13) J.L. Brachet. *Physiologie élémentaire de l'Homme*, Germer-Baillière 1855.
- (14) J. Babinski, *Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme*. La Semaine médicale, Paris 1909.
- (15) A. Quetelet. *Sur l'homme et le développement de ses facultés, essai d'une physique sociale*. Paris 1835.
- (16) P. Pinel. *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Maradan, Paris An VII [1798].
- (17) G. Canguilhem. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. PUF 1943/1966.
- (18) A.J. Landre-Beauvais. *Séméiotique ou Traité des signes des maladies*. Brosson, Paris 1815.
- (19) A.F. Chomel. *Elemens de pathologie générale*. Crochard & Gabon, Paris 1817.

- (20) M. Balat. *Type, Trace et Ton: Le ton peircien*. Semiosis 57-8, 1990 [http://www.balat.fr/type-trace-et-ton-le-ton-peircien.html].
- (21) Cathébras P., *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*, Masson, Paris 2006.
- (22) [http://www.baillement.com].
- (23) J. Lacan, *Un psychanalyste s'explique*, Entretien avec G. Lapouge, Figaro littéraire, 1 décembre 1966.
- (24) J. Lacan. *Ecrits*. Paris, Seuil, 1966.
- (25) J. Lacan, *Le symptôme*. Conférences données (1) à la Sorbonne à Paris le 16 Juin 1975, pour le 5<sup>e</sup> Symposium international James Joyce, texte établi par J.A. Miller à partir des notes d'Éric Laurent (L'âne, 1982, n° 6) et texte des Editions CNRS, 1979 ; (2) au Centre R. de Saussure à Genève le 4 Octobre 75 dans le cadre d'un séminaire de la Société suisse de psychanalyse, parue en 1985 dans Le Bloc-notes de la psychanalyse n° 5, pp. 5-23.
- (26) F.B. Michel, P. Gazaix. *Pour en finir avec les maladies psychosomatiques*. Albin Michel 1987.
- (27) S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Payot 1923, trad. S. Jankélévitch.
- (28) J. Lacan, *Mon enseignement*, Seuil 2005.
- (29) J.B. Stora, *La neuro-psychanalyse*, PUF, Paris 2006.
- (30) R. Barthes, *Roland Barthes par Roland Barthes*, Seuil, Paris 1975.
- (31) F. Nietzsche, *Fragments posthumes 1886-1887 - 7* [60], KSA 12, 315.