La figure du bon médecin

Du rôle des mythes épistémologiques dans le processus
de professionnalisation de la médecine française

*The figure of the good physician: The role of epistemological myths in the
professionalization process of French medicine*

Alexandre Klein

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2236>

DOI : 10.4000/rechercheformation.2236

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 19 novembre 2014

Pagination : 61-78

ISBN : 978-2-84788-758-7

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Alexandre Klein, « La figure du bon médecin », *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014, mis en ligne le 19 novembre 2017, consulté le 03 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2236> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2236

La figure du bon médecin

Du rôle des mythes épistémologiques dans le processus de professionnalisation de la médecine française

> **Alexandre KLEIN**

Faculté des sciences de la santé, université d'Ottawa (Canada)

RÉSUMÉ : Cet article questionne les fondements épistémologiques du développement de la profession médicale moderne en France. Il établit l'existence et détermine le rôle, au cœur du processus d'autonomisation professionnel, d'un mythe médical reposant sur la figure du médecin praticien comme dispositif technique d'application du savoir scientifique et outil symbolique de conquête de l'opinion.

MOTS-CLÉS : médecine humaine, figure

La médecine française contemporaine semble vivre une crise de son modèle de fonctionnement. Nombre de médecins, libéraux comme hospitaliers, ne reconnaissent plus leur profession. Beaucoup s'épuisent¹, dévissent², voire se suicident³, tandis que les patients se sentent pour leur part reniés, oubliés, ou même déshumanisés⁴ par le système de soins. Certes, le problème n'est pas neuf⁵, mais il semble que la médecine française soit désormais entrée dans la phase critique de son affection⁶. Au cœur de cette situation de crise, l'identité et la régulation de la profession sont particulièrement pointées du doigt comme des foyers de cristallisation de ces problématiques (Soulier *et al.*, 2005). Au cours des dernières décennies, la transformation radicale de la science et de la pratique médicales,

1 La littérature sur l'épuisement professionnel des médecins est vaste. Voir ici, Galam, 2007, Keller, 2002, Bergogne, 2002.

2 Dans son *Atlas de la démographie médicale* de 2011, le Conseil faisait état d'une multiplication des médecins ayant dévissé leur plaque : ils étaient 903 au cours de l'année 2010 dont une majorité de médecins généralistes. Conseil National de l'Ordre des médecins, 2011.

3 Le suicide représentait en 2003 14 % des causes de décès des médecins libéraux en exercice. Léopold, 2003.

4 Sur le sentiment de déshumanisation, voir Weber, 2004.

5 L'annonce d'une crise médicale est un motif que l'on retrouve tout au long de l'histoire de la médecine (Seidler, 1978, notamment, p. 154). Mais la crise dont il est question ici s'ancre dans les XX^e et XXI^e siècles, nous renvoyons donc à ce propos à Kopaczewski, 1939 ou Algan, 1975.

6 Parmi les dénonciations récentes de cet état d'agonie, voir Rouillon, 2011, Bouchet, 2007 ou Évin, 2009.

l'émergence de nouveaux malades plus informés et plus revendicatifs, ainsi que la modification en profondeur de l'organisation du système de soin, auraient en effet eu pour conséquence de modifier l'identité professionnelle du médecin au point de déstabiliser le rapport des praticiens à leur propre métier. Un profond hiatus se serait progressivement creusé entre les valeurs défendues par les professionnels et celles qui se concrétisent dans leur exercice quotidien. L'évolution sociologique des patients vers l'autonomie (Klein, 2012b), ainsi que l'accroissement du rôle des responsables politiques et financiers dans le contrôle économique et technique de leurs activités auraient favorisé un sentiment de perte d'autonomie professionnelle du côté des médecins. Ces derniers se trouveraient désormais trop souvent écartelés entre les exigences organisationnelles et les attentes croissantes des patients d'une part, et entre la solidarité prônée par le système de soins et le libéralisme de son fonctionnement effectif d'autre part. L'image que les médecins se font de leur travail ne correspondrait donc plus à ce que celui-ci est effectivement devenu. C'est le sens même de la pratique soignante et du geste de soin qui se voit ainsi remis en question. Les valeurs propres au travail médical, celles qui ont soutenu l'avènement de la médecine moderne entendue comme science et profession, semblent bien ne plus être à même d'assurer la cohésion symbolique et identitaire du corps médical.

Face à cette crise de signification, les réformes du système de soins apparaissent naturellement assez peu efficaces (Limousin & Katchadourian, 2009). Seul un réajustement identitaire profond de la profession pourrait en effet permettre d'apaiser ces tensions et de rétablir des relations harmonieuses entre le groupe professionnel et le corps social à qui il s'adresse (Patenaude & Xhignesse, 2003). C'est donc davantage un bilan axiologique d'ampleur, conduisant le groupe professionnel à statuer sur ses propres valeurs et sur leur concordance avec les valeurs que la société attache à leur profession, qui s'impose pour tenter de dépasser cette situation critique. S'il n'est pas question dans le cadre de cet article de s'engager dans une si importante analyse⁷, nous souhaitons néanmoins contribuer à dessiner une possible sortie de crise en y questionnant un élément central et peu connu de la formation de l'identité médicale : l'importance de ce qu'il convient d'appeler des « mythes épistémologiques » dans le processus moderne de professionnalisation de la médecine. L'image que les médecins comme le grand public se font de la médecine repose en effet, en partie, sur des représentations idéalisées du savoir et du travail médicaux, et c'est autour de ces figures mythiques que s'est constituée la profession médicale moderne. Dans la perspective d'une problématisation nouvelle de l'identité médicale, l'explicitation de ces « mythes médicaux » qui sont au cœur de notre compréhension du monde médical s'avère donc nécessaire. C'est à cette tâche que nous consacrerons donc les pages qui suivent.

7 Pour une telle mise à plat des valeurs qu'ont développées le corps médical et le corps social depuis la formation de la médecine moderne, nous nous permettons de renvoyer à notre travail doctoral : Klein, 2012a.

Concrètement, après avoir rappelé le rôle central de l'opinion publique dans l'autonomisation professionnelle de la médecine moderne, nous nous attacherons à démontrer que la rationalité médicale comporte, dans sa constitution théorique de connaissance pure, puis de connaissance appliquée, une dimension essentiellement symbolique visant à asseoir sa propre réalité auprès du public auquel elle s'adresse. Nous détaillerons pour ce faire les images idéalisées du savoir et du travail du médecin – soit, à proprement parler, les « mythes » médicaux –, qui ont vu le jour au cours de la formalisation du discours médical moderne. Nous nous pencherons tout d'abord sur la nature « envoûtante » du rationalisme médical, avant d'analyser la manière dont le physiologiste Claude Bernard (1813-1878) a pu user de la figure du bon médecin praticien pour asseoir sa conception positiviste du travail médical, devenue par la suite paradigmatique. Nous pourrions ainsi montrer comment ces deux mythes épistémologiques – celui du savoir anatomophysiologique cohérent et celui du médecin praticien savant et moral – participent au processus de professionnalisation de la médecine moderne, en contribuant à la fois à la cohésion du groupe professionnel et à l'adhésion du corps social et du corps politique à son ambition d'autonomie. Le dévoilement de cette dimension mythique inhérente à la rationalité médicale, autour de laquelle s'organisent les valeurs que le corps médical, comme le corps social, attribue à la médecine moderne, nous permettra de réaffirmer le rôle central de l'épistémologie dans le devenir de profession autonome de la médecine moderne, et par conséquent l'importance de sa prise en compte dans la réflexion sur l'identité médicale contemporaine qui s'impose aujourd'hui.

1. La nécessaire confiance du public

La profession médicale, parce qu'elle est une profession dite « consultante », fonde son statut professionnel sur la reconnaissance sociale de son travail. Si les professions de recherche peuvent acquérir leur monopole par les associations professionnelles et le soutien de l'État, les professions consultantes doivent, ainsi que l'a explicité le sociologue Eliot Freidson (1923-2005), « apporter à une clientèle de profanes la preuve qu'elles sont capables de résoudre pratiquement ses problèmes » (Freidson, 1970, p. 31). Le cœur de la professionnalisation⁸ de la médecine, c'est-à-dire de son devenir de profession à part entière car autonome, est sa capacité à convaincre ou persuader le public de son efficacité et donc de son utilité. Il convient, nous dit Freidson, que « *l'opinion publique croie à la compétence du métier de consultant et à la valeur des connaissances et des habiletés déclarées par ce métier* » (*Ibid.*, p. 21).

8 Nous entendons ici ce terme comme le processus de formation d'une profession dans la sphère publique et de construction d'une identité professionnelle propre. Nous nous basons pour ceci sur le travail de Wittorski qui définit la professionnalisation comme « un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante » (Wittorski, 2005, p. 27). Sur la définition plurielle de ce concept voir également Wittorski, 2008 et sur sa profonde polysémie, voir Demazière, Roquet & Wittorski, 2012.

Il faut en effet se rappeler que la médecine n'a pas toujours été la profession autonome, c'est-à-dire possédant le monopole sur les questions de santé, et reconnue, qu'elle est aujourd'hui. Critiquée de toutes parts pour son aspect moyenâgeux et pour la confusion qui y régnait à tous les niveaux, la médecine était en effet, sous l'Ancien Régime, accusée par la population de se consacrer davantage à des disputes d'écoles et de doctrines ou à sa corporation qu'aux malades⁹, et était donc massivement délaissée au profit d'autres corps de soignants. Noyés dans le flou épistémologique propre à leur savoir et perdus dans une organisation du soin qui ne leur conférait aucune tâche réellement utile (limités qu'ils étaient à la prise en charge des seules maladies internes), les médecins vivaient ainsi dans un monde qui, tout en revendiquant un intérêt certain pour la santé, ne les reconnaissait pas comme des soignants de choix sur le vaste marché thérapeutique¹⁰. Éloignée des attentes et des représentations du public (qui réclamait des soins efficaces et accessibles), sclérosée dans le giron de la religion, de la hiérarchie professionnelle et de la concurrence entre corporations, enfermée dans un savoir et une thérapeutique traditionnels à bout de souffle, la médecine connaissait alors une crise de confiance profonde. L'ensemble des démarches qu'ont ensuite engagées les médecins pour asseoir leur statut de profession autonome, en particulier la refondation totale du savoir et de la formation médicale qui fut opérée à la Révolution française¹¹, peut être compris comme une volonté de sortir de cette situation de défiance de la population à leur égard. La professionnalisation médicale moderne passera ainsi par l'établissement d'un savoir cohérent en lien avec la pratique, par la fondation d'un enseignement unifié de ce savoir, par l'obtention corrélative d'un droit monopolistique d'exercice, mais surtout par l'affirmation d'une véritable capacité thérapeutique. Car pour devenir une profession autonome, la médecine devra obtenir la reconnaissance et l'approbation des instances politiques et du corps social qui n'attendent finalement d'elle que la preuve de son efficacité en matière de santé. Il faudra ainsi près de deux siècles pour qu'elle puisse légitimement être reconnue comme la profession autonome et de référence dans le domaine de la santé qu'elle est aujourd'hui. Deux siècles donc pour parvenir à convaincre le public de son efficacité réelle.

Pour ne pas être délaissés par les malades au profit d'autres soignants, les médecins doivent en effet tenir, comme le rappelle Freidson, la promesse d'une « technique pratique et sûre » (*Ibid.*, p. 31). Ils doivent faire la preuve de leur efficacité en matière de traitement et de lutte contre la maladie. À ce titre, l'amélioration des résultats concrets de la pratique par le développement des sciences médicales joua historiquement un rôle essentiel. Les découvertes de la

9 Molière s'étonne ainsi que les grands de son monde fassent systématiquement appel aux médecins pour les guérir (Molière 1673, p. 72-82).

10 Pour un aperçu de ce marché multiple et pour une conceptualisation de la notion de marché thérapeutique, voir Rieder, 2005.

11 Voir à ce propos, Sournia, 1989.

bactériologie ou la mise en place de la vaccination antirabique, qui furent qualifiées de véritables « miracles scientifiques » (Shryock, 1956, p. 217) de la fin du XIX^e siècle, participèrent pleinement du renforcement de la position du médecin dans l'opinion publique, notamment parce qu'elles eurent une influence directe, un impact réel, sur l'existence des populations. Comme l'a résumé l'historien Jacques Léonard (1935-1988) : « L'opinion publique le [le médecin du XIX^e siècle] savait instruit et dévoué aux heures sombres de la médecine prépasteurienne, mais elle le croyait désarmé ; elle le découvre puissant » (Léonard, 1978, p. 169). Seulement, le processus de professionnalisation ne peut se résumer aux seules avancées techniques effectives et efficientes de la science médicale. Le médecin moderne avait en effet acquis un statut social et professionnel important bien avant, par exemple, que les antibiotiques ne transforment radicalement sa pratique et le quotidien des malades¹². L'adhésion de l'opinion publique aux efforts médicaux pour soulager les douleurs des hommes passe en effet par d'autres biais que les seuls résultats pratiques effectifs. Dans son étude sur la profession médicale, Eliot Freidson énumère ainsi plusieurs éléments déterminants pour la professionnalisation, comme l'importance de la consolidation politique du statut du médecin qui assoie sa légitimité auprès de l'opinion publique, ou le rôle de « l'enseignement de masse [qui] éduque progressivement le public à des connaissances et à des croyances moins étrangères à celle du médecin et le rend ainsi plus réceptif au travail de ce dernier » (Freidson, 1970, p. 30). Mais ce que le sociologue manque, parce qu'il considère que le devenir de profession consultante de la médecine relève d'un processus d'évolution sociale détaché et parallèle à l'évolution scientifique du savoir médical (*Ibid.*, p. 26), c'est le rôle essentiel du savoir médical lui-même, et particulièrement de sa nature épistémologique, dans le processus de professionnalisation médicale. Au-delà, ou plutôt en deçà de ses résultats et applications pratiques, le savoir médical a une influence symbolique profonde sur l'opinion publique, ce qui lui assure par conséquent un rôle central dans le devenir de profession autonome de la médecine.

2. L'envoûtant rationalisme médical

Étudiant les ressorts de la philosophie biologique moderne, le philosophe François Dagognet a mis en évidence l'importance de la dimension symbolique du savoir médical dans sa formation et son expansion contemporaine. Il a en effet démontré que le rationalisme médical, qui qualifie le savoir scientifique de la médecine développé au cours du XIX^e siècle, s'est modelé comme un système de connaissance dont l'aspect « envoûtant » n'est pas sans rapport avec son acceptation par l'opinion publique. Selon lui, en favorisant, parfois d'ailleurs de manière abusive, l'association de la fonction physiologique à un support matériel (organe, tissu, cellule ou aujourd'hui gène), le savoir médical s'est assuré à la fois une

12 Il faut attendre 1942 pour que la pénicilline découverte en 1928 par Alexander Fleming (1881-1955) soit massivement commercialisée et participe du recul massif des maladies infectieuses.

cohérence épistémologique interne lui permettant de se développer de manière unitaire et une forte adéquation avec le bon sens qui favorise son acceptation et son adoption par l'opinion publique.

En faisant de la lésion repérable visuellement le symptôme de la maladie, le regard anatomopathologique, si bien décrit par Michel Foucault (1963), a placé au début du XIX^e siècle le substrat matériel au cœur de la rationalité médicale moderne naissante. Élément concret rassurant, selon Dagognet, « le substratum anatomique porte le phénomène physiologique, aide à le comprendre et permettrait même de le connaître » (Dagognet, 1955, p. 5-6). Il est tellement efficace que le philosophe Auguste Comte (1798-1857), l'un des théoriciens de la biologie moderne, conseillait même, pour chaque organe identifié, « de construire sans scrupule l'hypothèse la plus plausible sur la fonction inconnue »¹³. Autrement dit, en associant systématiquement une fonction à un élément organique matériel, la rationalité médicale a favorisé l'adoption du savoir biologique naissant par les médecins comme par le public. La mise en relation, même abusive, de la fonction à l'organe rend en effet le savoir médical accessible, plus facilement compréhensible, et donc plus convaincant. En adoptant ce « rationalisme visuel du substrat » qui place l'élément corporel observable au fondement de la connaissance, le savoir médical moderne s'est d'emblée inscrit dans la continuité du « bon sens » et de l'opinion publique, s'offrant ainsi un outil de persuasion des plus efficaces. L'histologie, qui se développa dans la lignée de l'anatomie pathologique, s'épanouira elle aussi sur un tel modèle. En se reposant à son tour sur l'association morphologique du matériau et de la fonction, elle put donner à voir la structure des organes sous la lentille du microscope, sans se soucier, selon Dagognet, de régler le problème de son arrangement effectif ni celui de sa signification. L'avantage, pour le médecin, de cette conception convaincante parce que cohérente avec le bon sens se présente néanmoins comme un problème pour le philosophe : « La *pression* que la forme paraît exercer sur nous, au nom de son objectivité, matérielle et visuelle, au nom de sa rigueur que confirmerait sa petitesse est surtout, nous dit-il, une *impression* à dissiper » (*Ibid.*, p. 20). Selon lui, l'anatomie constitue en effet un modèle en forme de cercle vicieux et « obsédant » qui va de la cause-lésion organique aux symptômes-effets fonctionnels de conséquence jusqu'au traitement réparateur du désordre anatomique (*Ibid.*, p. 27). Cette perspective morphologique globale se présente comme irréfutable et impose donc une physiologie, voire même une thérapeutique, alors même que le lien entre le substrat organique et la fonction est parfois plus suggéré ou imaginé que véritablement établi et prouvé. C'est pour cette raison que « la notion du substrat envoûte, ne peut se combattre directement, finit toujours par ressurgir, semblable au désir refoulé dont parle Freud » (*Ibid.*, p. 34).

Si l'autonomisation de la science physiologique se réalisa dans un premier temps grâce aux outils de l'anatomie, Claude Bernard, en instituant la physiologie

13 Cité par Dagognet (1955, p. 8).

expérimentale, voulut rompre, selon Dagognet, avec ce fondement morphologique et anatomique encombrant et trompeur. Seulement, en éloignant le savoir physiologique du substrat morphologique pour l'affirmer comme le fondement scientifique de la médecine de laboratoire, il aurait finalement conduit la physiologie vers un rationalisme plus abstrait encore, la coupant radicalement de la réalité qu'elle avait pourtant pour but de comprendre. En fondant la physiologie expérimentale sur l'étude de l'animal ou sur l'analyse de l'organisme en déficit (la pathologie), Bernard l'aurait obligée à constamment opérer un saut de généralisation pour parler de l'homme malade concret. C'est ce qui l'a conduit, selon Dagognet, à n'être plus « que la codification, la vérification et l'abstraction » (*Ibid.*, p. 44) des lois et découvertes de la clinique. Déchirée entre l'exigence d'analyse du savant et la nécessité de la synthèse du vivant, la physiologie expérimentale choisit de produire une totalité fictive sur la base des éléments analytiques qu'elle produit, plutôt que de remettre en cause l'unité et la cohérence du savoir médical moderne et de son rationalisme visuel du substrat. Elle se condamne ainsi à être un simple « vocabulaire, [ou] du moins un système qui doit se compliquer toujours pour pouvoir se maintenir » (*Ibid.*, p. 45). La physiologie ne parle ainsi plus de la vie¹⁴ telle qu'elle est, mais d'objets que le sens commun lui désigne comme vivants, et ce simplement afin que la médecine puisse intervenir techniquement sur eux. L'objectif médical pratique guide donc la constitution du savoir médical, quitte à justifier des interprétations excessives, voire erronées. Le vocabulaire physiologique reste ainsi, aux yeux du philosophe, « celui de la propagande qui a toujours raison » (*Ibid.*) et la physiologie, par sa structure même, un outil de persuasion : « elle tente l'esprit par l'apparente clarté de son dogmatisme et elle l'endort dans le Capoue du "croire savoir" [... tant il] est agréable de se reposer sur une image ou dans un schéma transparent de clarté » (*Ibid.*, p. 62).

En mettant ainsi habilement à jour le caractère envoûtant du rationalisme médical, Dagognet nous laisse entrevoir une des sources possibles de la puissance du pouvoir médical. En inventant une « vie »¹⁵ sur laquelle il a toute maîtrise, qui correspond aux critères de bon sens et qui se déploie au moyen d'un vocabulaire convaincant, le discours médical est parvenu à s'affirmer comme savoir scientifique accessible et cohérent avec les représentations du public. C'est là toute la puissance du rationalisme médical moderne : il établit son savoir à mesure qu'il constitue l'opinion favorable à l'égard de ce savoir. Dans un même mouvement, il forge en effet un savoir à valeur scientifique et convainc de la validité, de la consistance épistémologique de ce même savoir. Le discours médical apparaît donc, à l'image de la profession qu'il soutient, entièrement autoréféré, c'est-à-dire tout à la fois contenu épistémique et normes épistémologiques.

14 La biologie moderne ignore la vie ainsi que l'affirme André Pichot (1993, p. 937).

15 « Avec la substance interstitielle et les cellules, la microscopie fait de la vie, comme le géomètre de la géométrie avec de la craie » (Dagognet, 1955, p. 8).

Néanmoins, établir un savoir à visée scientifique qui coïncide avec les représentations (le bon sens) et les attentes (de clarté théorique et d'efficacité thérapeutique) de l'opinion publique ne suffit pas. Car ce n'est pas à partir de son savoir pur, mais à l'aune de sa capacité à produire des résultats sur la base de ce savoir scientifique, que la médecine va se voir accorder son statut de profession autonome :

« Lorsque la profession réclame son autonomie pour déterminer le contenu de son travail, ce n'est pas justifié par le caractère de son savoir en ce qui concerne ces modèles d'application de son savoir, même si le caractère de son savoir pur est acceptable » (Freidson, 1970, p. 334).

Seulement, la liaison entre le savoir « pur » et son application n'est ni évidente ni aisée. Dans l'application pratique du savoir biologique aux affaires humaines, des « éléments discutables » (*Ibid.*) apparaissent parce que le travail de la médecine, nous dit Freidson, constitue en fait « une réalité sociale distincte (et, dans certains cas, pratiquement indépendante) de la réalité physique » (*Ibid.*, p. 212). La conception de la maladie que les médecins tirent de leur rationalisme abstrait est ainsi « inapplicable dans le monde – en dehors de leur cabinet » (*Ibid.*, p. 271). De ce point de vue, il est nécessaire pour la médecine de trouver des moyens de masquer cette distance. Elle doit, autrement dit, mettre en place des outils d'application concrète et efficace du savoir scientifique, des biais de réalisations efficaces de ses promesses d'efficacité thérapeutique. À la nature envoûtante et persuasive du savoir médical doit donc s'adjoindre une stratégie d'ordre pratique.

3. La figure mythique du médecin praticien

À la fin de son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* qui présente les principes de la médecine scientifique moderne, le physiologiste Claude Bernard aborde ce problème de l'application et de l'applicabilité du savoir médical. Il constate que le médecin physiologiste le plus savant est souvent le plus mauvais médecin, le plus embarrassé au lit du malade, et ce parce que la pratique médicale « est une chose extrêmement complexe, dans laquelle intervient une foule de questions d'ordre social et extrascientifique » (Bernard, 1865, p. 329). Pour résoudre cette difficulté, et assurer à sa médecine scientifique des praticiens aussi habiles en laboratoire qu'au lit du malade, il propose de redoubler les qualités scientifiques du médecin qu'il a précédemment explicitées par des aptitudes morales :

« [U]n médecin praticien accompli doit non seulement être un homme très instruit dans sa science, mais il doit encore être un homme honnête, doué de beaucoup d'esprit, de tact et de bon sens » (Ibid., p. 330).

Il établit ainsi un modèle, devenu classique, du médecin praticien à la fois scientifique et moral, expérimentaliste et clinicien, savant et artiste, assurant par là même sa légitime reconnaissance de la part du public :

« Les praticiens habiles peuvent donc acquérir une grande et légitime puissance parmi les hommes, parce qu'en dehors de la science, ils ont une action morale dans la société » (Ibid.).

L'honnêteté, le bon sens et le tact confèrent donc au médecin praticien une puissance, un pouvoir potentiel spécifique et distinct de celui que pourrait lui apporter la science. Ils lui offrent une véritable « influence » qui trouve à s'exercer « dans tous les rangs de la société » (*Ibid.*). Les qualités morales et cliniques du médecin lui assurent donc la possibilité de convaincre l'opinion publique de la puissance de sa science et de la légitimité de ses promesses. C'est notamment le cas du « tact médical » (*Ibid.*, p. 336) que Bernard présente comme l'alpha et l'oméga de la médecine scientifique en devenir. Forme de sens clinique qualifiant habituellement les médecins empiriques (ceux qui fondent leur démarche sur l'observation et l'expérience), le tact médical permet au médecin expérimental dont Bernard dessine la figure de réaliser les observations cliniques nécessaires à la découverte des lois générales de la physiologie, tout en lui permettant d'accéder au terrain pathologique (la clinique) sur lequel il peut tester les hypothèses physiologiques ainsi émises. Lien du scientifique à son terrain, ce tact médical doit donc permettre au médecin scientifique d'asseoir et de valider son savoir physiologique. C'est pour cette raison que Bernard affirme que le médecin expérimentateur devra être « instruit de la clinique, connaître exactement les maladies [...], être familiarisé avec les moyens d'investigations pathologiques [...] et qu'il devra en outre être un thérapeutiste consommé » (*Ibid.*, p. 332-333). Mais, précise-t-il immédiatement, ce n'est pas à la manière d'un médecin empirique que le praticien nouveau devra recourir au sens clinique, mais à la manière d'un médecin expérimentaliste. C'est-à-dire qu'au lieu de viser l'observation comme fin, à l'image du clinicien, le médecin scientifique doit l'utiliser comme un moyen pour connaître la nature des phénomènes vitaux, par le biais de l'expérimentation. Ainsi, le sens clinique, le tact médical, est tout entier dévolu, dans le modèle bernardien, à la science physiologique. La figure du médecin scientifique que Bernard dessine n'est pas celle d'un clinicien savant, mais d'un scientifique de terrain. Autrement dit, son modèle idéal du médecin associant les qualités du scientifique à celles du clinicien, est en fait, pour Bernard, un modèle temporaire, amené à disparaître, car servant avant tout à assurer l'avènement définitif de la médecine scientifique.

En effet, dans le projet positiviste de Claude Bernard¹⁶, la physiologie expérimentale doit à terme entièrement remplacer la clinique et ses hésitations empiriques par une démarche scientifique certaine et assurée grâce à la mise en évidence des lois fondamentales du vivant réalisée au moyen de l'expérimentation. Dans l'idéal qu'il entrevoit, la médecine scientifique se limite à une stricte application technique d'une science physiologique ayant mis à nu l'ensemble des phénomènes vivants et leurs lois générales de fonctionnement. Elle ne nécessite plus vraiment le recours à la clinique. En fondant la biologie comme savoir abstrait sur la vie, Bernard

16 Sur le positivisme singulier de Claude Bernard, voir par exemple Petit, 1978.

assigne en effet clairement à la médecine un simple rôle d'application pratique, dans laquelle les considérations cliniques n'ont plus leur place, puisque le geste médical consiste uniquement à mettre en application, de manière quasi mécanique, le savoir médical. La médecine, comme pathologie physiologique, n'est que le domaine appliqué, l'extension pratique et technique, de la science biologique, selon le « dogme positiviste »¹⁷ décrit par le philosophe Georges Canguilhem (1904-1995)¹⁸. Dans cette optique, on comprend que le tact médical du médecin puisse n'être qu'un dispositif temporaire permettant l'avènement définitif de la médecine scientifique positive. Un dispositif qui, en plus d'assurer un temps la fondation de la science médicale, doit servir, ainsi que Bernard le précise dans la suite de son texte, à convaincre l'opinion publique d'adopter la médecine scientifique nouvelle.

Le physiologiste qualifie en effet la médecine empirique, la clinique, comme étant « la plus populaire de tous », au sens où elle s'accorde aisément avec la représentation que le peuple se fait de la médecine (*Ibid.*, p. 335). En d'autres termes, le recours à la médecine empirique pour faire advenir la médecine expérimentale, l'association d'une dimension morale à la figure du médecin expérimental a également pour utilité – c'est là son influence sociale dont parlait Bernard – d'être en mesure de persuader l'opinion publique des bénéfices de l'avènement d'une médecine scientifique. La mutualisation des approches, loin de dessiner la figure idéale du bon médecin positif, apparaît donc comme une stratégie visant à constituer la rationalité médicale positive et à rassurer le public quant à l'humanité des acteurs de cette rationalité. Le physiologiste expérimental, dont Bernard défend l'avènement, est en effet un homme particulièrement froid¹⁹, tant il incarne un savoir abstrait de la vie détaché de toute expérience humaine vécue. En lui adjoignant des qualités morales, en lui dessinant des traits plus humains, Bernard entend profiter de la bonne image du médecin clinicien auprès du public afin de mieux faire admettre à ce dernier la généralisation progressive de praticiens ayant davantage la figure du physiologiste technicien. Loin du modèle du bon médecin, comme l'ont cru beaucoup de lecteurs et de commentateurs, la figure du médecin scientifique et moral présentée par Claude Bernard apparaît comme une fiction heuristique répondant à une stratégie de formalisation du savoir scientifique et de conquête de l'opinion. C'est à proprement parler une figure « mythique », au sens de ce « modèle parfait, [ce] type idéal représentant [...] des aspirations collectives »²⁰.

17 Le terme est de Dominique Lecourt (2003, p. 40)

18 « Savoir pour agir. La physiologie doit éclairer la pathologie pour fonder la thérapeutique » (Canguilhem, 1943, p. 58).

19 « Le physiologiste n'est pas un homme du monde, c'est un savant, c'est un homme saisi et absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit : il n'entend plus les cris des animaux, il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir » (Bernard, 1965, p. 170).

20 Article « mythe », *TLFi* (Imbs, 2004).

La figure bernardienne du médecin praticien peut ainsi être légitimement considérée comme le pendant pratique du caractère envoûtant du rationalisme médical décrit par Dagognet. C'est bien grâce à elle que le savoir « pur » peut « s'organiser socialement en pratique » (Freidson, 1970, p. 336), et ainsi se maintenir malgré la transformation qu'il subit nécessairement au cours de son application. Elle fait oublier, par sa dimension morale et clinique, l'abstraction totale du savoir physiologique, sa distance fondamentale avec le monde vécu des malades, et (r)assure le public de l'efficacité clinique du médecin formé à la physiologie expérimentale. Fort de ses qualités morales, le médecin expérimental pourrait ainsi sans problème appliquer au domaine clinique la technique développée par la science physiologique. Grâce à sa double qualification, le médecin bernardien idéal incarne la possible, mais pourtant encore fictive, puissance clinique de la science médicale. Il représente la puissance technique que l'imaginaire collectif attribue d'emblée à la science. À l'instar du placebo qui incarne le pouvoir symbolique de la rationalité médicale inscrite dans le médicament (Dagognet, 1964), la figure mythique du médecin praticien est le dépositaire du pouvoir avant tout symbolique de la science médicale. Même sans principe actif, c'est-à-dire avant même qu'il ait effectivement des moyens efficaces de soigner, le médecin moderne possède donc un pouvoir déjà reconnu, une puissance que l'on veut croire réelle, et ce grâce à cette figure mythique à laquelle on l'associe²¹. Cette dernière permet à la médecine scientifique de se présenter comme une application concrète et nécessairement efficiente d'un savoir scientifique objectif, et par conséquent de conquérir le cœur du public. Mais ce n'est pas tout. La fonction symbolique inhérente à la figure mythique du médecin moderne s'adresse également aux médecins eux-mêmes. C'est par leur biais, parce qu'ils se reconnaissent dans cette figure et s'y identifient, que sa puissance symbolique va pouvoir atteindre le grand public. C'est à ce titre, comme nous allons le voir, qu'elle peut être considérée comme un élément central de la régulation à la fois interne et externe de la profession médicale moderne, et donc un des moteurs de son autonomisation.

4. Fonction apostolique et professionnalisation

On doit au psychiatre d'origine hongroise Michael Balint (1896-1970) d'avoir analysé en détail la fonction symbolique qui est au cœur de la stratégie d'envoûtement conduisant les malades et la société à reconnaître le pouvoir du médecin et se soumettre à ses directives. Sur la base d'observations réalisées à la *Tavistock Clinic*, il a étudié la manière dont le médecin, incarnation du pouvoir de la rationalité médicale, « s'administre au patient » (Balint, 1957, p. 242) et a mis en évidence ce qu'il nomme la « fonction apostolique ». Cette dernière peut être définie comme un ensemble d'actions, de pratiques, de comportements et de

21 Si Claude Bernard présente un modèle paradigmatique de cette image mythique, il ne l'invente pas, tant elle fut, depuis les premiers pas de sa rationalisation, le moteur du développement de la médecine.

représentations du médecin qui détermine, souvent inconsciemment, la relation soignant-soigné de manière à favoriser la propagation de l'idéologie médicale. Par exemple, par « leur fonction apostolique, affirme Balint, les médecins préparent les patients depuis leur enfance à ce qui les attend lorsqu'ils se rendent chez leur médecin » (*Ibid.*, p. 240). Mission d'ordre quasi divin, la fonction apostolique relève du « *devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients* » (*Ibid.*, p. 228). Or, dans cette fonction singulière, qui fait du médecin l'apôtre de la science médicale, la figure mythique du médecin moderne que nous avons mis en évidence joue un rôle important :

[...] le besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace constitue, nous dit Balint, un aspect particulièrement important de la fonction apostolique (Ibid., p. 244).

L'image mythique²² du médecin à la fois efficace, car dépositaire de la science médicale, et humain, car praticien à la moralité irréprochable, est au cœur de la représentation que se fait le médecin de son travail comme d'une mission presque sacrée, comme d'un essentiel sacerdoce. Elle fonde, autant qu'elle organise, l'action de la fonction apostolique.

« L'immense majorité d'entre nous, entraînés que nous sommes par notre zèle apostolique, devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour convaincre nos patients – et nous-mêmes – que nous sommes des médecins bons et secourables » (Ibid., p. 246).

La fonction apostolique est un outil concret de diffusion de l'image mythique du médecin praticien bernardien dont le rôle est de permettre à la médecine d'assurer le public de son efficacité. En se présentant comme un bon clinicien à même de mettre en pratique les techniques de pointe issues de la science médicale, le médecin persuade les malades, comme lui-même, de l'efficacité pratique du savoir médical positif. La figure idéalisée du bon médecin, tout à la fois rigoureux savant et doux clinicien, sert autrement dit tant à convaincre le public de recourir à la médecine scientifique plutôt qu'au charlatan, qu'à rassurer le médecin de la justesse et de l'importance de sa propre pratique. La figure du bon médecin est la matrice de comportement que l'élite scientifique définit et dans laquelle les médecins praticiens individuels doivent s'inscrire (*Ibid.*, p. 56) pour se revendiquer comme médecins. Ainsi « porté à croire en ce qu'il fait » (Freidson, 1970, p. 177), le praticien peut œuvrer à convaincre le public de la véracité et de l'efficacité du modèle médical scientifique. Dans une certaine mesure, certes plus inconsciente que consciente, le médecin « joue au docteur », selon l'expression de Robert Castel (1980) et c'est par là même qu'il participe à convaincre le malade, comme lui-même, de la puissance thérapeutique de la science expérimentale. Par le biais de la fonction apostolique, la figure du bon médecin, qui s'imposait comme une stratégie théorique temporaire, est mise en mouvement et en pratique afin d'assurer

22 Balint note lui-même que cette image est « très idéalisée » (Balint, 1957, p. 244).

l'autorégulation interne (concordance des comportements individuels avec le modèle identitaire de la profession) et externe (adhésion du public aux normes de la profession) de la profession médicale et donc de lui conférer son statut de profession autonome. La figure mythique du médecin moderne serait donc bien au cœur du processus de professionnalisation médicale puisqu'elle participe à la fois de l'unité du corps médical et de la régulation de ses rapports avec le corps social. C'est ce que semble d'ailleurs confirmer l'historien Hervé Guillemain lorsqu'il montre que la dimension sacerdotale du métier de médecin, qui implique que ses représentants aient des valeurs morales en plus de leur savoir et savoir-faire, a été au cœur de l'unification syndicale, idéologique et sociale de la profession médicale moderne²³.

Par le biais de la fonction apostolique, la figure mythique du bon médecin, que soutient l'envoûtant rationalisme visuel du substrat, apparaît bien comme le moteur du processus essentiel à la professionnalisation, de persuasion des différents acteurs – le médecin, le malade, le politique et le citoyen – de la validité des promesses émises par la médecine scientifique. Cette figure idéalisée, reposant sur le mythe épistémologique de la capacité innée de la science médicale à produire des effets pratiques concrets, est « un moyen dans un dispositif général destiné à créer ou à entretenir une croyance publique » (Freidson, 1970, p. 195) d'unité et d'efficacité de la médecine biologique. C'est grâce à lui et autour de lui que la médecine peut s'affirmer comme un ensemble cohérent de praticiens formés et techniquement compétents parce qu'appliquant une connaissance d'ordre scientifique (Parsons, 1955, p. 224-225). Tel est le rôle de la figure mythique du médecin que relaye la fonction apostolique : permettre, par le biais de son pouvoir spirituel, la cohésion sociale et la mobilisation individuelle autour d'une gouvernance médicale qui a pour fonction essentielle d'assurer la domination du corps médical sur le territoire de la santé et le maintien d'un modèle intellectuel abstrait et sans prise sur l'expérience vécue.

5. De l'importance des mythes et de l'épistémologie

Pour que la médecine se fasse jour comme une structure sociale cohérente, comme une profession autonome, il lui fallait rassembler les médecins, les malades, la société et ses gouvernants autour d'elle. L'établissement théorique d'une pensée scientifique rationaliste que vint redoubler l'image mythique d'un médecin ayant pour unique vocation de l'appliquer avec rigueur et tact participa à la concrétisation de cette union sacrée. Par le biais d'un mythe médical rationnel²⁴ incarné dans la figure du bon médecin et visant tant à masquer le décalage épistémologique profond entre la vie biologique qu'elle théorise et la vie phénoménologique de ses sujets qu'à convaincre de l'efficace puissance pratique que pourra lui apporter

23 La conception de la vocation « contribue à la reconnaissance de la profession ou à l'assise d'un pouvoir » (Guillemain, 2009, p. 122).

24 Sur la distinction du mythe rationnel et du mythe traditionnel (ou cosmogonique), voir Fraser, 2012.

ce savoir scientifique, la médecine s'est assuré une scientificité et une autonomie professionnelle durable.

La reconnaissance de cette mythique épistémologique présente au cœur du discours médical moderne doit conduire à reconsidérer les causes, ainsi que les possibles solutions, de la crise identitaire que vit actuellement la médecine française. Si le sacerdoce ne permet plus aujourd'hui l'autorégulation efficace de la profession comme la régulation de ses relations avec le corps social, c'est peut-être parce que l'image mythique du médecin bernardien n'est plus en mesure de masquer le gouffre qui existe entre le savoir médical scientifique et la réalité vécue de la maladie. La crise ne viendrait donc pas de l'apparition d'une défiance de la part des « nouveaux malades »²⁵, ainsi que certains l'affirment, mais plus essentiellement de la remise en question des fondements identitaires mêmes de la profession. La « révolte des malades »²⁶ du sida qui marqua l'apogée des démarches d'autonomisation des sujets de santé contemporains (Klein, 2012b) entendait critiquer le monopole médical en matière de santé et ses enjeux sociopolitiques autant que les normes épistémologiques de production de son savoir. Or, la seule réponse qui fut apportée à ce soulèvement consista à réinventer la figure mythique du médecin bernardien en introduisant de l'éthique dans les cadres normatifs de la profession et des cours de philosophie dans les facultés. On comprend désormais aisément pourquoi la situation critique s'est maintenue, voire accentuée en France. La crise identitaire de la profession médicale nécessite plus que des réformes du système de soins, mais bien un renouvellement des fondements identitaires, et donc épistémologiques, autour desquels se sont établis tant le savoir médical, que la relation soignant-soigné ou l'unité du corps médical.

Alexandre KLEIN
aklein@uottawa.ca

BIBLIOGRAPHIE

- ALGAN, P. (1975). *La médecine est-elle en crise ?* Mémoire DES, UFR 02, université Paris I.
- BALINT, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1988, trad. J.-P. Valabrega.
- BERGOGNE, A. (2002). Médecins au bord de l'épuisement. *Le concours médical*, 124 (10), 16 mars 2002, p. 672-673.
- BERNARD, C. (1865). *Introduction à la médecine expérimentale*. Paris : J.-B. Baillière, Paris, Nouvel Office d'édition, 1963.
- BOUCHET, E. (2007). La médecine de famille en crise. *La dépêche*. 12 janvier 2012.

25 Le terme est de Claudine Herzlich et Janine Pierret (1984).

26 En référence à l'ouvrage d'Epstein (1996).

- CANGUILHEM, G. (1943). Essai sur quelques problèmes concernant le normal et la pathologique. In CANGUILHEM G. (2005), *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 1-167.
- CASTEL, R. (1980). Lorsqu'un médecin cesse de jouer au docteur. *Autrement*, 26, p. 133-135.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (2011). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011*, [en ligne], <<http://www.demographie-medicale.ordre.medecin.fr/atlas/2011.php>>.
- DAGOGNET, F. (1955). *Philosophie biologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- DAGOGNET, F. (1964). *La raison et les remèdes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- DEMAZIERE, D., ROQUET, P. & WITTORSKI, R. (dir.) (2012). *La professionnalisation mise en objet*. Paris : L'Harmattan.
- DUHAMEL, P. (1993). *Histoire des médecins français*. Paris : Plon.
- EPSTEIN, S. (1996). *Impure Science. Aids, activism and the politics of knowledge*. Berkeley et Los Angeles : University of California Press ; EPSTEIN S. (2001). *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond/Seuil, trad. F.-G. Lavacquerie.
- ÉVIN, C. (2009). L'hôpital en crise ?. *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 75-80.
- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*. Paris : Presses Universitaires de France.
- FRASER, P. (2012). *Le mythe rationnel*. En ligne : <<http://pierre-fraser.com/2012/04/30/le-mythe-rationnel-une-proposition/>>.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of medicine*. New York : Harper & Row Publishers ; FREIDSON, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot, trad. fr. A. Lyotard-May et C. Malamoud.
- GALAM, E. (dir.) (2007). *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. UMRL Ile de France, en ligne (consulté le 1^{er} septembre 2012) : <http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf>.
- GUILLEMAIN, H. (2009). Devenir médecin au XIX^e siècle. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 116(3), p. 109-123.
- HERZLICH C. & PIERRET J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot.
- ILLICH, I. (1975). *Némésis médicale*. Paris : Seuil.
- IMBS, P. (dir.) (2004). *Le Trésor de la Langue Française informatisé*. Paris : CNRS édition, 2004, en ligne : <<http://atilf.atilf.fr>>.
- KELLER, B. (2002). Près d'un médecin sur deux est victime d'épuisement émotionnel. *Quotidien du médecin*, 23 janvier 2002.

- KLEIN, A. (2012a). *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*. Thèse de doctorat en philosophie et histoire des sciences, université de Lorraine, non publiée.
- KLEIN, A. (2012b). Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking. *Histoire, médecine et santé*, 1, p. 115-128.
- KOPACZEWSKI, W. (1939). La crise en médecine et les pouvoirs publics. *L'Art Médical*, 31 janvier 1939.
- LECOURT, D. (2003). *Humain, Posthumain. La technique et la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- LÉONARD, J. (1978) *La France médicale au XIX^e siècle*. Paris : Gallimard/Julliard.
- LEOPOLD, Y. (2003). Les médecins se suicideraient-ils plus que d'autres ?. *INFO ordinales*, janvier-février 2003.
- LIMOUSIN, M. et KATCHADOURIAN, M. (2009). La crise de la médecine appelle de vraies réformes. *L'Humanité*, 25 mars 2009.
- MOLIÈRE (1673). *Le malade imaginaire*. In MOLIÈRE (1968), *Le malade imaginaire – L'amour médecin*. Paris : Bordas, p. 31-136.
- PARSONS, T. (1955). Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris : Plon, trad. fr. F. Bourricaud, p. 197-238.
- PATENAUDE, J. & XHIGNESSE, M. (2003). Processus identitaire et syndrome du conflit des rôles. Le cas de la profession médicale. In LEGAULT G. A. (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, p. 55-83.
- PETIT, A., (1978). D'Auguste Comte à Claude Bernard, un positivisme déplacé. *Romantisme*, 8 (21-22), p. 45-62.
- PICHOT, A. (1993). *Histoire de la notion de vie*. Paris : Gallimard.
- RIEDER, P. (2005). Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52 (1), p. 39-63.
- ROUILLON, F. (2011). La médecine se meurt. *Le Monde*, 23 septembre 2011.
- SAOUT, C. (2013). *Santé, citoyens !* Paris : Éditions de Santé.
- SEIDLER E. (1978). « Le rôle de la méthode historique dans la médecine actuelle ». in POIRIER J. & POIRIER J.-L. (dir.) (1978). *Médecine et philosophie à la fin du XIX^e siècle*. Cahiers de l'Institut de recherche universitaire d'histoire de la connaissance, des idées et des mentalités, n° 2, p. 149-155.
- SHRYOCK R. H. (1956). *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*. Paris : Armand Colin, trad. fr. R. Tarr.

- SOULIER, E., GRENIER, C., LEWKOWICZ, M. (2005). La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36 (1), p. 53-61.
- SOURNIA, J.-C. (1989). *La médecine révolutionnaire (1789-1799)*. Paris : Payot.
- WEBER, J.-C. (2004). Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle. Dans GIOT J. & KINABLE J. (dir.), *Transhumances V. Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*. Namur : Presses Universitaires de Namur, p. 281-294.
- WITTORSKI, R. (dir.) (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
- WITTORSKI, R. (dir.) (2008). La professionnalisation, *Savoirs*, 17, p. 11-38.

Abstract • Keywords

The figure of the good physician: The role of epistemological myths in the professionalization process of the French medicine

ABSTRACT: This paper examines the epistemological founding principles of development of the modern medical profession in France. It establishes and determines the role of a medical myth – where the physician is a technical apparatus for scientific knowledge application and a symbolic tool for conquering public opinion – in the process of professional autonomization.

KEYWORDS: human medicine, figure.