HAL
open science

# Variations sociologiques sur le thème de la médecine

Anne-Chantal Hardy

## To cite this version:

Anne-Chantal Hardy. Variations sociologiques sur le thème de la médecine. Sociologie. Université de Nantes, 2010. tel-00847784

**HAL Id: tel-00847784**

**https://theses.hal.science/tel-00847784**

Submitted on 24 Jul 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Nantes**

**Ecole doctorale DEGEST (Droit, Economie-Gestion, Sociétés, Territoires)**

HABILITATION A DIRIGER DES RECHERCHES

Mention : Sociologie

**Tome I**

# *Variations sociologiques sur le thème de la médecine*

---

Anne-Chantal HARDY

**Composition du Jury**

Simone BATEMAN, DR CNRS, Centre de recherche Sens, Ethique, Société, Paris (rapporteur)
Christian BAUDELOT, Professeur émérite, Ecole normale supérieure, Paris
Didier DEMAZIERE, DR CNRS, Centre de sociologie des organisations, Paris (rapporteur)
Patrice PINELL, DR INSERM, Centre de sociologie européenne, Paris (rapporteur)
Charles SUAUD, Professeur émérite, Université de Nantes, Cens, Nantes (coordinateur)
George WEISZ, Professeur, Mc Gill University, Montreal

*28 juin 2010*

*Charles Suaud a accepté de m'accompagner dans cette aventure et je lui en suis très profondément reconnaissante. Ses lectures attentives, son exigence bienveillante et ses conseils percutants m'ont guidée tout au long de cette écriture et m'ont aidé à tenir le cap.*

*Simone Bateman, Christian Baudelot, Didier Demazière, Patrice Pinell et George Weisz m'ont fait l'honneur d'accepter de discuter mes travaux et j'en suis d'autant plus heureuse que leurs écrits ont nourri ma réflexion. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.*

*Ce travail doit d'abord aux habitants des terrains que j'explore depuis plus de vingt ans ; ils m'ont appris mon métier, forcé à les écouter, alerté sur mes erreurs. Je les remercie de leur accueil et de leur confiance.*

*Derrière ce mémoire, il n'y a pas les travaux d'un seul chercheur, mais de plusieurs équipes recomposées à chaque aventure. Je dois beaucoup à tant de personnes : chercheurs, professionnels, chargés d'études, étudiants ; de plusieurs laboratoires et universités, en particulier des laboratoires G. Friedmann et Droit et changement social, ; du Céreq et de ses centres associés et surtout de celui de Nantes ; de nombreuses institutions ; de disciplines diverses et de pratiques différentes. Je remercie chacun d'entre eux d'avoir apporté leur pierre à ce mémoire.*

*J'ai une pensée particulière pour les collègues qui ont mené avec moi les enquêtes sur la profession médicale, et surtout pour Michel Arliaud, qui m'a accompagné lors de mes premiers pas sur ce chemin périlleux, et avec qui j'aurais aimé discuter de ce travail. Merci également à l'équipe des « métamorphoses de la subordination » qui a pris le risque de la confrontation pluridisciplinaire, tout comme l'équipe « Salto-H », avec une mention spéciale à Hélène Lecompte, grâce à qui cette recherche a pu être menée à bien, dans des conditions exceptionnelles.*

*Les recherches nourrissant ce mémoire sont des produits de la Maison des sciences de l'Homme* Ange-Guépin, *qui m'accueille depuis quatorze années et m'offre des conditions de travail exceptionnelles. Au-delà de la mise à disposition d'un bureau, je bénéficie tous les jours de la qualité de l'accompagnement de tout le personnel, sans qui certains projets n'auraient jamais vu le jour ; de la richesse des échanges qu'elle provoque ; de la sérénité des lieux, propice à l'imagination collective autant qu'à la rédaction solitaire.*

*Merci à mes colocataires des divers étages de cette Maison pour leurs encouragements, en particulier à mes voisins de palier, pour leur soutien quotidien, leurs conseils, leurs relectures et leur amitié.*

*Merci aux membres du réseau Germes-SHS, au sein duquel j'ai profité des échanges féconds entre professionnels de santé et chercheurs, qui m'ont stimulée et souvent éclairée.*

*Merci à Cédric Le Bodic, lecteur attentif et fournisseur d'idées, de lectures, de débats toujours si riches et parfois étonnants.*

*Merci surtout à Fabienne Le Roy, qui m'a lue avec la rigueur et la bienveillance dont je bénéficie depuis vingt ans. Elle m'a également accompagnée sur le terrain de la médecine, m'a éclairée mille fois de la finesse de ses analyses et son l'amitié m'est si précieuse.*

*Merci à Marc, mon soutien quotidien, dont la confiance a décuplé mon énergie.*

*Et je passe le témoin à mes relayeurs préférés, Jérémie, Sarah, Maïa, Marion et Isabelle.*

# Préface : *Curriculum Vitae*

*« C'est ainsi. Toute société, comme tout paysage, ne prend vie et animation qu'à partir d'un point de vue. »*

Julien Gracq, *La forme d'une ville.*

*Le CV manquant*

En 1996, lors de ma première audition du concours des chargés de recherche CNRS, le jury m'a fait part d'un « problème de recrutement », faisant référence avec humour à mes propres travaux. Plus précisément, il s'interrogeait sur mon parcours, puisqu'entre le baccalauréat, obtenu en 1975 et la licence de sociologie, s'était écoulée une dizaine d'années sur lesquelles ils n'avaient, dans mon dossier, aucune information. Ils me faisaient la grâce de supposer que je n'avais pas mis si longtemps à obtenir ce diplôme et se demandaient alors à quoi je m'étais occupée.

Lorsque j'avais, quelques mois plus tôt, rempli le dossier, je m'étais fait la réflexion qu'aucun CV n'étant demandé, en dehors des études et des publications, je n'avais d'autre choix que de laisser dix années de ma vie « en blanc ». M'appliquant les résultats de ma thèse sur les stratégies de recrutement, j'en avais déduit que mes chances d'embauche seraient assez faibles, pour ne pas dire nulles. J'avais conclu de mes travaux que les dossiers demandés aux candidats n'ont une fonction sélective qu'à la marge. Ils livrent en revanche des informations précieuses sur les recruteurs et les références sur lesquelles ils évaluent un candidat, révélant

les valeurs du collectif et de ses représentants à travers les qualités espérées de leur salarié idéal. Une embauche apprend toujours plus sur l'employeur que sur l'employé.

En remplissant mes dossiers de candidature pour les concours du CNRS, je pris acte de l'absence de demande aux candidats de CV non « scientifique », les seules informations à fournir concernant les parcours universitaires et les travaux de recherche. Point de passé pour les futurs chercheurs, point d'expérience professionnelle en dehors de la recherche, point d'études autres qu'universitaires. Le chercheur idéal était un jeune docteur (moins de 31 ans à l'époque), sortant d'études brillantes et rapides, ayant bénéficié d'une bourse (au mieux du ministère de la recherche) et déjà publiant au sein d'une équipe reconnue. Pourquoi demander un CV à un tel candidat ? Qu'il ait animé des camps de vacances ou travaillé comme serveur durant l'été ne changeait au fond rien à l'affaire.

Seulement j'avais dix ans de plus que ces prototypes de la recherche, et avais obtenu l'autorisation de postuler par « dérogation de limite d'âge ». Cette dérogation m'était accordée de droit et à vie au titre d'une qualité ici traitée comme un handicap : une triple maternité. Mes enfants me donnaient donc le droit d'avoir vécu avant d'être sociologue. Le travail n'accordait pas la même faveur, ni ces errances qui font « perdre du temps » et nous font prendre des chemins de traverse.

J'ai ainsi rempli consciencieusement mon dossier, tout en constatant que mon parcours rentrait mal dans les cases. Je n'ai pas osé ajouter un CV, afin de respecter les consignes sans appel des conditions d'admission à concourir à un poste de la fonction publique. Lorsque mon jury m'a demandé des explications pour ce temps vaste et « inoccupé », je fus à la fois soulagée et inquiète. Soulagée de pouvoir m'en expliquer et inquiète car il fallait trouver la « bonne version » susceptible, en peu de temps, d'éclairer mes interlocuteurs sur mes réelles occupations. Je les ai résumées par deux maternités et quelques expériences de travail, avant de passer à des questions plus centrales pour la recherche. J'ai dû être à peu près convaincante, puisque je fus classée cette année-là puis recrutée par la même section l'année suivante. Quelques années plus tard, j'ai constaté avec satisfaction que le Comité national demandait aux candidats et aux chercheurs des CV complets, pas seulement « scientifiques », et la limite d'âge était abolie.

L'histoire de ce CV manquant est significative de la difficulté rencontrée par les chercheurs conduits à s'exposer en tant qu'individu lorsque, chargés de leur propre histoire et de leurs expériences personnelles et professionnelles, ils prennent possession de leur objet. On ne devient pas chercheur avec pour seul bagage ses études. Pourquoi se tourner vers la sociologie lorsque l'on est une jeune maman plus prédisposée à agrandir sa famille qu'à lire

des sociologues ? Comment faire avec ce regard qui change au fil des années, qui nous change et peut-être aussi nous autorise à poser ces questions au cœur d'un engagement dans la recherche ?

J'ai parfois été intriguée par la façon dont les étudiants puis les chercheurs choisissaient leurs objets. Souvent, les plus jeunes sont tentés d'investiguer ce qu'ils connaissent le plus, soit dans leur milieu d'origine, soit dans leur groupe de pairs, soit dans leur communauté de croyance ou de conviction, voire leurs loisirs. Il est beaucoup plus rare de voir des étudiants choisir ce qu'ils ne connaissent absolument pas, ce pour quoi ils n'ont jamais manifesté de curiosité particulière, ce qui ne suscite aucun sentiment de leur part. Chaque objet de recherche se profile dans une histoire singulière, y compris lorsqu'il est choisi pour s'en éloigner. Il n'y a pas d'objet totalement « désaffecté ». Des nombreux objets qui ont animé mes recherches aucun ne m'étaient indifférents, mais ils étaient marqués d'affects divers, faibles parfois, très forts à d'autres moments. Surtout, chacune de mes recherches fut l'occasion de surprises, de découvertes, de nouvelles interrogations. Sur ce plan, la sociologie ne m'a jamais déçue car, loin de tarir mes questions, elle m'en pose chaque jour de nouvelles et me fournit des raisons de poursuivre.

Peut-on caractériser ses objets de recherche selon la nature du rapport que l'on entretient avec eux ? Comment les inscrire dans un *curriculum vitae*, c'est-à-dire dans le cours d'une vie ? J'ai tenté de les situer : certains étaient depuis longtemps sous mes yeux, mais j'ai mis du temps à m'en emparer, d'autres à proximité et plus faciles à saisir, d'autres encore me semblaient étrangers et il a fallu que je me déplace pour les découvrir, d'autres enfin ont surgi dans ma vie là où je ne les attendais pas. Pour rendre compte de ces positions, j'ai choisi de les distinguer par leur confluence et leur discrétion. L'idée de confluence est guidée par celle de concordance autant que de rencontre, de l'alimentation conjointe aussi de deux voies de circulation qui se croisent ou se fondent, à un moment donné. Les objets qui me sont confluents peuvent avoir été choisis par leur proximité de longue date ou s'être révélés après coup. Les objets discrets étaient, de ma place, peu visibles, secrets et discontinus. Ils imposent un autre type de déplacement, une distanciation non plus par rapport à l'objet mais par rapport à soi. Ils demandent un apprivoisement particulier pour gagner un peu de familiarité et perdre de leur étrangeté.

### *Les objets discrets*

La sociologie fut d'abord un objet d'études faussement discret. Elle s'était incarnée lors des événements de mai 68 en « fauteurs de troubles » provoquant un traumatisme familial. En conséquence, la faculté des lettres était rayée du paysage de mes possibles étudiants. Je fus

obéissante, mais pas trop, j'ai d'abord goûté le fruit défendu en cachette et il ne manquait pas de saveur.

Ces années d'études ne furent que surprises et heureuses découvertes. À la faculté de sociologie dans les années quatre-vingt à Nantes, les premiers terrains d'investigation étaient souvent liés à la classe ouvrière. Ce fut le cas pour moi et je m'entraînais à mes premiers entretiens auprès de syndicalistes afin de traquer les rapports ambigus entre la crise économique et l'engagement syndical. Ce fut un bonheur total et je découvris ainsi que je pouvais, sous couvert d'œuvre sociologique, pénétrer chez des personnes étrangères, brancher mon magnétophone et leur faire raconter leur vie. Ces premières expériences m'ont laissé un questionnement jamais réellement résolu sur le rôle que, chercheurs apprentis ou confirmés, nous occupions auprès de nos interviewés. Devant des personnes peu diplômées, l'alibi du devoir universitaire semblait sans appel et aucun ne m'a jamais refusé un entretien. J'en ai essuyé en revanche un certain nombre parmi les cadres, les chefs d'entreprises ou les médecins, et plus encore parmi les anciens étudiants de sociologie lors de mon DEA. Plus on est au fait de l'investigation sociologique, plus on résiste à s'y soumettre. Bourdieu a écrit, dans *Questions de sociologie*, que « si le sociologue a un rôle, ce serait plutôt de donner des armes que de donner des leçons » ; cette proposition oblige-t-elle le sociologue à choisir un « camp » ? Puisque les armes sont utilisées par les uns pour se défendre des autres ou pour leur porter des coups.

J'ai réalisé mon premier travail de recherche comme tous les étudiants, en maîtrise, sur un sujet que j'avais choisi et qui m'était confluent, sur lequel je reviendrai plus loin. Il s'agissait d'une étude portant sur les « clubs du troisième âge », m'ouvrant les portes vers un sujet possible en DEA, autour des retraités. J'avais alors le profond désir de poursuivre vers la recherche, mais il me fallait trouver un financement. Il m'était impossible de cumuler les « petits boulots » et mes études, ayant eu un troisième enfant et il était temps que les nourritures intellectuelles rejoignent les réalités matérielles. Je décidai donc de faire un projet de recherche et de le soumettre aux Caisses de retraite et à des mutuelles. Cela aurait peut-être abouti mais Christian Baudelot, que j'avais sollicité pour m'accompagner dans ce troisième cycle, m'a proposé de participer à une enquête collective demandée par la présidence de l'université de Nantes, concernant l'insertion professionnelle des étudiants. Nous étions en 1987, il n'y avait à l'époque ni Centre associé au Céreq ni Observatoire des étudiants sur Nantes, mais les frémissements de l'émergence de ces structures commençaient à se faire sentir.

Pourquoi ne pas changer d'objet ? Ce que je voulais surtout, c'était apprendre la sociologie, et même si ce sujet ne m'attirait pas *a priori*, j'étais sûre d'y trouver mon compte, les questions qui nous animent peuvent trouver place sur presque tous les terrains. En l'occurrence, celle de la transition entre les états m'intéressait, et plutôt que l'étudier dans le sens « travail-retraite », j'allais l'étudier dans le sens « études-travail ». J'ai obtenu une bourse de DEA et commencé cette enquête avec un groupe de quatre étudiantes en maîtrise, sous la direction de Jean-Paul Molinari. Ce fut une initiation au travail collectif de recherche et une première confrontation à un commanditaire.

J'ai découvert à cette occasion un objet qui ne m'était pas si familier puisque je n'avais jamais vraiment été moi-même étudiante. Ma famille et divers petits emplois m'éloignaient de la « vie étudiante » et je connaissais de la faculté surtout les salles de cours. Cet objet aurait pu être confluent, mais il s'était fait discret. Il m'a aussi fait entrer dans un champ prolongé plus tard avec les étudiants en médecine et m'a permis de commencer à explorer les espaces de transition, ceux qui font passer d'un état à un autre.

Après mon DEA, trop âgée pour une bourse et devant des chances limitées de poursuivre en thèse, j'ai cherché du travail et ai répondu à une annonce de l'ANPE émanant de la Direction régionale du commerce et de l'artisanat (DRCA) qui cherchait un économiste pour assister le directeur. Avec beaucoup de prétention, j'ai postulé et je fus recrutée. Peut-être est-ce la véritable origine de mon sujet de thèse car je me suis longtemps interrogée sur cette erreur de recrutement évidente qui me conduit à exercer cette mission durant dix mois. Ce fut un cauchemar mais une expérience terriblement riche, surtout après… Elle m'a appris comment s'appliquait sur le terrain une politique publique, ce que signifiait n'avoir le droit que de porter la parole des décideurs, comment les systèmes hiérarchiques permettaient aux agents de ne pas questionner leurs actes et comment se négociait, en sous-main, l'avenir des autres. J'en garde une sympathie réelle pour les agents des fonctions publiques et une méfiance totale pour le système qu'ils servent.

À la DRCA, j'avais la charge d'instruire pour l'État et la Région (politiquement opposés à l'époque, compliquant l'exercice à souhait), des dossiers de formation par apprentissage ou en cours d'emploi des travailleurs du commerce et de l'artisanat, et j'avais participé à la mise en route d'une des premières grandes mesures d'aide à l'insertion des jeunes : le crédit-formation individualisé (le CFI). J'ai pu ainsi connaître de l'intérieur ce que, quelques mois plus tard, on me chargea d'étudier, lorsque j'obtins le poste de chargée d'études dans le tout nouveau centre régional associé au Céreq, à Nantes, dirigé par Pierre Cam. Ce fut réellement

la chance de ma vie, car non seulement j'étais payée pour faire ce que j'aimais et avais étudié, mais une porte s'ouvrait vers une possible thèse.

Le Céreq (Centre d'études et de recherches sur les qualifications) est un établissement public placé sous la double tutelle de l'Éducation nationale et du Travail, en charge des grandes enquêtes d'insertion et d'analyse territoriale de la formation professionnelle. Les centres associés au Céreq représentent des petites structures originales au sein de laboratoires de recherche dans diverses disciplines (surtout sociologie et économie, mais aussi gestion, géographie, sciences politiques) et l'objectif alors était d'augmenter leur nombre afin d'en installer dans chaque région. L'articulation entre la recherche universitaire et les demandes locales de travaux dans les régions n'est pas simple et nécessitait une réflexion sur la façon dont les chercheurs et les praticiens de l'emploi pouvaient collaborer dans le respect de leurs missions et de leurs points de vue, laquelle réflexion n'a jamais vraiment été menée, rendant la mission de ces centres complexe.

Les objets du Céreq étaient vraiment des objets discrets pour moi, mais j'avais commencé à les approcher en DEA et lors de mon emploi à la DRCA. Durant sept années, j'ai appris mon métier, travaillé en équipe, découvert les bonheurs et difficultés de la pluridisciplinarité, utilisé les outils des sociologues pour produire des résultats, sans toujours bien savoir comment les diffuser et en rendre compte. J'ai appris la modestie en voyant certains rapports pourtant « commandés » finir au fond d'un tiroir verrouillé, et surtout cette expérience m'a ouvert l'accès à une quantité de terrains, de méthodes, d'analyses, par le Céreq et ses partenaires universitaires et professionnels, grâce auxquels je me suis constamment déplacée. Il y a beaucoup de « figures imposées » au Céreq, mais on y apprend aussi « les gammes ».

Il est probable que c'est en réaction aux études que j'ai réalisées sur l'insertion professionnelle des étudiants d'abord, puis dès mon arrivée au Céreq des « faiblement » ou non diplômés, que je me suis intéressée au recrutement. Car pour trouver un emploi il faut bien être deux, alors pourquoi ne s'intéresser qu'à une des parties ? Que savait-on des autres, de ceux qui choisissent, qui trient, qui éliminent ? Cela me semblait d'autant plus essentiel que l'allocation des places relève plus du registre des employeurs que de celui des candidats et s'il y a une connaissance à dévoiler et des pratiques à faire savoir sur le marché de l'emploi, elles se trouvent du côté des recruteurs. Cela pouvait au moins servir aux recrutés et éventuellement mettrait un peu en lumière l'action de ces derniers. Il est ainsi des zones d'ombres dans la connaissance du social auxquelles on touche peu, sur lesquelles il n'y a pas de demande des politiques, même si j'ai trouvé chez une élue régionale (elle-même chef

d'entreprise) un étrange soutien pour me lancer dans cette aventure. Et c'est aussi avec beaucoup de satisfaction que je suis intervenue plusieurs fois auprès de demandeurs d'emploi pour leur expliquer les logiques de recrutement des employeurs et comment lire autrement les annonces d'offres d'emploi.

Ces objets, discrets au départ, me sont devenus plus familiers. Je ne vais plus chez le coiffeur de la même manière depuis mes enquêtes « en salon », je ne m'approche plus d'un bâtiment de la Marine nationale sans penser à ce qui se trame à bord, *Waterman* n'est plus seulement pour moi la marque de mes stylos, ni *Quo Vadis* celle de mes agendas, et je sais maintenant qui vide mes poubelles et comment on fabrique un roulement à billes.

Ces objets ont joué un rôle d'éclaireur, ils m'ont permis de faire le lien avec le monde médical et de l'aborder comme un monde du travail presque comme un autre en lui posant ces questions soulevées ailleurs : de quoi est fait le travail du médecin ? Comment un médecin est-il recruté ? À quoi servent les facultés de médecine ? Comment s'orientent les étudiants ?

*Les objets confluents*

Il y a devant soi des objets qui nous guident, d'autres qui nous barrent la route. Certains nous entraînent dans leur sillon, d'autres nous obligent à dévier pour les éviter. J'ai évité des objets qui étaient tellement présents, à un moment donné, autour de moi, qu'ils me laissaient trop peu de place pour évoluer. Pourtant, le premier objet étudié, comme pour beaucoup d'étudiants, était à proximité. Et si je n'avais été obligée d'en changer, peut-être aurais-je moins appris, finalement.

Ce premier objet remonte à ma licence, puisque j'avais choisi comme sujet d'observation directe, d'aller dans un *club du troisième âge*, dont j'ai fait par la suite mon sujet de maîtrise. En fait, ce n'était pas tant ces personnes âgées qui m'intéressaient, qu'un paradoxe dont je m'étais saisie un peu comme une énigme. Dans les années soixante-dix, j'avais assisté, par le biais de mes parents, à l'explosion des premiers *clubs du troisième âge*. Cela paraissait le type même des activités d'avenir, un lieu dont s'emparaient les retraités avec un réel plaisir, comme une nouvelle place qui leur était accordée. Adolescente, j'y ai passé quelques après-midi et même si je râlais après ces obligations, je finissais toujours par m'y amuser. J'aimais bien « les vieux », ils avaient une forme de liberté qui m'intriguait et me rassurait.

Dix ans plus tard, ces clubs semblaient menacés. Les premières générations de retraités y étaient toujours, mais vieillissantes, les nouvelles y venaient peu et la pérennité des clubs n'était plus assurée. Ce phénomène semblait n'avoir aucune explication satisfaisante et j'ai eu envie d'y aller voir de plus près.

J'y ai appris beaucoup de choses, dont l'une, essentielle, me sert encore aujourd'hui. C'est que le social se manifeste dans un certain rapport à l'avenir ; là où le lendemain est impensé le social disparaît, et là où il n'y a plus de social il n'y a plus d'avenir à construire. Autrement dit, ce qui s'est instauré immédiatement dans ces petites communautés, ce sont des micro-sociétés où des rapports sociaux, si mal-en-point chez ces personnes souvent seules et isolées, pouvaient revivre, à la faveur d'un ouvrage (faire et refaire, c'est travailler…), d'une belote, d'un scrabble ou même d'un café.

Ces vieilles femmes (elles étaient majoritaires) me donnèrent les clés pour comprendre ce qu'elles venaient faire là, mais elles ne l'ont pas fait immédiatement. D'abord, elles me remirent « à ma place » en se moquant de ma vieillesse prochaine et même de ma mort : « nous aussi on a été jeunes », « toi, plus tard, tu seras moche aussi », « tu seras peut-être morte avant nous, qui sait ? », « dans le trou, on est tous pareils » ; elles me battaient aux cartes et avaient plaisir à me montrer que je ne savais pas broder correctement. Elles m'ont fait rire mais ne m'ont pas fait peur, et c'est peut-être en partie grâce à cela qu'elles m'ont finalement intégrée à leur groupe et m'ont permis d'approcher leur « société ». La confluence est aussi dans le destin qui nous attend : celui de vieille était le mien. En revanche, les nouvelles générations de retraités, supportant mal le grand âge des pionniers, n'y trouvaient pas leur place ; ils venaient perturber cette reconstruction d'un monde sans âge qui redonnait de l'avenir (la semaine prochaine…) et des règles sociales (des jeux de cartes) à ces « inutiles ».

Les objets confluents deviennent féconds si, en s'en emparant, on peut les déplacer. Certains sont trop lourds et barrent pendant longtemps le chemin. Il faut alors ruser, les prendre de côté, les faire basculer, rouler, voire les segmenter. Mais lorsqu'ils sont trop envahissants, il faut bien, à un moment ou à un autre, en faire quelque chose.

Derrière la sociologue que je suis devenue, il y a le médecin ou l'infirmière que je ne suis pas devenue. Des études « avortées » que je me suis évidemment bien gardée de mentionner lors de mon audition au CNRS, préférant mes maternités bien menées à terme, elles. Pourquoi un métier médical ? Cet avenir m'était « naturellement » proposé, puisque j'étais entourée de médecins et d'infirmières, je « baignais » dans le milieu : de quelque angle que je me considère, j'en étais fille, sœur, nièce, cousine, épouse, belle-sœur, et maintenant mère et tante. J'ai renoncé à ce « destin » professionnel, mais l'objet conservait mon intérêt et il pouvait peut-être devenir objet d'étude, en cherchant bien…

En tant que professionnels, les médecins m'étaient étrangers, mais je ne le savais pas encore. Je les ai approchés par ma « spécialité » : l'insertion, le recrutement, le travail. Comment

comprendre qu'une profession libérale se recrute sur un mode bureaucratique ? En arrivant au CNRS, libérée des « figures imposées » du Céreq, ce pouvait être le moment d'aller voir de ce côté-là.

Il a fallu que j'apprivoise ceux qui énoncent le discours médical pour comprendre, autrement, le monde la santé. Cette fois-ci non comme soignante potentielle, mais comme sociologue, et j'aime d'ailleurs me présenter comme sociologue du travail aux professionnels de santé. Dans ce passage d'un monde à l'autre, les médecins ont joué un rôle de passeurs, ils ont permis une transition désormais rendue possible entre les champs de la santé et ceux du travail. Ce ne fut pas simple, car mes connaissances m'ont tour à tour servie et desservie. Elles m'ont servie lorsqu'il fallait comprendre des subtilités de parcours, saisir au vol une expression « médicale », surmonter les hésitations à affronter une « élite » prompte à se moquer des questions naïves du sociologue. Elles m'ont desservie lorsque je croyais avoir compris alors que je ne faisais que projeter mon expérience limitée ou lorsque je prenais pour une évidence ce que l'on me disait, sous prétexte de familiarité. Enfin, j'ai réalisé que ce « rapprochement » allait conduire à un inévitable éloignement ; les médecins se font aujourd'hui plus « discrets » dans ma vie.

Après plusieurs travaux sur la formation médicale, je pensais être à l'abri du risque présenté par l'approche d'un terrain « sensible » et mes résultats me conduisaient vers de nouvelles questions concernant la pratique soignante, la santé et la maladie. Les rencontres occasionnées par le carrefour des idées que représente la Maison des sciences de l'Homme *Ange-Guépin* m'ont fourni l'occasion d'approcher la pratique médicale à partir d'un champ particulier : la cancérologie.

N'ayant été, par le passé, qu'indirectement touchée par le cancer dans ma vie personnelle, il me semblait possible d'aborder cette maladie avec une certaine distance et d'affronter ce terrain avec sérénité. Mais les objets confluents peuvent être derrière nous sans se faire connaître à l'avance. En entrant pour la première fois et pour les besoins de l'étude dans un Centre anticancéreux, je me souviens très bien avoir imaginé d'avoir un jour à m'y rendre pour moi. On y soigne plus de 80 % des femmes de la région atteintes d'un cancer du sein et cette maladie touche environ 7 % des femmes. Ce lieu n'est pas anodin lorsqu'on y pénètre pour la première fois, car s'il est plus chaleureux que de nombreux hôpitaux, il accueille exclusivement (ou presque) des patients atteints d'une maladie encore mortelle et dont la charge émotionnelle est toujours forte. On ne pénètre donc pas dans ces lieux sans y percevoir l'enjeu qui s'y trame, et aucune familiarisation ne peut totalement le faire oublier.

En l'occurrence, mes premiers contacts avec cet établissement furent le secrétariat et la salle de consultation occupée par l'oncopédiatre y recevant ses anciens patients. J'y suis retournée dans les mois suivants, soit pour assister à des consultations, soit pour « recruter » des patients et leurs parents dans la salle d'attente, soit pour interviewer des oncologues du centre. Jamais aucune recherche n'avait contenu autant de charges émotionnelles, exprimées par les interviewés, palpables y compris dans leurs dénégations, médecins éreintés, parents traumatisés, anciens malades abîmés. Tous souffraient, soit d'avoir été maltraités, soit de maltraiter, soit d'assister à la maltraitance d'un proche, mais tous étaient aussi totalement impliqués et désireux de se faire entendre. Parler de maltraitance ici peut paraître brutal mais pourtant, il s'agit aussi de cela. Je découvrais que le traitement du cancer était une maltraitance qui ne touchait pas seulement des patients, soumis à des traitements anticancéreux agressifs, mais aussi (surtout ?) au « traitement » particulier de cette maladie, de la part du corps soignant et du corps social dans son ensemble. Le sujet était passionnant et j'étais à la fois grisée et remuée par cette approche.

Certains objets peuvent surgir devant nous et nous surprendre en pleine « objectivation sociologique » et parfois même, ils nous tombent sur la tête. Au moment où montaient en puissance les entretiens avec les parents de jeunes traités dans leur enfance ou leur adolescence pour un cancer, je me suis trouvée dans une situation inimaginable pour moi quelques semaines auparavant. J'ai à nouveau franchi les portes du centre de lutte contre le cancer pour une autre raison que la recherche, avec ma fille à mes côtés. Au regard des histoires terribles que j'avais entendues durant les mois précédents, elle souffrait de ce que certains oncologues appellent « un rhume de cancer », autrement dit une broutille, le « truc » facile à guérir, délicat mais traitable dans la quasi-totalité des cas. Cependant, comme Christian et Olga Baudelot le racontent à propos de leur « promenade de santé », cela me fit le même effet qu'aux interviewés, j'ai réagi « comme dans les livres ». Et non seulement comme dans les livres des autres, mais aussi comme je l'avais déjà repéré chez les personnes que j'interrogeais. La rationalisation cherchait à combattre la peur, le temps se rythmait au gré des rendez-vous médicaux, des interventions et des traitements, le doute se mêlait à la colère, l'impuissance à l'inquiétude.

Cet événement de ma vie personnelle n'aurait pas sa place ici s'il n'avait pas, par une coïncidence que la vie nous réserve parfois, créé une situation imprévue dans les guides méthodologiques : enquêtant là où ma vie ne m'avait pas encore menée, mon objet la croisait. Qu'en faire ? En travaillant sur la profession médicale, j'entrais en terrain « miné » et j'avais pris toutes les précautions d'usage. Cela n'a pourtant pas été de tout repos, et j'en suis sortie assez apaisée et heureuse de découvrir toutes les richesses de cet objet que je n'aurais plus à

éviter. Mais cette fois, je fus prise au dépourvu et obligée de réagir à ce « coup du sort ». J'ai immédiatement adopté une attitude raisonnable : j'ai arrêté l'enquête et l'ai confiée momentanément à ma jeune collègue, me félicitant d'avoir la manie du travail collectif. J'ai tenté, en période d'accalmie, de reprendre, c'était trop tôt et j'ai arrêté à nouveau. J'ai repris plus tard, en douceur. Pendant ce temps, je me suis aperçu que je n'entendais plus les mêmes récits de la même manière, tout en ayant l'impression de poursuivre de façon cohérente l'étude.

Il m'a fallu du temps pour comprendre ce sentiment paradoxal, lié à la façon de gérer la charge émotionnelle traversant chacun de ces entretiens. Toutes ces rencontres étaient longues, émouvantes, remuant chez les interviewés des émotions fortes, des larmes surgissaient, les silences étaient lourds, parfois des révoltes sourdaient. Je percevais pleinement ces émotions avant d'être moi-même touchée, mais je m'en arrangeais. Je n'avais sans doute pas le choix, et je m'en rendis compte ensuite, car ces récits mobilisaient chez moi des résistances profondes me bloquant sur le chemin d'une écoute réellement interprétative. Que peut faire le sociologue de la douleur des parents face à la souffrance de leur enfant, à la peur de le perdre et à la frayeur de le voir mutilé ? Il n'est pas là comme soignant et ne peut se prévaloir d'un rôle rassurant ou réparateur, sa situation est inconfortable et son impuissance peut le bloquer à l'endroit même où l'autre dit sa souffrance. Sans nous en rendre compte, nous risquons de nous en tenir là, c'est-à-dire, soit de choisir de ne pas étudier cette souffrance (par pudeur ?), soit d'en rendre compte sous une forme brute, sans la soumettre à l'analyse. Le sociologue pourrait-il « prendre en charge » la maladie d'une autre façon que les soignants, en conservant sa place d'analyste du social et en remplissant sa fonction de révélateur de processus dynamiques et vitaux, y compris lorsqu'il est question de menace de mort ?

Je n'ai vraiment compris l'ampleur du problème que lorsque les discours des autres ne suscitaient plus simplement mon empathie, mais réveillaient mes propres sentiments. À mon étonnement, les différences et les décalages entre ce que chacun disait devinrent perceptibles et j'ai commencé à mobiliser des moyens d'analyse me permettant d'aller au-delà de la charge émotionnelle. Pour le dire simplement, comme j'avais mal, je ne résistais plus à la douleur des autres et l'obstacle qu'elle représentait s'est amoindri, m'ouvrant la possibilité d'entendre tout « le reste » de leur histoire et surtout, m'autorisant à m'en saisir. Ce qui faisait barrage pouvait devenir un filtre laissant passer leur vie, leur passé et leur présent, distincts de ma propre histoire. Ressentir des sentiments proches des leurs me donnait accès à leur singularité.

Cela m'a permis de comprendre pourquoi les travaux sociologiques traitant des maladies les plus graves et de la mort avaient parfois tendance à lisser les différences sociales et à se caler sur des catégories médicales pour expliquer les comportements des « profanes ». Devant la machine à café du service d'oncologie pédiatrique, les mères se parlent sans grande distinction d'origine, et celles qui n'auraient eu rien à se dire quelques mois plus tôt semblent soudain se comprendre parfaitement.

Pourtant, le social est là aussi, tout autour. Il est dans la façon dont les autres, ceux qui ont « toute la vie devant eux », traitent ces « diminués d'avenir », la façon dont la société redistribue les rôles brutalement et dont elle ne va jamais vraiment pardonner ces écarts à la règle provoqués par une maladie grave, comme s'ils étaient indécents. La maladie est désocialisante pour le malade et ses proches, mais la société veille et attend ces déviants au tournant, pour peu que la route se rallonge un peu.

Ces dernières années, à la suite du premier Plan cancer, de nombreux travaux de sciences sociales ont été menés autour de cette maladie. Chaque région voulait financer ses propres études et des chercheurs parfois isolés par rapport à leur équipe, souvent précaires, se sont confrontés, seuls, à ces terrains. Ceux qui y allaient avec le soutien d'une équipe avaient aussi des difficultés à trouver leur place. On ne peut se contenter de faire un travail « sur » les émotions et les sentiments, il est nécessaire de trouver le moyen de travailler « avec » ses émotions et ses sentiments.

C'est avec ces expériences s'ajoutant à mes années de recherches, que j'ai tenté de faire la transition entre un parcours professionnel d'abord situé sur le champ de l'éducation et du travail, puis sur celui de la médecine et de la maladie. Des champs séparés dans les associations professionnelles de sociologues, entre lesquels le lien était difficile à opérer il y a une quinzaine d'années. Aujourd'hui, la santé et le travail se rejoignent à travers deux problématiques transversales et plus « en vogue » : la sociologie des professions d'une part, la santé au travail d'autre part. Ni l'une ni l'autre ne furent au cœur de ma démarche, dont je n'avais pas perçu au départ qu'elle m'obligerait à faire un « virage thématique ». J'ai étudié la formation des médecins en m'attachant à comprendre le phénomène des concours comme méthode de sélection et de recrutement des futurs praticiens. La cancérologie m'a fourni l'occasion d'interroger l'objet du travail médical, selon une approche qui me tenait à cœur. Ces travaux n'ont pas été conduits dans un objectif de changement de spécialisation mais plutôt dans la lignée de questionnements continus d'une recherche à l'autre. Le lien n'est pas institutionnel car il est aussi le résultat de ma faible inscription dans des collectifs de

recherche spécialisés dans un domaine ou sur un modèle théorique. La confrontation interdisciplinaire, d'abord au Céreq, puis à la MSH *Ange-Guépin* qui a accueilli mes recherches, et par mon rattachement dans un laboratoire de droit, m'a obligée à interroger sans cesse la posture du sociologue devant des objets à construire collectivement. L'exercice proposé par le mémoire d'habilitation à diriger des recherches est pour moi l'occasion d'exposer ma démarche, de la mettre en forme, d'en tirer des résultats et surtout des pistes à explorer lors de mes futurs travaux.

# Introduction

Les variations sur un thème constituent, en musique, un exercice à la fois ludique et compliqué. Il ne s'agit pas de faire varier les interprétations d'un même morceau, il s'agit plutôt de décomposer ce thème et d'en décliner les composants : la mélodie, les harmoniques ou les rythmes. La médecine se prête assez bien à ce type d'exercice, car elle est elle-même un thème pluriel. Elle signifie à la fois une profession, une pratique, une science et un remède ; elle est une institution et un travail, elle est faite de savoirs abstraits et s'adresse à des corps humains. La médecine se prête ainsi aux variations. Chacune d'elle éclaire les autres, la médecine comme science n'est pas dissociée de ses professionnels, elle se pratique dans des institutions, elle est l'objet de quelques-uns, mais nous pouvons tous en devenir sujets. Elle se prête en outre à de nombreuses métaphores, elle croise de nombreux champs, elle s'adresse à toute la vie.

Il faut alors trouver le moyen de s'en saisir et de la réduire pour ensuite, mieux la comprendre. Elle éclaire aussi d'autres champs, elle n'est pas dissociée du reste de la vie sociale, elle est parfois modèle et parfois lien, mais toujours en relation avec d'autres.

Puisque l'objet « médecine » est si difficile à saisir, il peut être nécessaire de lui choisir un angle particulier, par exemple celui de la profession. La « profession médicale » n'est pourtant pas une expression dépourvue d'ambiguïté. Pour les médecins, « la profession » désigne leurs représentants, syndicats et Ordre surtout ; le médecin dans son cabinet n'est pas un membre de « la profession ». Pour le sociologue, cette profession médicale est à la fois un collectif, un ensemble de travailleurs qualifiés dans un même domaine, et un modèle conceptuel fort et institué. La profession médicale, depuis qu'elle a fait l'objet de nombreuses études américaines dans les années soixante, est devenue le modèle à partir duquel s'est

construit le concept sociologique de « profession ». Étudier les médecins revient nécessairement à interroger ce modèle, c'est-à-dire à lui donner vie et à le faire évoluer.

En introduction à la première partie de son ouvrage majeur sur *La profession médicale*, Eliot Freidson nous propose une citation de Carr-Saunders et Wilson, qui écrivaient dans les années 1930 : « Le système présente deux traits essentiels : le regroupement spontané des praticiens en associations et l'intervention régulatrice de l'État… Il appartient aux associations professionnelles d'obtenir pour les praticiens le monopole de leur fonction et à l'État, pour autant qu'il est compétent de le leur conférer »[1]. Cette citation introduisant l'ouvrage de Freidson est centrale car elle pose un principe fondateur du concept de profession, à travers deux termes : « spontané » et « obtenir ». Le regroupement des praticiens en associations est dit « spontané » et ces associations ont la capacité « d'obtenir » un monopole d'exercice pour ses membres, conféré par l'État. Le sens de ce mouvement indiquerait que l'État joue un rôle de confirmation d'une situation de pouvoir acquise « de fait ». Ce pouvoir est cependant interrogé par Freidson qui y voit le signe d'une légitimité accordée par une clientèle profane désireuse de se confier à des praticiens efficaces.

Le processus proposé par Carr-Saunders et Wilson a comme première conséquence d'affirmer l'indépendance fondamentale de la profession médicale, instituée d'abord par elle-même, et jouissant d'un monopole octroyé par l'État du fait de sa légitimité. Sa deuxième conséquence est de proposer un modèle d'organisation professionnelle qui rompt avec l'organisation du travail capitaliste, puisqu'elle ne s'inscrit pas dans la recherche de profit d'un petit nombre par le travail d'une masse prolétarienne. Le modèle de la profession médicale est donc a-capitaliste, il ne sert d'abord et surtout que les intérêts de ses membres et de sa clientèle. Comme son organisation permet de servir correctement les intérêts des patients, puisqu'elle dispose d'instances de contrôle à tous les niveaux de sa pratique, l'État lui accorde totalement ce mandat. Enfin, du fait de ce pouvoir propre à la profession médicale et relativement dissocié des autres formes d'organisation économique, celle-ci contribue à une action de moralisation de la société, produisant ses propres règles de normalité et de déviance qui influencent les comportements individuels[2].

Ce schéma est certes simplifié et le grand intérêt de l'ouvrage d'E. Freidson est de l'avoir largement discuté. Très récemment, dans une préface à l'ouvrage collectif de Didier Demazière et Charles Gadéa sur *La sociologie des groupes professionnels*, Howard S. Becker rappelle le caractère prestigieux de la « profession », tout particulièrement dans ses « cas

---

[1] Freidson E., *La profession médicale*, Payot, Paris, 1970, p.11.

[2] On retrouve une analyse assez complète de ces principes de la sociologie fonctionnaliste chez Dubar C. et Tripier P., *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris, 1998.

purs » dont il rappelle l'axiome fondamental : « Les membres d'une profession ont réussi à se faire reconnaître comme les seuls dont les connaissances et l'expérience permettent de décider ce qu'il faut faire dans une situation donnée, et de juger, en fin de compte, si ce qui a été fait a été bien fait. L'autonomie est l'enjeu principal de toute discussion concernant le professionnalisme »[3]. Dès lors, discuter du principe d'autonomie au fondement de la profession médicale devient un enjeu, non seulement de la réflexion théorique sur les professions et les groupes professionnels, mais aussi de la façon dont les théories sociologiques rendent compte des relations existant entre les champs de la vie sociale et interprètent la capacité de certains groupes à s'auto-instituer dans un contexte économique et politique donné.

Le modèle de l'autonomie professionnelle n'a pas été l'entrée par laquelle j'ai été conduite, dans mes travaux, à approcher la profession médicale. C'est dans la suite directe de mes recherches sur le recrutement, saisi à partir des processus d'intégration des salariés dans les entreprises privées, que je me suis dirigée vers cette catégorie particulière de travailleurs que sont les médecins. La question posée était assez simple et visait à tester la pertinence des résultats de ma thèse, dont une partie peut être résumée de la façon suivante : les références fondatrices d'une organisation sont actualisées à chaque intégration d'un nouveau membre dans le collectif. Les procédures de recrutement peuvent ainsi renseigner sur les principes d'institutionnalisation des collectifs de travail. Ce qui était démontrable dans les entreprises privées pouvait-il aussi s'appliquer à d'autres organisations professionnelles ? La profession médicale, en France, était susceptible d'incarner ce défi. En effet, les médecins sont recrutés à l'entrée de leur formation, sur le mode bureaucratique du concours. Plus tard, ils sont répartis dans les différentes spécialités de la même manière. Pour autant, une majorité d'entre eux formeront une profession libérale, ce qui peut sembler contradictoire avec un principe d'inclusion calqué sur les Grand corps d'état. Comment comprendre et saisir ce paradoxe ? Munie de cette question, j'ai commencé à étudier la profession médicale, à l'occasion d'une recherche collective conduite autour des effets de la réforme de l'internat de médecine de 1982, qui généralisait le concours de l'internat pour l'accès à toutes les spécialités médicales. L'idée de départ était modeste et permettait de tester certaines hypothèses, dont la principale était celle-ci : si l'on modifie les conditions de répartition des individus dans les différents segments en changeant les règles de cette répartition afin de mieux en contrôler les effectifs, on ne fait pas que modifier une démographie, on modifie la structure même du corps médical. Si tel est le cas, la maîtrise d'un mode de sélection revient

[3] Becker H., Préface à Demazière D. et Gadéa C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Paris, 2009, p. 10.

à contrôler la composition et les évolutions de l'ensemble du groupe. Cette hypothèse fut confirmée par mes résultats qui mirent en évidence les effets induits par cette méthode de sélection et les rapports complexes de pouvoir existant entre l'État, l'élite de la profession médicale en charge d'appliquer les réformes, et l'ensemble des médecins. Ces recherches faisaient apparaître des liens de dépendance entre la profession médicale et les pouvoirs publics, et mettaient en question le principe de l'autonomie médicale.

D'autres travaux entrepris en collaboration avec des juristes, m'ont conduit à interroger les frontières existant entre le travail salarié et le travail dit « indépendant ». Ces frontières ont été établies, en droit, par la reconnaissance d'un lien de subordination juridique, qui fait évidemment défaut dans la profession médicale, mais à partir duquel il devient possible d'interroger la nature du rapport qui lie le médecin à son patient d'un côté et à sa mission de service public, d'un autre côté. Le « colloque singulier » est-il pertinent pour en rendre compte ? Doit-on se contenter de ce modèle de relation thérapeutique, alors que les observations relevées sur le terrain montrent qu'il n'y a jamais, y compris dans le cadre fermé d'un cabinet de consultation, seulement deux personnes face-à-face.

Le principe de l'autonomie médicale, tant comme profession instituée que comme pratique experte, est devenu problématique parce qu'il ne rend compte des liens de dépendance que sous la forme d'une réduction de l'autonomie. Or, les liens, y compris sous forme de contrôles et de contraintes, existant entre le champ de la médecine et les autres champs de la vie sociale, éclairent la fonction sociale de la médecine, comme profession, comme science et comme pratique. La médecine ne se produit pas elle-même, elle est coproduite par l'ensemble de la société et, à la considérer trop indépendante, on lui enlève ses spécificités.

Le travail présenté ici tente de définir la médecine comme profession, comme travail ou comme pratique, à partir des rapports qu'elle entretient avec d'autres champs (l'État, le droit, le travail, les « profanes »), jusqu'à mettre en question son pouvoir fondateur : guérir. Plusieurs approches y sont mobilisées successivement ou simultanément, toujours partielles car nous ne referons ici pas l'histoire de la médecine ni n'avons la prétention de réaliser une étude juridique de la profession médicale ou une analyse détaillée de la maladie cancéreuse. De même, la profession médicale n'est pas étudiée ici comme un « tout », mais à partir de certains de ses aspects structurants : la formation et la sélection des médecins, la constitution de l'objet du travail médical, la séparation des espaces professionnels et « profanes », l'inscription sociale de la guérison. Ce sont des variations et non l'étude approfondie d'un thème.

Ce texte est organisé autour de cinq parties rassemblant onze chapitres. Un « plan » est, selon sa définition géométrique, sans inégalités de niveaux, il est composé d'éléments qui se succèdent horizontalement. S'il était possible de faire un « plan » en plusieurs dimensions, sans doute celui-ci rendrait-il mieux compte des liens existant entre chacune de ces parties, car elles se répondent et s'entrechoquent parfois. La logique de leur exposition répond à un souci d'intelligibilité des concepts et des approches plus qu'au déroulement linéaire d'une démonstration logique.

La première partie est consacrée à la profession médicale comme corps institué. Elle propose trois approches différentes afin de rendre compte de processus de transformation se déroulant à différentes périodes. La première approche mobilise des matériaux historiques pour interroger le monopole de la médecine en France et la structuration professionnelle qui la caractérise. Ce chapitre n'a pas l'ambition de retracer l'histoire de la profession médicale, mais plutôt d'y relever des événements particuliers et d'interroger certaines zones d'ombres sur les conditions ayant permis l'institutionnalisation de la médecine. Le deuxième chapitre s'appuie sur les transformations induites par la réforme des études médicales de 1982 pour mettre en évidence les différents leviers à partir desquels les flux médicaux sont contrôlés, mais aussi les paradoxes d'un système reposant sur des formes élitistes revendiquées par les professionnels et permettant à l'État de renforcer son contrôle de la profession. C'est par les femmes et leur installation dans la profession, que nous conclurons cette première partie. La reproduction du corps médical passe aujourd'hui par elles, la féminisation de la profession constitue un moyen heuristique pour interroger les évolutions des dispositions des étudiants au moment de leur orientation et de leurs choix d'exercice.

La deuxième partie vise à intégrer la médecine dans l'espace plus général, du travail et des activités économiques. Le droit y est largement convoqué, car la réglementation du travail salarié fut à l'origine de l'explosion démographique et économique de la profession médicale, non seulement parce que les médecins ont ensuite pu compter sur une rémunération garantie par les Assurances sociales, mais aussi parce qu'ils ont été placés au cœur d'un système économique inscrivant le corps du salarié comme instrument privilégié de la production de valeur. Un système dont le chapitre V montre qu'il a divisé le corps médical, entre ses représentants défendant la liberté médicale et des praticiens qui, sur le terrain, y voyaient le moyen de gagner leur vie en dispensant leurs soins à une clientèle élargie.

La troisième partie part d'une digression visant à définir le concept d'objet du travail, utilisé pour penser celui de profession. Les transformations observées dans la gestion tant symbolique qu'organisationnelle du travail dans deux secteurs, la coiffure et la Marine

nationale, autour de la thématique de la professionnalisation, seront l'occasion de définir ce concept d'objet du travail, mobilisé pour saisir les niveaux d'autonomie des acteurs. En revenant vers la médecine, nous étudierons l'objet du travail médical en formation, défini au cours d'un apprentissage à la fois théorique et hospitalier. Cette troisième partie fait le lien entre les deux premières et les deux suivantes : entre d'une part, la profession médicale et son institutionnalisation et d'autre part, la pratique médicale et ses effets.

Le concept de professionnel n'a de sens que s'il peut s'opposer à celui de profane. C'est à cette figure qu'est consacrée la quatrième partie, étudiée à travers des profanes présentant des caractéristiques particulières : les parents d'enfants-malades. Les profanes sont ici des parents revendiquant une responsabilité parentale mise à mal par le traitement médical subi par leur enfant devenu malade. La confrontation de l'autorité parentale au pouvoir médical peut prendre des formes diverses étudiées au chapitre IX, plus ou moins conflictuelles, signalant l'opposition entre deux points de vue : celui d'un savoir et celui d'une expérience, l'un scientifiquement établi et l'autre inscrit dans des liens affectifs au sein de la cellule familiale, à laquelle des droits sont attachés.

La dernière partie est consacrée à la problématique de la guérison. Au centre de la demande de soins, la guérison symbolise le pouvoir quasi magique de la médecine. Les progrès thérapeutiques renferment pourtant de nombreux pièges et parfois inversent le cours de la rémission. En quoi la problématique de la guérison – avec tous ses impensés – est-elle contenue dans l'exercice même du pouvoir médical ? Comment, dans une société qui n'a pas abandonné son rêve d'immortalité, la guérison relève-t-elle d'un héritage d'une conception magico-religieuse du pouvoir du médecin ? Penser la lutte contre le cancer en tant qu'objet du travail médical est une manière efficace de faire apparaître les distorsions entre l'idéal thérapeutique et les réalités de la guérison. Celle-ci s'apparente à un non-lieu social qui, faute d'être clairement identifié, fait l'impasse sur le changement d'état induit par l'action de la médecine.

# Première partie :

# Les transformations du corps médical

*« Toute société a le corps médical qu'elle mérite ».*

Jacques Léonard, *La France médicale au 19ème siècle.*

Parmi les critères formels que retient Freidson pour élaborer une définition de la profession, ceux relevant de la formation sont décisifs. En effet, ils s'appuient sur une typologie tracée par Goode qui retient deux propriétés nucléaires : une « formation spécialisée de longue durée dans un système de connaissances abstraites » et « la polarisation sur le service rendu ou sur la collectivité »[4]. Freidson relève que parmi les traits qui sont supposés en dériver, cinq sur dix sont relatifs à l'autonomie : la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous la forme d'un permis d'exercer ; la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous la forme d'un permis d'exercer ; les commissions d'admission et d'habilitation sont composées par des membres de la profession ; la législation relative à la profession est en majeure partie l'œuvre de la profession elle-même ; le praticien est relativement indépendant du jugement et du contrôle des profanes.

L'auteur interroge ensuite le premier « critère nucléaire » : la formation longue, spécialisée et abstraite. Il réfute ces critères en disant qu'ils sont absolument impossibles à déterminer exactement. Il y argumente que la limite se trouve justement dans l'autonomie. Pour lui, ce qui est décisif, c'est surtout « le contrôle que le métier exerce sur la formation ». L'autonomie de la profession se manifeste d'abord par la capacité de celle-ci de s'affranchir de tout contrôle extérieur, et en particulier de l'État, sur les conditions de sélection et de formation de ses membres. Certes, c'est la puissance publique qui délivre les diplômes et c'est par elle que la profession a obtenu son monopole, mais la force de la profession est d'arriver à s'affranchir de ce contrôle pour en maîtriser à la fois les contenus et les processus.

Selon ce point de vue, la profession médicale ne peut qu'avoir une forte tendance à l'autoreproduction, compte tenu des obligations d'adaptation technique et économique auxquelles elle doit faire face dans le temps. Mais l'autonomie étant première, celles-ci sont régulées à partir des intérêts propres à la profession et destinées à assurer la pérennité de son pouvoir. Selon ce principe fondamental, l'étude de la formation médicale conduit à « s'interroger sur la manière dont une profession trace ses propres frontières et détermine son identité à travers des mécanismes de sélection et de rejet de ses nouveaux membres »[5].

Ce paradigme de l'autocontrôle de la profession conduit à accorder aux valeurs justifiant les sélections médicales une signification portée par la profession elle-même, qu'il s'agisse d'une certaine forme de savoir ou de légitimité sociale. Pensée comme un collectif produisant ses propres règles de fonctionnement et centrée sur la constitution d'un corps d'experts possédant des valeurs communes, la profession médicale serait relativement émancipée des

---

[4] Freidson E., *La profession médicale, op. cit.*, p. 87 et suiv.

[5] Baszanger I., « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, 1981, p. 223-245.

règles s'imposant au reste de la société, voire serait en mesure d'imposer des formes de régulation contraires aux valeurs communes. Ainsi, le système de formation lui-même peut reposer sur une articulation de principes contradictoires : « concours juste et démocratique suivi d'une course opaque et d'un mode de désignation lié à l'appartenance sociale »[6].

Le corps médical n'est même pas issu d'une sélection « juste », le concours trie l'appartenance sociale, comme d'ailleurs le fait l'ensemble du système scolaire et tout particulièrement les filières d'élite, conformément à « la loi générale qui régit les processus de sélection et d'élimination et qui veut que la composition sociale d'une catégorie scolaire dépende directement de la rigueur de la sélection dont elle est le produit, une population scolaire faisant une place d'autant plus grande aux plus favorisés qu'elle se situe à un niveau plus élevé du cursus »[7]. De ce point de vue, les systèmes électifs en médecine sont le pur produit d'un système méritocratique porté tôt par l'école, ils ne préjugent d'aucune démocratie sociale et encore moins de la qualité morale des élus. L'autonomie médicale, à l'évidence, ne se manifeste pas sur ce point, son originalité est faible, ses principes de recrutement plutôt classiques.

Malgré une forte tendance à l'autoreproduction, le corps médical se transforme. Entre les médecins du XIXe siècle et ceux du XXIe siècle, il y a un fossé considérable. D'abord, ils vivent tous aujourd'hui de leur art[8]. La médicalisation de la société, dans ses différentes composantes, à la fois « extension du champ médical » et « extension du champ de compétences de la médecine »[9], a favorisé l'essor de leur pouvoir autant que de leur fortune. Les médecins, avec un revenu moyen annuel avoisinant les 60 000 euros, se situent dans la tranche des revenus les 5 % les plus élevés de France.[10]. Pour autant, ils sont soumis à des aléas démographiques sans précédent qui résultent de décisions brutales des pouvoirs publics, naviguant apparemment « à vue », afin d'aménager l'espace de l'offre de soins tout en préservant leur liberté d'installation. Les rapports qu'entretient la profession médicale avec les pouvoirs publics sont complexes et les frontières des zones d'intervention propres aux uns et aux autres sont souvent floues. La population médicale a, elle aussi, changé. Elle

---

[6] Peneff J., *La France malade de ses médecins*, Seuil, Paris, 2005, p. 195.

[7] Bourdieu P., *La noblesse d'Etat, Grandes écoles et esprit de corps*, Les éditions de Minuit, Paris, 1989, p. 85.

[8] Les médecins du XIXe siècle étaient parfois fortunés, mais ceux-ci ne représentaient qu'une catégorie assez faible en nombre, et surtout les écarts de revenus repérés par Jacques Léonard dans l'Ouest armoricain témoignent de grandes inégalités entre eux. Léonard J., « Médecins et notables sous le Consulat et l'Empire », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 32, n°5, 1977, p. 858-865.

[9] Aïach P., « Les voies de la médicalisation », dans Aïach P. et Delanoë D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, Paris, 1998, p. 15.

[10] Dont la limite inférieure annuelle était fixée à 42 876 euros en 2007, selon les enquêtes revenus fiscaux INSEE-DGI.

s'est féminisée, massivement, au cours de la fin du XXe siècle, et les évolutions de ses modes de recrutement ont contribué à modifier, structurellement, sa composition.

L'objet de cette première partie est d'interroger les transformations du corps médical, non à partir de son indépendance, mais à travers les liens qui l'entravent. Comme son autonomie, la dépendance médicale se manifeste à travers les capacités du corps à gérer et à contrôler les recompositions dont il est immanquablement l'objet. Ces transformations témoignent de la nature des liens, souvent ambivalents, qu'entretient la profession médicale avec les pouvoirs politiques et économiques ou avec les membres des autres professions supérieures, ainsi que des rapports de domination inhérents à son organisation hiérarchique.

Les conditions de la dépendance médicale peuvent être saisies par l'histoire, autour de trois phases : l'obtention du principe du monopole en 1803, le processus d'unification de la profession se déroulant durant le XIXe siècle, puis ses divisions, durant le siècle suivant. Le premier chapitre vise à montrer l'ambiguïté d'un processus qui ne fut ni linéaire, ni uniforme. L'histoire de la médecine comme profession n'est pas plus indissociable de l'histoire sociale et économique que de l'histoire des sciences et ses institutions fondatrices laissent des traces vivantes encore aujourd'hui.

Parmi ces institutions, l'internat des hôpitaux a proposé un mode de recrutement devenu exemplaire en médecine, le concours, offrant un bon angle d'analyse des transformations et restructurations du corps médical. C'est le prisme que nous avions adopté en étudiant la réforme des études médicales du 23 décembre 1982, instituant un concours national d'accès aux spécialités médicales. Un nouveau changement est advenu en 2005, avec la mutation de ce système en un examen classant national, dont l'originalité et la complexité transforment le principe de sélection de l'élite en principe de classement universel.

Enfin, nous nous pencherons sur un phénomène qui a longtemps été considéré comme un sujet « brûlant » de la profession, qui est sa féminisation. Celle-ci est ici étudiée, non comme une question de « genre » ni même totalement une question de « médecine », mais plutôt à travers les recompositions sociales que cette féminisation permet de comprendre.

Les travaux empiriques mobilisés reposent pour l'essentiel sur trois recherches collectives réalisées depuis plus de dix ans, et dont on trouvera le détail de leur mise en œuvre dans des encadrés insérés dans le texte[11]. La première, réalisée entre 1999 et 2001, porte sur « la réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins » ; elle visait à comprendre les restructurations du corps médical provoquées par

[11] La première et la troisième recherche sont présentées ci-dessous, les matériaux empiriques mobilisés pour cette première partie étant en grande partie issus de ces travaux. La seconde sera présentée dans la troisième partie.

un changement de règles de sélection des médecins et de redistribution des effectifs médicaux. La seconde, en 2004-2005, a porté sur une centaine d'entretiens qualitatifs réalisés auprès d'étudiants parisiens et nantais de différentes générations, ainsi que de jeunes généralistes. Elle visait à rendre compte de la construction progressive d'une identité professionnelle médicale et des arrangements auxquels les étudiants devaient se confronter au regard des systèmes d'enseignement et de validation auxquels ils étaient soumis[12]. La troisième recherche porte sur les choix des étudiants à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). Cet « examen » qui n'en est pas vraiment un, donne lieu à un classement national des étudiants à partir duquel ils sont amenés à choisir leur filière de spécialité dans un « amphi de garnison ». En 2005, à l'issue de la deuxième année de fonctionnement de ce système, nous avons suivi la cohorte des étudiants inscrits et classés, à partir des évolutions des choix qu'ils cherchaient à faire lors des procédures informatiques, puis en observant la cérémonie des choix jour après jour. Nous présentons ci-dessous la première et la dernière de ces recherches, puisqu'elles seront ici mobilisées en priorité.

***La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins***, A.-C. Hardy-Dubernet, M. Arliaud, C. Horellou-Lafarge, F. Le Roy, M.-A. Blanc, novembre 2001, 165 p.,

Inscrite dans le programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : *processus de décision et changement des systèmes de santé*, cette recherche visait à analyser les effets d'une réforme des études médicales inscrite dans la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982. Ce texte faisait suite à une première loi-cadre du 6 juillet 1979, qui n'a jamais été appliquée et fut abrogée à l'issue du changement de majorité en 1981. Le texte de 1982 reprend cependant les grandes lignes de ce premier projet, mais provoqua des mouvements de protestation conduisant à en corriger certains aspects, d'abord par les décrets de mai 1983, puis par la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984.

L'étude a été réalisée par une équipe de chercheurs du Laboratoire Georges Friedmann (Paris I), du LEST (Aix-en-Provence) et de la MSH Ange-Guépin (Nantes). Notre méthodologie s'est construite autour de la nécessité de procéder à des analyses comparatives de populations étudiantes et professionnelles permettant de faire apparaître les évolutions structurelles du corps médical. Pour cela, nous avons constitué un fichier retraçant les parcours d'un échantillon d'anciens étudiants en médecine, sur la base des inscrits en PCEM2. Les règles de constitution des cohortes et le choix des universités concernées répondaient à deux exigences :

*1- Comparer des générations d'étudiants relevant de dispositifs différents*

Pour cela, nous avons choisi des cohortes issues de périodes situées de part et d'autre de la mise en place du "nouveau régime" de l'internat :

| **Années retenues :** | Année PCEM2 | année du concours[13] |
|---|---|---|
| Avant la réforme | 1973 et 1975 | 1978 et 1980 |
| "Pendant" la réforme | 1978 et 1980 | 1982 et 1984 |
| Après la réforme | 1984 et 1986 | 1988 et 1990 |

[12] Cette recherche est détaillée au chapitre VII.

[13] Cette année fut calculée d'un point de vue théorique, car les cas correspondants sont marginaux puisque les étudiants mettent, en moyenne, plus de 8 années pour accéder à l'internat, et que les moments d'inscription au concours varient selon les régimes.

Un travail préliminaire réalisé sur l'université de Nantes auprès des cohortes de 1973 et de 1986 nous a permis d'affiner ce choix en fonction de clivages déterminants repérés tant au niveau de la structure des cohortes que de la gestion des temps universitaires.

*2 - Confronter des parcours effectués dans des régions où les choix universitaires et locaux sont contrastés*

Ces sites répondent à deux types de critères objectifs : d'une part les taux de réussite à l'internat, où le clivage Paris-province est toujours significatif ; d'autre part les modifications, liées à l'enseignement de la médecine propre aux universités, intervenues à l'issue de la réforme. Quatre sites universitaires avaient été retenus au départ, dont deux parisiens : Necker et Lariboisière-St Louis ; et deux provinciaux : Marseille et Nantes. Nous n'avons pas pu réaliser l'enquête sur Necker.

La combinaison de ces choix spatiaux et temporels a permis de constituer un échantillon de 1 080 individus, à raison d'une soixantaine d'étudiants par année et par site.

Ce premier fichier a permis le recueil d'informations quantitatives et qualitatives concernant les parcours individuels, à partir des dossiers archivés dans les facultés. Ces données ont d'abord été retranscrites sur des grilles papier, puis saisies sur une base de données. Les données correspondant aux résultats du concours de l'internat nouveau régime et aux carrières, fournies par le CITI II (Centre Inter-universitaire de Traitement de l'Information) et par le Conseil National de l'Ordre des médecins ont été, ensuite, raccrochées à ce fichier initial.

Ces données statistiques ont été complétées par 45 entretiens de médecins issus de l'échantillon et d'entretiens auprès de personnes exerçant ou ayant exercé des responsabilités institutionnelles, dans les facultés et au niveau national. Par ailleurs, nous avons bénéficié d'un mémoire de DEA soutenu à la faculté de droit de Nantes, portant sur l'histoire du statut de l'interne, qui nous a été très précieux pour bien comprendre le contexte juridique et historique de ce fameux concours.

Cette recherche a donné lieu à un rapport de recherche, publié dans les *Cahiers du laboratoire Georges Friedmann* et une synthèse est parue dans les *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15, 2002.

***Le choix d'une vie… Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005***. A.-C. Hardy-Dubernet et Y. Faure. Étude réalisée pour la DREES, publié dans la Série Études, Document de travail n° 66, décembre 2006.

Entre le 14 et le 26 septembre 2005, plus de 3 800 étudiants de médecine ont été convoqués nominativement dans un même lieu afin de choisir la filière dans laquelle ils poursuivront leur troisième cycle d'études médicales. À l'issue de cette procédure, 3 822 internes ont été affectés sur les 4 803 postes ouverts.

L'étude s'est appuyée sur un ensemble de matériaux quantitatifs et qualitatifs permettant de suivre les étapes de la répartition d'une promotion d'internes dans les différentes filières proposées à l'issue des épreuves classantes nationales. Les données dont nous disposions étaient les suivantes :

- Les vœux émis par les étudiants et leurs affectations à l'issue de l'ECN 2004 (données fournies par la DREES) ;
- Les résultats des simulations officieuses et officielles réalisées en amont de la procédure de choix en amphi de garnison (données récupérées par nous à partir des sites Internet) ;
- Des relevés d'observations directes réalisées par notre équipe de sociologues tous les jours de choix, à l'exception du dernier ;
- Les vœux émis par les étudiants et leurs affectations à l'issue de l'ECN 2004 (données fournies par la DREES)
- Des éléments apportés par les forums Internet d'étudiants.

À partir de ces matériaux, nous avons réalisé un travail surtout qualitatif, même si les données statistiques nous ont permis de cadrer notre propos. Mais notre objectif était plus de comprendre que de mesurer.

L'observation directe nous a permis de récolter des informations importantes pour la compréhension de ce qui se déroule autour du choix des étudiants. D'abord parce que les étudiants sont tellement présents que l'on peut considérer que nous avons vu passer une très grande majorité des inscrits en sixième année de médecine de France, et qu'une telle concentration permet de percevoir l'étendue des comportements sur un échantillon hautement représentatif. Ensuite, la mise en scène du choix des étudiants théâtralise les courants, dominants ou marginaux, traversant cette population, et qui se sont manifestés plus ou moins bruyamment à cette occasion. Enfin, les tensions et l'enjeu « en temps réel » qui caractérisaient ces journées étaient propices à des formes de spontanéité que nous pouvions saisir au gré de nos rencontres, apportant ainsi un éclairage différent mais complémentaire aux entretiens plus approfondis que nous avions réalisés auparavant.

## Chapitre I : La formation de la profession

La profession médicale s'est constituée à la faveur de plusieurs étapes qui s'inscrivent dans l'histoire à la fois sociale, économique et scientifique de la France, mais aussi de l'ensemble du monde occidental. Cette histoire est en outre lue et racontée de multiples manières et il n'est donc pas ici question de la refaire. Ce regard sur l'histoire de la médecine comme profession vise surtout à en extraire certaines particularités qui permettent d'éclairer les mouvements plus récents que nous avons étudiés.

La principale étape fut bien sûr celle qui consista à assurer aux membres de la profession un monopole d'exercice, et donc à définir ceux qui allaient en être exclus. Car fermer un marché ne sert pas seulement à contrôler l'entrée de certains, mais aussi (voire surtout) à en interdire l'accès à d'autres[14]. C'est à la faveur de ce processus que s'est vraiment posée la question des qualités de ceux (puis celles) qui pouvaient accéder à la médecine, dès lors que la place convoitée s'inscrivait dans une configuration suffisamment organisée pour lui donner du sens et de la crédibilité. Aujourd'hui, ce processus aboutit, en médecine, à une concurrence sans faille entre candidats, sur un mode méritocratique qui n'a rien à envier aux Grandes écoles. Cette procédure, par ailleurs très bureaucratique, vise à recruter des professionnels dont une grande part exercera une médecine libérale, et tout cela, évidemment, au service d'un intérêt général. Cette complexité des références invite à une relecture de l'histoire de la profession médicale en tant que collectif ayant acquis un droit exclusif d'exercice de la médecine.

### *Exclure pour unifier*

Si le titre de médecin a, depuis l'Antiquité, été associé à l'image d'un homme de science, philosophe autant qu'anthropologue, la pratique soignante fut plutôt le fait de l'homme (et de la femme) du peuple, pragmatique et sorcier à la fois. Soigner demandait plus d'expérience, d'audace et d'imagination que de savoir. Ou alors ce savoir, qui pouvait être celui des matrones, des herboristes, mais aussi des guérisseurs et divers mages, s'inscrivait dans des traditions où la science n'avait pas de valeur. Ainsi donc, pour soigner, il a longtemps été inutile d'obtenir un titre. La désignation était populaire et charismatique et à la mesure de la mission confiée. En outre, l'incompétence d'une matrone provoquant la mort

---

[14] Cela peut conduire à inverser la proposition de Catherine Paradeise qui postule que la fermeture d'un marché se produit « lorsque la combinaison productive [que les offreurs d'emploi] utilisent fait appel à des compétences qui n'existent pas sur le marché du travail général ou y sont rares » et considérer qu'il s'agit aussi d'interdire l'accès et/ou la reconnaissance de compétences rares à certaines catégories de travailleurs. Paradeise C. « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984, p. 354.

de l'enfant et même de la mère ne faisait pas scandale, le poison fournit par l'herboriste ne méritait pas un procès, du moins pour le peuple. À l'opposé, l'exercice de la médecine s'est réclamé d'une autorisation, non du peuple, mais des puissants. C'est auprès d'eux que les médecins ont cherché leur adoubement, ce laissez-passer que l'on appelle un diplôme.

*Du « mal » à « la maladie »*

Il y a deux façons différentes et complémentaires d'envisager l'imposition de la médecine : du point de vue de la pratique médicale et de la maladie. Sous l'Ancien régime, la maladie ne pouvait être autre chose qu'un mal venu de l'extérieur qu'il fallait chasser, qu'il s'agisse d'un démon, d'un sort, d'une punition divine ou d'un excès d'humeurs. Les premiers traitements médicaux visaient surtout à l'évacuation ; saignées et purgations en constituaient les principaux fondements[15]. Cette représentation de la maladie est largement partagée par toutes les sociétés et même, par l'ensemble des profanes. Le « sens du mal »[16] vient le plus souvent de l'autre et témoigne de son hostilité. Les mots qui excluent peuvent tuer, nous rappelle Marcel Mauss, en citant l'exemple du peuple Maori dont les « fautes » peuvent conduire à une dépression fatale[17].

Si les principes soignants procédaient d'abord de l'évacuation, le corps médical s'est aussi purifié en procédant à l'élimination de ces « toxines » que représentaient les nombreux charlatans dénoncés par les médecins en titre. Le principe selon lequel « la réussite tiendra lieu de diplôme »[18], qui avait cours durant la Révolution, n'a pas tenu longtemps, et pour cause. Mais surtout, à la fin du XVIII^e^ et surtout au début du XIX^e^ siècle, l'espérance de vie commençait à augmenter, l'hygiène publique portait ses fruits, la mortalité périnatale devenait une réelle préoccupation[19], la santé était en passe de devenir une nouvelle richesse. Dans ce contexte, les cartes se redistribuaient car la santé des pauvres et la santé des riches apparaissaient de plus en plus liées et sous différentes formes.

D'un point de vue épidémiologique, la diffusion du mal ne connaissant ni les frontières des États ni celles des classes sociales, dès lors qu'un agent infectieux est en cause. Réduire les épidémies revenait à limiter le risque de contagion pour tous, y compris les plus aisés. Par ailleurs, les progrès de la médecine étaient conditionnés par la possibilité d'expérimentations

---

[15] Vigarello G., *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Seuil, Paris, 1993,1999.

[16] Augé M., Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 1984.

[17] Mauss M., « Effets physiques chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (Australie, Nouvelle-Zélande) », dans *Sociologie et anthropologie*, 4ème partie, PUF, Paris, 1950.

[18] Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubier, Paris, 1981, p. 15.

[19] Gélis J., Laget M. et Morel M.-F. (présenté par), *Entrer dans la vie, Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Gallimard, collection Archives, Paris, 1978.

pour lesquelles la collaboration de malades était nécessaire. Ces malades « utiles » se trouvaient dans les hôpitaux, qui devenaient des lieux « d'élaboration d'une thérapeutique »[20]. Ainsi, la connaissance médicale, pour avancer, avait besoin que les moins fortunés occupent les places hospitalières, non seulement pour y trouver assistance, mais aussi pour s'y faire soigner. Enfin, dans le mouvement d'urbanisation et d'industrialisation, la santé des travailleurs devenait une condition de leur productivité, l'amélioration des conditions de vie ouvrière profitait aussi aux patrons.

Par l'hygiène et la régulation des pratiques individuelles, la santé des plus pauvres devient une condition, non seulement de l'amélioration sensible de la santé des plus riches, mais aussi de l'augmentation de leur niveau de vie. La valeur accordée à l'enfant justifie l'entrée dans les foyers de nouvelles règles de protection et de soins du corps, afin d'assurer sa survie. Le lien conjugal devient alors le support de la descendance et se charge, à travers la santé de l'enfant, de mettre en place « ce qui servira de matrice à l'individu adulte »[21], faisant de la famille « l'agent le plus constant de la médicalisation[22].

Ce mouvement ne s'est pas opéré de façon linéaire, la médicalisation ne s'est pas imposée sans heurts ni bouleversements. D'un côté, l'Église a résisté pour maintenir localement ses institutions, les religieuses préféraient leurs asiles aux hôpitaux spécialisés[23], les « charlatans » et autres rebouteux n'entendaient pas abandonner leur pouvoir populaire, les médecins eux-mêmes, toujours soucieux de ne pas trop se multiplier, avaient du mal à couvrir les besoins d'une population croissante[24]. Dans ce contexte, le rôle de la médecine est peu populaire, mais il s'impose plutôt par deux voies : les pratiques corporelles de la noblesse et de la bourgeoisie, d'une part, et la volonté de la puissance publique d'organiser un contrôle démocratique sur la « population »[25], d'autre part.

Au lendemain de la Révolution, une telle représentation systémique du corps social s'alliait plutôt bien avec les principes républicains de démocratie et d'égalité. Ainsi, tout effort consenti au mieux-être du peuple pouvait l'être au nom du principe républicain de « bien

---

[20] Foucault M., « La politique de santé au XVIIIe siècle », dans Foucault M., Barret-Kriegel B., Thalamy A., Beguin F., Fortier B, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles,1979, p. 16.

[21] *Ibid.*, p. 11.

[22] *Ibid.*, p. 12.

[23] Léonard J., « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 32, n°5, 1977, p. 887-907.

[24] Faure O., « La médicalisation vue par les historiens », dans Aïach P. et Delanoë D., *L'ère de la médicalisation…. op.cit.*, p. 53-68.

[25] Pinell P., « Médicalisation et procès de civilisation », dans Aïach P. et Delanoë D., *L'ère de la médicalisation…, op. cit.*, p. 37-51.

public », à condition bien sûr qu'il soit contrôlé par les instances de pouvoir. Celles-ci n'avaient pas vraiment de prise sur les corporations, sauf à jouer sur un puissant outil de sélection et de régulation : le diplôme. Alors que, pendant la Révolution, tout moyen de contrôle de l'exercice de la médecine est proscrit, l'Empire va rétablir les écoles de médecine et accorder aux médecins ce qu'ils réclamaient en force : une autorisation d'exercer la médecine subordonnée à l'obtention du diplôme. En 1803, grâce à cette restriction, l'unité de la profession médicale semblait donc en marche, même si deux ordres subsistaient encore, puisque les officiers de santé, qui palliaient les carences médicales dans les zones rurales et auprès des plus pauvres, restaient dans la course. La proposition révolutionnaire s'inverse et c'est le diplôme qui, dorénavant, tient lieu de réussite.

*Faire un seul corps*

Un an auparavant, en 1802, avait été créé l'internat de médecine, pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Précédent de peu l'obligation de diplôme, concernant un système détaché des études universitaires, l'internat est devenu l'autre référence fondatrice de la profession médicale et un des symboles puissants de l'élite. Le diplôme d'un côté, qui représente le seul contrôle de la profession, par ailleurs totalement libre de son exercice, l'internat de l'autre, ferment de la dogmatique médicale. Le principe, dual et segmenté, de la constitution du corps médical est désormais posé, dans ses différentes composantes qui marquent aujourd'hui encore les institutions sanitaires et la pratique médicale en France. Cette dualité revêt pourtant des formes qui vont évoluer, car la distinction entre universitaires et libéraux n'existait pas au XIXe siècle, les enseignants des écoles de médecine étaient aussi des consultants, l'activité d'enseignement était une activité « libérale ». L'élite universitaire dépendait en revanche de systèmes de recrutement qui ne faisaient certes pas des enseignants à temps plein, mais soumettaient à la règle du contrôle universitaire les compétences de ceux qui y exerçaient le pouvoir[26].

Durant le XIXe siècle, la question récurrente fut celle de l'unité du corps médical, avec le projet de suppression du corps des officiers de santé, réclamée par les médecins, surtout les Parisiens. En effet, ce n'était pas les médecins de province, qui partageaient parfois leur clientèle avec les officiers de santé, qui étaient les plus âpres à réclamer leur suppression, mais bien l'élite, bien que peu en concurrence directe avec eux. En réservant l'exercice de la médecine aux seuls médecins diplômés, cette élite espérait prendre le contrôle des facultés de médecine, qui deviendraient les seuls lieux de la formation médicale, et assurer leur

[26] Bouchard C., *Recrutement et préparation des maîtres de l'enseignement médical*, Steinheil éditeur, Paris, non daté (sans doute 1907 ou 1908).

développement autant que leur pouvoir. Cette opposition entre les deux corps d'origine de la profession médicale peut laisser penser que l'un a eu raison de l'autre, puisque les docteurs en médecine n'ont cessé de croître et les officiers de santé ont progressivement disparu[27]. Mais le corps des officiers de santé a fait plus figure de corps professionnel de transition que de profession réellement instituée. En effet, les officiers de santé n'étaient pas formés dans les universités, mais dans des écoles secondaires de médecine, où ils n'effectuaient qu'un nombre limité d'années d'études et pouvaient bénéficier d'une bourse. L'officiat attirait donc des candidats moins fortunés que les médecins, qui allaient ensuite parfaire leur formation en travaillant dans un cabinet médical en ville ou en campagne. Les différentes étapes ayant permis la suppression de l'officiat de santé ont été bien étudiées par Jacques Léonard et elles méritent que l'on s'y arrête, car elles témoignent des arguments selon lesquels les médecins justifient leur nouvelle position et y puisent leur légitimité à en revendiquer le monopole.

On distingue plusieurs phénomènes concordants :

1. Une baisse du nombre d'officiers de santé, du fait des conditions de formation puis d'exercice constamment alourdies : temps d'études rallongés, contraintes pesant sur leurs obligations militaires, coût des études etc. Les obstacles s'accumulent jusqu'à ce que « le niveau de l'officiat [...] ne soit plus séparé du doctorat que par l'épaisseur d'une version latine »[28].
2. Une relative désertion des officiers de santé des milieux ruraux. Ceux-ci en effet, souffrant de conditions de travail difficiles et de revenus particulièrement modestes, s'installent de moins en moins en campagne, laissant les religieuses et les guérisseurs reprendre de l'ascendant sur les populations rurales. La crainte de la démédicalisation des campagnes s'accompagne d'une peur de voir arriver des médecins étrangers. Le monopole de la médecine ne s'est pas imposé si aisément que cela et au XIXe siècle, la médecine n'avait pas encore convaincu la France rurale.
3. Une forte augmentation de la « demande médicale » urbaine, entraînant des hospitalisations croissantes mais aussi une plus grande exigence quant aux qualités des soins. Devant cette « demande », de nouvelles écoles et facultés de médecine sont créées, en particulier en province, afin d'augmenter rapidement le nombre de diplômés.

---

[27] Gadéa C. et Grelon A., « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », dans Demazière D. et Gadéa C., *Sociologie des groupes professionnels*, *op. cit.*, p. 118-128.

[28] Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, *op. cit.*, p. 284.

Avec l'arrêt de la formation des officiers de santé, la loi de 1892 est venue consacrer le monopole médical et poser les bases de l'organisation de la profession. Les médecins n'ayant pas obtenu leur diplôme en France se sont vus opposer un refus d'exercer et le diplôme de chirurgien-dentiste, distinct de celui de médecin, fut créé. Mais la profession s'est rapidement confrontée à un problème qui sera récurrent au cours des deux siècles à venir : il faut suffisamment de médecins pour couvrir un terrain encore fragile et qui n'avait pas conquis toute la population, mais il n'en faut pas trop pour que chacun puisse faire monter ses honoraires comme il l'entend et s'assurer des revenus suffisants. Si l'état de médecin nécessitait quelque fortune, tous n'en disposaient pas et ils devaient trouver le moyen de gagner leur vie. Or, jusqu'à la disparition de la formation des officiers de santé, les trois facultés délivrant des diplômes de médecine (Paris, Montpellier et Strasbourg) augmentèrent assez peu leur production de docteurs (543 entre 1851 et 1855 et 775 entre 1891 et 1895), alors que le nombre d'officiers de santé déclinait fortement et que de nombreux cantons ne trouvaient sans médecins[29]. S'il y avait des déserts médicaux à l'époque, cela n'émouvait guère l'élite médicale qui rechignait à former en plus grand nombre, alors que l'État était partisan d'augmenter le nombre de praticiens Les pouvoirs publics durent imposer aux médecins des universités de former plus de docteurs, et ils en firent une condition permettant d'envisager la suppression de l'officiat de santé. L'obtention du monopole d'exercice de la médecine par les seuls détenteurs du diplôme de docteur ne s'est pas faite par l'unique volonté d'un corps médical puissant, mais à l'issue de négociations et sous la forme d'un échange entre certaines obligations désormais supportées par les médecins d'une part, et les droits qu'ils obtenaient d'autre part. Un échange aboutissant à un « contrat synallagmatique : à obligations nouvelles, droits nouveaux »[30]. Le progrès que représentait la médecine s'alliait plutôt bien avec celui que voulait incarner la III^e^ République, qu'il s'agisse de l'instauration de l'école obligatoire ou de la séparation des pouvoirs entre l'Église et l'État.

Enfin, les études médicales évoluaient et reposaient désormais sur un nouveau principe, qui consacrait ces « sciences accessoires » devenues « fondamentales », réconciliant le laboratoire et le cabinet dans une même représentation d'un mal tapi dans l'invisible. Ainsi, autour des années 1890, les études de médecine étaient précédées d'une année propédeutique

---

[29] Weisz G., « Reform and conflict in French medical education », In Fox R. and Weisz G. (éd.) *The Organization of Science and Technology in France 1808-1914*, Cambridge University Press, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1980.

[30] Damane D., « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *Genèse*, vol. 3, n°1, 1991, p. 34-35.

dispensée par la faculté de sciences sur un programme de chimie, de physique et de sciences naturelles, d'abord à Paris, puis dans les écoles de province[31].

À la fin du XIXe siècle, les institutions fondatrices de la profession médicale paraissent solides et les grandes lignes du parcours formateur et intégrateur de ses membres largement dessinées. Pourtant, les médecins de ce siècle étaient divisés politiquement. Issus de la tradition révolutionnaire, militants de la Commune, les médecins « de gauche » rêvaient d'une médecine fonctionnarisée, au service du peuple et dispensant gratuitement leurs soins à une population encadrée par un vaste programme de santé publique. La médecine sociale et légale fut d'ailleurs celle qui produisit le plus de résultats à l'époque où les mesures de salubrité et de prévention étaient plus efficaces que les traitements curatifs. Mais une autre tendance était représentée par des médecins attachés au paiement direct et libre des honoraires, embourgeoisés et aspirant à une reconnaissance de l'élite tant sociale que scientifique et intellectuelle de l'époque, vantant les mérites de la recherche scientifique et du comportement individuel comme principal vecteur de santé. Revendiquant la liberté de choix du médecin à un moment où les sociétés de secours mutuel répandaient un modèle de médicalisation sectorisée, ils furent aussi ceux qui prirent position dans l'hôpital et contribuèrent à l'édification d'une élite à la fois scientifique et sociale de la profession[32]. À la fin du XIXe siècle, la médecine sociale était nettement minoritaire même si elle continua, comme d'ailleurs aujourd'hui, à jouer un rôle clé dans la dénonciation des inégalités sanitaires et sociales.

Pour Patrice Pinell[33], le champ médical s'est constitué à cette époque selon une triple dimension : la médecine sociale, la médecine clinique, à la fois hospitalière et libérale, et la médecine biologique (en laboratoire). Ces trois champs répondent, le premier à la dimension sociétale de la mission médicale, le second à la dimension pratique du soin, le troisième à sa dimension scientifique. Cette structuration tripartite permet une représentation du champ médical relativement hétérogène, faisant intervenir d'autres acteurs que le seul corps médical, car la question de la gestion publique de la santé est ici clairement posée à travers le devenir de la médecine sociale.

Le XXe siècle fut celui de l'explosion mais aussi de la remise en cause des fondations de la profession médicale. Explosion démographique d'abord, puisque le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter, tant d'un point de vue absolu (de 16 000 à 184 000 entre 1901 et 1995)

---

[31] Weisz G., « Reform and conflict in French medical education », *op. cit.*, p. 61-94.

[32] Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, *op. cit.*, p. 90-94.

[33] Pinell P., « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue Française de Sociologie*, 50-2, 2009, p. 315-349.

que relatif (d'un médecin pour 2 500 habitants à un pour 300 dans les mêmes années)[34]. Cette augmentation a alimenté de façon factuelle les discours sur l'encombrement, puis la pléthore dont l'interprétation mérite pourtant discussion. Celle-ci fut menée par Martine Bungener à l'occasion de sa thèse sur les *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine* montrant que la question de la démographie médicale ne doit pas être considérée comme un déterminant exogène des discours sur la pléthore, mais au contraire constitutif du système sanitaire lui-même. Bungener pose, en particulier, une question fondamentale dont la réponse ne peut être simple : si l'on s'interroge sur les déterminants sociaux d'une demande sanitaire, quelle frontière peut-on établir entre ces différents champs ? Autrement dit, et pour reprendre une expression souvent utilisée aujourd'hui, le « besoin de santé » ne relève pas de façon systématique de la « demande de soins médicaux », mais fait intervenir un ensemble plus large de moyens socio-économiques alloués à la santé des populations. Ainsi, le discours sur la pléthore peut être entendu comme un reflet de la *« place […] que la société assigne au système sanitaire »*[35] et donc des moyens et de l'organisation qui y sont associés.

Les deux premiers tiers du XXe siècle furent des années florissantes pour la médecine, sur de nombreux plans. D'un point de vue scientifique, les grandes découvertes se sont succédées en permettant aux chirurgiens et aux médecins d'augmenter, par le curatif cette fois, considérablement l'espérance de vie des individus et de venir à bout de grands fléaux comme la tuberculose. Le pessimisme d'Ivan Illitch[36] n'avait pas encore alerté les esprits, les plus grands espoirs pouvaient se porter sur la capacité de cette science à débarrasser bientôt les humains de leurs plus terribles maux.

Cette période fut aussi celle où deux guerres mondiales fournirent à la médecine de quoi faire de considérables avancées. Les « gueules cassées » de la Grande guerre furent l'occasion, non seulement de déclencher l'envol de la chirurgie réparatrice[37], mais aussi la mise au point de nombreux anesthésiques[38]. L'entre-deux-guerres mit à contribution plus d'une fois les élites scientifiques pour tenter d'expliquer, qui le comportement moral, qui l'attitude asociale, qui

---

[34] Vergez B., *Le monde des médecins au XXe siècle*, Editions Complexe, Paris, 1996, p. 59.

[35] Bungener M., *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine*, thèse de troisième cycle, Université de Paris IX Dauphine, 1980, p. 157.

[36] Illitch I., *Némésis médicale*, Fayard, Paris, 1975.

[37] Guirimand N., « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage ». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, mars 2005, p. 72-87.

[38] Faure Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, mars 2005, p. 98-114.

le crime, qui la sexualité déviante[39]. La psychanalyse a marqué également une nouvelle ère de la pensée médicale, en découvrant un nouveau moyen de lier le corps et l'esprit, mais aussi en remettant étonnamment au goût du jour la question de la signification des symptômes somatiques et neurologiques. Tout signe pourrait donc avoir un sens, en dehors des croyances magiques et religieuses.

Pourtant, tout en évacuant les « mauvais éléments » de son corps[40], l'État-major médical s'est de plus en plus détaché d'un bataillon grandissant de ses petits soldats éparpillés sur tout le territoire français. La très grande majorité des médecins pratiquait une médecine de famille, à laquelle souvent leur propre épouse apportait une contribution active, sans compter ses heures, et imposant sa notabilité dans les petites villes[41]. Ces médecins ne rechignaient pas à se déplacer ni à pratiquer de petits actes de chirurgie ainsi que la majorité des accouchements à domicile[42]. Ces tâcherons de la médecine que l'on nomme aujourd'hui « de proximité » n'avaient aucun pouvoir sur l'organisation du corps auquel ils étaient rattachés. Tout juste pouvaient-ils se syndiquer, mais sur des bases corporatistes, ne leur permettant de faire entendre une voix dissonante[43].

Le XXe siècle fut aussi celui de l'établissement de nouvelles professions médicales et paramédicales, parmi lesquelles il faut compter les infirmières, dont le statut s'est progressivement stabilisé entre 1937 et 1946[44]. La répartition des rôles des soignants professionnels s'est organisée à travers des référentiels de formation et la succession d'un ensemble de diplômes qui recouvrent aujourd'hui l'ensemble de la chaîne de soins, puisque le dernier groupe professionnel à avoir été soumis à une exigence de diplôme est celui des aides-opératoires, en 2005. Une activité qui a longtemps été tenue par les épouses ou femmes

---

[39] Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », dans Aïach P. et Delanoë D., *L'ère de la médicalisation*, *op. cit.* p. 1-13.

[40] L'entre-deux-guerres fut aussi l'occasion pour le corps médical de désigner ses « indésirables », tout particulièrement les femmes, les étrangers et les juifs. En 1934, les médecins étrangers se sont vus retirer leur droit d'exercice, et il ne fut rétabli qu'en 1976, uniquement pour les ressortissants de l'Union Européenne. Vergez B., *Le monde des médecins … op. cit.* p. 62 et suiv.

[41] Herzlich C., Bungener M., Paicheler G. et alii, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Editions INSERM/Doin Éditeurs, Paris, 1993.

[42] Sur les réalités complexes de la pratique du médecin de campagne au milieu du XXe siècle, on lira avec plaisir l'ouvrage de John Berger et Jean Mohr, *Un métier idéal*, Editions de l'Olivier, Paris, 1967, 2009. Bien que traitant de l'histoire d'un médecin anglais, cet ouvrage montre une réalité partagée avec les médecins de l'époque, en particulier concernant l'étendue des actes pratiqués. Des actes dont la nature et le contexte contrastent avec ceux décrits par Martin Winckler dans *La maladie de Sachs*, qui apparaît sous tension entre une demande parfois exorbitante et une rationalité scientifique qui fait apparaître le médecin français d'aujourd'hui souvent plus démuni que son collègue anglais des années soixante. Winckler M., *La maladie de Sachs*, P.O.L., Paris, 1998.

[43] Damane D., « La jeunesse des syndicats de médecins… », *op.cit.*

[44] Magnon R., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Editions Masson, Paris, 2001.

proches des chirurgiens, voire par des étudiants en médecine trouvant ainsi des compléments de revenus. Depuis, il est vrai, les femmes sont devenues médecin…

*Spécialisation et divisions du corps*

En un siècle, la qualification médicale est passée du « tout généraliste » au « tout spécialiste » et ce virage ne s'est fait ni naturellement ni du simple fait d'une division des tâches et du travail médical.

Il y a plusieurs façons de rendre compte du mouvement de spécialisation du corps médical, et ces différentes voies sont assez significatives de la pluralité des interprétations possibles de tout mouvement concernant la médecine, qu'il s'agisse de la profession ou de la discipline scientifique. Le risque est élevé de penser le processus de spécialisation à partir d'une hiérarchie des valeurs contemporaines. La médecine générale, enseignée « avant » la spécialité, ne peut pas pour autant être considérée comme une médecine ayant précédé la spécialisation, car ce mouvement de différenciation s'est opéré à partir de logiques qui ne sont pas nécessairement celles d'une pratique libérale. Plusieurs voies de compréhension de la division du corps apparaissent ainsi[45].

Une première voie est celle de la division du travail hospitalier, avec l'apparition de services dédiés à certaines maladies ou à certains malades, tout particulier à l'AP-HP[46]. La spécialisation serait donc née dans les hôpitaux parisiens et l'enseignement spécialisé serait une conséquence de cette spécialisation. Cette version de la spécialisation a la préférence du corps médical, puisqu'elle légitime par ses avancées scientifiques et sa technicité la spécialisation de sa discipline. En revanche, la sociologie interactionniste pense la segmentation de la profession médicale comme un processus résultant de mouvements sociaux au sein desquels se règlent des enjeux et des luttes de pouvoir dans un espace délimité par le champ de l'intervention médicale[47]. Cette approche introduit une notion de concurrence entre les segments, en particulier entre leurs instances dirigeantes, en leur accordant une logique idéologique et professionnelle propre. Les procédures de recrutement des spécialistes aux États-Unis, distinctes selon les filières, laissent sans doute penser qu'elles opèrent selon des logiques distinctes, alors que le système de recrutement français est intégré dans une logique classante générale, montrant que c'est la structure du champ qui évolue et non chacune de ses portions. On peut en effet se demander si cette

---

[45] Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, mars 2005, p. 4-36.

[46] Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

[47] Strauss A., « La dynamique des professions », in *La trame de la néogication, sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, Paris, 1992.

spécialisation médicale contribue à un éclatement du champ, à son élargissement ou à son affaiblissement.

Une autre façon de rapporter le phénomène de spécialisation porte sur l'enseignement de la médecine et tout particulièrement la concurrence entre un savoir encyclopédique et un savoir spécialisé, plus hautement technique. Le savoir encyclopédique était défendu par les universités tenues par l'élite de la profession, craignant que la spécialisation ne conduise à un éclatement du diplôme, symbole de l'unité de la profession et procurant au corps médical le pouvoir de qualifier les compétences de ses membres. Le savoir spécialisé, repoussé à l'université, s'est appuyé sur la recherche hors institutions pour décliner les premières chaires spécialisées tout au long du XIXe siècle, via l'enseignement libre de la médecine[48]. Les historiens français ont peut-être mésestimé l'importance de cet enseignement libre dans la structuration des connaissances médicales, mais aussi dans la constitution même du corps, y compris de l'élite professorale. Dans les chaires libres parisiennes, les plus grands médecins dispensaient leurs connaissances, y divulguaient et discutaient les résultats de leurs recherches, et enseignaient les avancées de la médecine[49]. L'enseignement libre n'était pas seulement théorique puisque ces cours étaient dispensés volontiers dans les « cliniques » hébergées par des hôpitaux. Alors que les facultés de médecine, et plus généralement l'enseignement universitaire médical stagnait dans un conservatisme plutôt médiocre, l'innovation prenait forme dans les cours privés proposant aux médecins et aux étudiants un enseignement complémentaire au sein duquel les premières spécialités se sont distinguées[50].

Spécialité de la pratique, spécialité des enseignements, spécialité de la reconnaissance. C'est ici que l'on croise deux institutions décisives : les universités et les hôpitaux. Les premières portent la référence commune : un seul titre pour un seul corps et un seul système d'enseignement. Un seul système officiel évidemment, car il a toujours existé plusieurs systèmes parallèles d'enseignement de la médecine, tant d'un point de vue pratique que théorique. Mais qui pouvait reconnaître à un médecin le titre de spécialiste ? et comment

---

[48] Un enseignement particulièrement développé et la pointe des découvertes médicales :21 cours d'enseignement privé à Paris en 1810 et plus de 100 en 1853. On y enseignait les « cliniques libres » reposant sur les spécialités médicales (pédiatrie, dermatologie, maladies vénérielles, psychiatrie, voies urinaires, ophtalmologie). Poirier J., « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme », *Communications*, vol. 54, n°1, 1992, p. 209-227.

[49] Huard P., « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 27, n°1, 1974, p. 45-62.

[50] Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, *op. cit.*, p. 118 et suiv.

combiner une telle reconnaissance avec un contrôle de la pratique et une lutte contre le charlatanisme[51] ?

Le travail comparatif réalisé par George Weisz[52] concernant les processus de spécialisation en Allemagne et en France permet de mettre en lumière les points communs autant que les divergences et de soulever quelques hypothèses. On constate ainsi que la spécialisation de la médecine procède d'un ensemble de phénomènes qui relèvent certes des avancées scientifiques et des spécialisations hospitalières concernant certains malades ou certaines maladies, mais aussi d'autres processus plus sociologiques :

- Le mouvement de spécialisation ne s'est véritablement imposé, dans chacun des pays, comme un mouvement quasi inéluctable qu'après l'unification du corps médical, en particulier de la médecine et de la chirurgie par un même titre et une même formation. On peut expliquer ce lien d'un point de vue scientifique, car cela a permis que d'autres formes de catégorisations naissent au-delà de pratiques distinctes. Mais cela soulève aussi certaines questions lorsque l'on sait que ce mouvement a abouti à l'éclatement des titres de docteur en médecine. Autrement dit, on se trouve face à une unification qui a permis une division.
- Quelles que soient les volontés du corps médical, elles ne sont traduites par des mesures concrètes qu'avec le soutien ferme du pouvoir politique. L'unification de la profession s'est d'ailleurs faite sous cette condition, après des décennies de plaintes de concurrence déloyale chez les médecins et les chirurgiens. L'unité du corps apparaît, à un moment donné qui correspond au début du XIXe siècle, comme un outil pertinent pour le pouvoir politique. Ensuite, les États ont plutôt encouragé la spécialisation, contre la volonté des représentants du corps médical. À Paris, l'enseignement libre spécialisé à reçu de forts soutiens de l'État, à travers les différents régimes, alors que les facultés étaient fermées aux chaires spéciales jusqu'à la fin du XIXe siècle. L'intérêt du pouvoir semblait double. D'une part, à travers les premières spécialités, il pouvait contrôler plus aisément certaines parties de la population (indigents, malades mentaux, contagieux, enfants perdus) et maîtriser certaines étapes essentielles de la vie (la naissance en particulier). D'autre part, le pouvoir politique encourageait tout ce qui pouvait favoriser l'essor scientifique, et la

[51] D'autant plus que la pratique d'une partie seulement de la médecine relevait, au sein de la profession, du domaine du charlatanisme… Poirier J., « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme », *op. cit.* p. 224.

[52] Weisz G., « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, mars 2005, p. 37-51.

spécialisation en était un moyen pertinent. Certes, les retombées symboliques autant qu'économiques sur le pays étaient estimables, mais surtout les politiques semblaient trouver dans la pensée scientifique un modèle ou un idéal de la pensée rationnelle.

- Les médecins ont longtemps été divisés sur la spécialisation. Un certain nombre d'entre eux y a trouvé le moyen de flatter à la fois leur réputation et leur pouvoir d'achat. Pour les scientifiques, et cela vaut pour tous les domaines de la recherche, se spécialiser, c'est se « faire un nom » et nourrir l'espoir de donner le sien à une maladie ou une technique chirurgicale. La spécialité a d'ailleurs été gratifiée par les organismes de secours mutuel puis par la Sécurité sociale qui a accepté très tôt d'attribuer aux médecins spécialistes une rémunération supérieure à celle des généralistes, divisant durablement la profession. Pendant ce temps, les « gardiens du temple », les représentants de la profession unique officiant dans les universités défendaient le savoir encyclopédique, craignant de voir apparaître un éclatement des titres qui signifierait, non seulement un éclatement de la profession mais aussi la fin de l'indépendance du pouvoir médical.

On peut émettre l'hypothèse que le mouvement de spécialisation de la médecine a été favorisé par l'État pour plusieurs raisons. La spécialisation médicale a permis l'extension du champ d'intervention de la médecine, puisque les spécialités ne portent pas seulement sur des organes, elles portent aussi sur des populations. Les femmes, les enfants, les vieillards, mais aussi les faibles d'esprits et les malades mentaux deviennent des catégories médicalement reconnues à travers les services hospitaliers spécialisés et les médecins qui y sont attachés. Les politiques publiques peuvent alors s'appuyer sur une identification médicale, donc scientifique, des catégories sur lesquelles elles cherchent à agir. Ainsi, non seulement la médecine élargit son pouvoir d'action, mais les politiques peuvent s'appuyer dessus pour, à leur tour, asseoir leur autorité. Enfin, si la médecine est l'alliée du pouvoir, elle est aussi sa plus proche rivale, car elle constitue une force de contre-pouvoir potentiellement puissante, et ses divisions tendent à l'affaiblir et à faciliter son contrôle.

Le mouvement de la spécialisation s'est déroulé à peu près dans les mêmes périodes et à partir des mêmes principes dans la plupart des pays occidentaux[53]. Les systèmes de qualification varient et ils doivent être reliés aux formes de bureaucratisation adoptées par les États-nations. En France, ce contrôle s'est placé essentiellement sur la formation, laissant une totale liberté d'installation et d'organisation aux praticiens libéraux.

---

[53] Weisz G., *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*. Oxford University Press, New York, 2006.

Ce mouvement a rencontré des résistances dans les mêmes collectifs et des incitations de la part d'institutions de même nature. En France, ce n'est qu'une fois le corps des officiers de santé définitivement éliminé après une lutte longue et rude que les facultés ont installé des chaires et un enseignement spécialisé préparé de longue date au-delà de ses murs. Le problème n'est peut-être pas tant la spécialisation que le contrôle de celle-ci. Car sur le principe, c'était surtout sur la délivrance de diplômes de spécialité que les universitaires et les représentants des groupes professionnels se sont battus. De cet extrait de la Société des médecins de la Seine de 1927, on voit d'ailleurs qu'il n'était pas acquis, au départ, que le spécialiste soit placé hiérarchiquement en haut de l'échelle médicale et même qu'il pourrait bien, en se spécialisant, perdre un peu de son identité.

*« Le spécialiste est le médecin qui, ayant spécialement étudié une branche de notre art, se cantonne, au point de vue exercice professionnel, dans le traitement des affections ressortissant à cette branche. Il ne pratique pas, de façon habituelle, la médecine générale. […] La spécialisation pour être vraie, doit être unique. Je parle ici seulement pour la région parisienne, et nous ne pouvons admettre les spécialisations nombreuses et diverses inscrites sous certains noms sur les feuilles d'ordonnance ou dans certains annuaires mondains. Une seule spécialité doit donc être admise et inscrite : à la grande rigueur, sous la réserve expresse que ces deux branches de notre art soient parentes et très voisines, exemple : gynécologie et accouchements. […] En agissant ainsi, nous n'avons pas l'intention de décerner un titre de spécialiste, ni de créer une sorte de diplôme, d'autant que nous avons toujours affirmé qu'un médecin a le droit, de par son titre de docteur, à faire tout acte médical, sous sa responsabilité. »*[54]

Les mots sont significatifs : le spécialiste « se cantonne », les « annuaires mondains » le consacre et il perd une partie de ses capacités à l'exercice de la médecine générale, cette médecine qui permet de pratiquer « tout acte médical ».

Refusant l'éclatement, ce texte reflète néanmoins l'importance d'un système de valeurs classantes, référence fondamentale de la profession médicale. Celle-ci s'est structurée autour d'une élite, indispensable à son système méritocratique. C'est pourquoi l'établissement d'échelles de valeurs n'est pas forcément signe de division, au contraire, ce peut être sur ces hiérarchies que le collectif trouve son unité. La suppression des officiers de santé a déclenché de nouveaux besoins de distinction et la spécialité est venue jouer pleinement son rôle structurant. Il est probable aussi que les rivalités entre Paris et la province aient influencé ces évolutions, car la spécialisation est née à Paris et que ce mode de structuration du champ, très centralisé, ne souffrait pas d'une répartition du travail sur le terrain de la province, qui s'établissait localement et sur d'autres références[55].

---

[54] Cité par Guillaume P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, La Documentation Française, Paris, 1996, p. 219-220.

[55] D'où, peut-être, la nécessité d'éliminer ces hiérarchies provinciales au profit d'une représentation pyramidale et parisienne des valeurs médicales.

La hiérarchie dans l'unité, mais pas dans la division, voilà une position difficile à tenir, d'autant plus que le pouvoir de délivrance des diplômes revient à l'État[56]. Celui-ci est à l'origine d'une double institution médicale, puisque d'un côté, il délivre les diplômes universitaires, et de l'autre, il crée un corps sur le modèle des ingénieurs d'État. Aucune des institutions structurantes en médecine n'est vraiment autonome. Les chaires privées, plus « libres », étaient encouragées par les pouvoirs publics, puisque la conformité n'aide pas l'innovation scientifique.

Cette représentation du champ médical contraste avec une vision stabilisée et organisée d'une profession sachant défendre ses intérêts et s'assurer une place dominante. En outre, elle n'a jamais été homogène, elle était peut-être encore plus divisée et éclatée à ses débuts qu'aujourd'hui, poursuivant des objectifs qui peuvent paraître contradictoires, servant des collectifs qui dépassent les cabinets de consultation, en proie à des luttes internes qui reproduisent aisément les zones de conflit du monde social. Les procédures de spécialisation du corps médical sont différentes selon les pays et de ce fait elles n'obéissent pas fondamentalement à un mouvement scientifique ni à une obligation pédagogique homogène. La mise en forme du corps médical s'est réalisée en France à partir de procédures modélisantes et inspirées des principes élitistes et méritocratiques à l'origine des grandes institutions du Premier empire. Les médecins ont fait partie de ces élus fabriqués par l'État pour porter ses valeurs, non seulement dans l'administration, mais aussi dans l'industrie, l'école ou la santé.

[56] Sur la création des diplômes nationaux et le contrôle de l'Etat sur les grands corps de fonctionnaires, on peut se référer à la thèse de Pascal Caillaud, *Le diplôme*, thèse de doctorat en droit privé, Université de Nantes, 2000, en particulier p. 50-56.

## Chapitre II : Élections et sélections médicales

S'il n'était pas évident que la spécialisation serve la profession médicale, elle a bien servi ses membres, et l'explosion démographique médicale du XXe siècle a largement profité aux spécialistes[57]. La réforme des études médicales de 1982 a tenté d'enrayer le mouvement dans un contexte économique et politique très particulier qui nous donne l'occasion d'aborder les évolutions récentes de la sélection et du recrutement des médecins.

On assiste, depuis le dernier quart de siècle, à une forme de recomposition de l'élite médicale, qui, si elle se recrute en grande majorité parmi les catégories sociales supérieures, est moins circonscrite aux professions libérales, et en particulier médicales. On peut mettre en évidence ces évolutions à partir de trois dynamiques. La première est celle qui a structuré le corps médical à partir de la constitution d'une élite, incarnée par l'internat dont les objectifs se déplacent et la méthode se généralise. La seconde dynamique contribue à déplacer le principe structurant du concours du sommet à la base, c'est-à-dire dès l'entrée dans la profession. Le concours est devenu le schéma légitime de la discrimination sociale opérée à l'entrée des facultés de médecine. La troisième dynamique aboutit à une forme de caricature du système en imposant le principe classant tout en lui enlevant sa vertu sélective, faisant désormais reposer la sélection de l'élite sur des principes mouvants.

### *L'internat : l'élite d'abord*

#### *Une profession à double entrée*

Le 4 Ventôse an X (10 février 1802), le règlement général pour le service de santé institue l'Internat et l'Externat des hôpitaux de Paris. L'article 24 de ce décret précise que *« l'examen pour les élèves internes en médecine ou en chirurgie aura pour but de constater qu'ils sont en état de profiter de l'instruction pratique que l'on acquiert dans les hospices ; en conséquence, ils seront interrogés sur les différentes parties qui constituent la théorie de l'art. Toutefois, l'examen sera plus particulièrement dirigé vers la partie d'instruction nécessaire à la place à laquelle ils aspireront. ».* L'examen sélectif vise ainsi une place dans les hospices, il est, avant tout, une épreuve destinée à recruter une main-d'œuvre hospitalière qui, en échange du gîte et du couvert, assurera l'essentiel des fonctions médicales de l'institution.

Le concours de l'externat permet, quant à lui, aux étudiants élus d'accéder à des stages hospitaliers d'autant plus formateurs qu'on leur confie le suivi de malades (les « lits » d'externes). C'est auprès d'eux que sont ensuite sélectionnés les internes des hôpitaux,

[57] Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*, p. 35.

divisant alors rapidement les étudiants en médecine en deux groupes : les futurs libéraux et les futurs « hospitaliers ».

Ces concours attirèrent dans un premier temps les étudiants les moins aisés, trouvant le moyen de financer leurs études, mais très vite, l'hôpital se présenta comme un lieu de pouvoir et l'accès à ces fonctions attira des candidats attirés par le prestige qu'il pouvait offrir. L'attribution d'une charge hospitalière représentait en outre, pour tout médecin, à la fois une reconnaissance scientifique et une clientèle fidèle.

Externes puis internes forment ainsi l'élite hospitalière mais aussi l'élite médicale. C'est auprès d'eux que se recruteront les futurs professeurs d'université, et progressivement la grande majorité des membres de l'Académie de médecine, après sa création, en 1820[58]. Au-delà des travaux réalisés autour de l'internat de médecine, présentée souvent comme l'institution productive de l'excellence médicale, il est surtout utile ici de préciser quelques points qui permettent de mesurer les particularités de ce corps professionnel.

L'internat de médecine a été mis en place sur le modèle de l'école polytechnique, qui préparait alors des fonctionnaires de haut niveau « au commandement et à la direction de grands travaux d'équipement »[59]. C'est l'élite, non pas du pays mais de l'État, qui est recrutée de cette façon, et présente ainsi plusieurs caractéristiques : elle reflète l'importance accordée par l'État à la science médicale, elle représente en même temps la puissance étatique qui la protège et, de ce fait, elle contribue à la grandeur de la nature. Les internes de médecine entrent alors dans un grand corps d'État, ce qui n'est pas incompatible avec un statut de « profession libérale »[60]. Le projet de la médecine est, nous l'avons vu, social et économique, la médecine consultante a été le moyen de le réaliser. Le concours de l'internat de médecine a précédé la mise en route du monopole professionnel, et cette antériorité marque la volonté de l'État bonapartiste de tenir les rênes d'une élite créée avec la profession, destinée à appartenir à une haute fonction publique . Ainsi, la profession médicale s'organise, à l'aube du XIXe siècle en s'appuyant sur deux institutions structurantes: l'une règle ce qu'il faut penser (dans les Universités), l'autre ce qu'il faut faire (dans les Grandes écoles).

---

[58] Une institution dont la composition montre des voies de structuration de l'élite médicale très hétérogènes. Les concours de l'externat et de l'internat, la fréquentation de la faculté des sciences, la participation à l'enseignement libre sont autant de signes qui caractérisent des académiciens qui ne doivent pas leur distinction seulement à l'université. Weisz G., « Les transformations de l'élite médicale en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 74, septembre 1988, p. 33-46.

[59] Bouffartigue P., Gadéa C., « Un héritage à l'épreuve. Bref panorama des évolutions dans la formation et l'emploi d'ingénieurs en France », *Formation Emploi* n°53, 1996, p. 5-13.

[60] Une proximité dont nous étudierons les fondements juridiques au chapitre V.

*De l'internat des hôpitaux à l'internat de spécialités*

Les concours de l'externat et de l'internat de médecine étaient à l'origine des concours de recrutement hospitaliers. Ils relevaient d'une logique de constitution d'un corps professionnel attaché à un établissement public de soin puis de recherche. Un an après la création de l'internat, l'ensemble de la profession fut fermé et réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou en chirurgie, ou de l'officiat de santé. Ces deux opérations se déroulèrent de façon totalement parallèle et apparemment sans lien direct entre elles puisqu'elles ne débouchaient pas sur les mêmes pratiques. Elles furent pourtant fondatrices chacune et ensemble. Chacune puisque l'une définit la doctrine et l'autre les contours de la profession. Ensemble car leur combinaison, qui va s'effectuer lentement et durant un siècle, va aboutir à un outil gigantesque de programmation bureaucratique de l'offre des biens de santé en France.

L'entrée en médecine et la sélection de l'élite obéissent la règle générale de tout recrutement. Il s'agit d'activer les références fondatrices du groupe tout en contribuant au modelage de ses futurs membres[61]. Il faut que les membres d'un groupe adhèrent, non seulement au groupe lui-même, mais aux principes de légitimité de son élite. Qu'il y ait une hiérarchie dans un corps médical reposant sur un idéal méritocratique, tant social qu'intellectuel, donne une valeur à l'ensemble du groupe puisque, si tel n'était pas le cas, tous se vaudraient et donc ne vaudraient rien.

Jusqu'au milieu du XX^e^ siècle, il y avait deux concours durant les études de médecine : le premier pour les externes, « super-étudiants » bénéficiant de la « meilleure » formation et parmi lesquels étaient sélectionnés les internes à l'issue d'un second concours, pour les « super-praticiens » destinés à la « meilleure » médecine. Ces concours avaient lieu durant les études, mais n'étaient pas des concours universitaires, ils se déroulaient et se préparaient en dehors des universités et n'interféraient pas dans la délivrance des diplômes.

Le concours de l'externat a été officiellement supprimé à l'occasion de la loi Debré de 1958[62], et fut remplacé par une sélection réalisée à l'issue du classement de fin de troisième année.

---

[61] Un principe qui préside aux opérations de recrutement dans les entreprises et dont on peut formuler l'hypothèse qu'il peut être appliqué aux procédures de sélection des organismes publics. Cf. Dubernet A.-C., *L'embauche. Approche sociologique des modes de recrutement dans le secteur privé*, thèse de doctorat de sociologie, Université de Nantes, 1995.

[62] Cette décision faisait suite à une contestation violente des médecins contre la procédure des concours d'internat et d'externat de l'époque. L'internat se présentait sous la forme de plusieurs épreuves, dont un « grand oral » qui ne garantissait pas l'anonymat des candidats. C'est au nom de ce principe qu'il devint une épreuve écrite. Pour autant, le concours de l'internat a toujours souffert de méthodes dénoncées pour leur légalité douteuse, visant à favoriser les « locaux ». Quant au concours d'externat, s'il est supprimé, le titre est resté. Le principe de cette réforme était donc d'instituer un seul concours de recrutement pour les internes,

Dans les faits, il ne fut réellement aboli qu'en 1969, après les violentes protestations des étudiants en médecine qui, surfant sur les revendications égalitaires de mai 1968, ont réclamé la suppression d'une double formation des étudiants et l'accès à la formation hospitalière pour tous[63].

À la veille de la réforme du 23 décembre 1982[64], le déroulement des études médicales se déroulait selon le schéma suivant :

- Le premier cycle des études médicales, divisé en deux années séparées par un concours organisé dans chaque faculté,

- Le deuxième cycle des études médicales (DCEM), d'une durée de quatre années.

- Le troisième cycle des études médicales (TCEM), d'une durée théorique d'une année au cours de laquelle les étudiants réalisaient un « stage interné » et qui, après passage d'un examen appelé les « cliniques » se déroulant au lit du malade, donnait accès au titre de médecin. La soutenance d'une thèse d'exercice qualifiait le docteur en médecine sans distinction de spécialité.

Parallèlement à ce schéma, certains étudiants se préparaient aux concours d'internat, dinstincts selon les hôpitaux : internats de CHU, les plus prestigieux, mais aussi internats des hôpitaux périphériques (dit internat secondaire), ou des hôpitaux spécialisés (internat en psychiatrie), voire propres à certains établissements (comme les *Quinze-Vingts* pour l'ophtalmologie). Ces concours se préparaient selon un programme particulier, visant la sélection, et donnaient lieu à des enseignements parallèles, les « conférences d'internat » (ou les « écuries »), payants et privés[65].

L'internat étant lié à la pratique hospitalière, il n'était pas une instance qualifiant la spécialité médicale. Celle-ci a d'abord bénéficié d'une reconnaissance économique, puisque les Assurances sociales ont accepté, dès 1930, une tarification avantageuse pour les actes de spécialité. Le conseil de l'ordre des médecins, une fois créé, obtient en 1947 le pouvoir de qualifier les médecins selon leurs compétences exclusives ou non, afin d'assurer une relative discipline professionnelle à l'échelon national[66]. Immédiatement après, en 1948, les facultés

---

futurs praticiens hospitaliers, national et anonyme. Jamous H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Editions du CNRS, Paris, 1969.

[63] Arliaud M., *Les médecins*, Editions la Découverte, Paris, 1987.

[64] Cette réforme est passée sous le ministère de Jack Ralite et Alain Savary, mais elle avait été préparée par Simone Weil et Alice Saunier-Saïté par la loi-cadre de 1979, qui en dressait les principales lignes. Les réformes des études médicales sont toujours préparées et signées par les deux ministres de la santé et de l'éducation nationale.

[65] Dans ces conférences privées, survivances de l'enseignement libre de la médecine du XIX$^{e}$ siècle.

[66] Fonction dévolue avant la guerre aux syndicats professionnels.

de médecine créèrent les Certificats d'études spéciales (CES), dans le prolongement du cursus universitaire général[67]. L'accès à ces certificats était ouvert à tout médecin, y compris en cours de carrière. Selon leur attractivité, ils étaient plus ou moins sélectifs, soit à l'entrée, par un examen probatoire, soit à la sortie, par l'examen qualifiant. Il existait ainsi à la fin des années soixante-dix plusieurs listes de spécialités médicales en France : une liste établie par la Sécurité Sociale, une liste établie par le Conseil de l'Ordre et une liste établie par les facultés. Certains CES, comme celui de médecine du sport par exemple, ne donnaient pas accès à la tarification d'une consultation spécialisée, et/ou au titre de spécialiste par le Conseil de l'Ordre.

Cette superposition des voies d'accès à la spécialisation était aussi hiérarchisée. Certaines spécialités, dont la chirurgie, n'étaient ouvertes qu'aux internes, d'autres étaient mixtes (cardiologie, gastro-entérologie…), mais les internes occupaient les postes hospitaliers, cantonnant les étudiants de CES à une formation très théorique et avec peu de responsabilités. D'autres spécialités (l'anesthésie-réanimation, la gynécologie…) ne comptaient pratiquement pas d'internes, puisqu'elles n'ouvraient pas à des postes hospitalo-universitaires. L'internat des hôpitaux constituait donc la condition d'accès à une carrière hospitalo-universitaire, nécessaire mais pas suffisante. Tout se jouait ensuite au niveau individuel, car les concours hospitaliers ne sont pas anonymes, ils reposent très largement sur la cooptation à travers des publications alimentant un dossier élaboré avec le soutien de toute une équipe et surtout, de son chef. Chaque spécialité organisait ses CES, limitant plus ou moins ses effectifs par un examen probatoire en première année (anesthésie-réanimation, cardiologie, psychiatrie), la création de ces certificats constituant un enjeu fort de reconnaissance des nouvelles spécialités.[68]

La réforme de 1982 a supprimé les CES et a institué un seul concours d'internat, voie unique d'accès à l'ensemble des spécialités médicales, désormais délivrées par les Diplômes d'études spéciales (DES). Ce concours n'était plus organisé par les hôpitaux mais par les DRASS, par zones (Nord et Sud). Sans entrer dans le détail d'une organisation plusieurs fois remaniée et complexe, il faut surtout retenir l'autorité de l'État sur ce nouveau concours d'internat, centralisant au plus haut niveau un *numerus clausus* qui limite cette fois le nombre de spécialistes formés.

---

[67] Pincemin J., « Les médecins », *op. cit.* p. 886.

[68] Un enjeu analysé par Patrice Pinell au sujet de la psychiatrie où il montre que la création d'un CES distinct de la neurologie a été obtenue par une longue bataille visant à faire reconnaître la psychiatrie comme champ autonome de la médecine somatique. Pinell P., « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n°29, 2004, p. 3-21.

Cette réforme a été justifiée par plusieurs arguments. Le premier était économique : la forte augmentation du nombre de spécialistes était interprétée comme une menace pour l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale, partant du principe que l'offre crée la demande. Le second argument était normatif. En effet, les débuts d'harmonisation des diplômes européens rendaient impossible le maintien en l'état d'un système aussi complexe et hétérogène de la qualification des médecins français. Le troisième argument était pédagogique, puisque la qualité de la formation par CES était amplement inférieure (car moins pratique) à celle des internes, créant des spécialistes inégalement compétents au sein d'un même diplôme. Enfin, l'absence de formation propre à la médecine générale était considérée comme un facteur de dévalorisation de cette pratique, nécessitant plus de formation aux responsabilités, censée attirer de nouvelles vocations. La création d'un résidanat[69] de deux ans, organisé sous le même statut hospitalier que les internes, allait traiter tous les étudiants de troisième cycle à égalité. Enfin, les disparités régionales de la démographie médicale s'aggravant, en particulier entre spécialistes et généralistes, le seul moyen de tenter une régulation sans agir de toucher à la liberté d'installation, était de contrôler la répartition des médecins en formation dans les régions. Les étudiants en médecine s'installant préférentiellement sur les lieux de leur formation, il semblait suffire de les obliger à se former là où ils devaient s'installer.

De l'aveu même des rédacteurs de la loi, il s'agissait à leurs yeux de procéder à une véritable « révolution » dans leur milieu, puisqu'en supprimant l'internat de CHU, ils attaquaient un des bastions de l'élitisme médical et donnaient à tous la possibilité d'avoir accès à la « meilleure » formation, celle de l'internat. Mais comment conserver à une formation le qualificatif de « meilleure » si elle est la même pour tous ? L'extrait qui suit est issu d'un entretien mené avec un des médecins conseillers ministériels au moment de l'élaboration de la loi. Professeur de médecine et ancien interne des hôpitaux de Paris, son discours témoigne de l'ambivalence de l'élite dès lors qu'elle fait une « révolution » :

> *Donc là il y a eu une espèce de démocratisation de l'internat, qui a été très très mal vécue par les internes de… vous voyez ! bon, alors que les internes actuels sont aussi bons que les internes anciens hein, c'est pas… Alors une autre chose qui n'apparaît pas dans votre texte*[70] *et qui a été très très importante dans notre esprit, c'était de ramener la psychiatrie dans le giron commun. Parce que, ça vous pouvez pas savoir ce que c'était, ça n'est toujours pas bien réglé mais, y'avait un internat de psychiatrie à part. Et l'internat de psychiatrie se faisait uniquement dans les*

[69] Il devait au départ s'agir d'un internat de médecine générale, mais les internes en titre, ayant chèrement obtenu le droit de le porter, se sont élevés contre cette appellation. S'inspirant d'une catégorie existant outre-Atlantique, ils furent qualifiés de « résidents ». On peut y voir une réponse humoristique à leurs craintes puisqu'aux Etats-Unis, l'interne est l'équivalent de l'externe français, et le résident l'égal de nos internes…

[70] Il fait référence au texte de présentation de notre recherche que nous lui avions envoyé à sa demande, en préparation de notre entretien.

> *hôpitaux de psychiatrie. Donc l'idée, et les psychiatres avaient aucune formation, je dirais, de médecine, convenable. Donc l'idée était que c'était pas normal d'être psychiatre et de pas avoir vu de malades non psychiatriques en quantité appréciable et de pas savoir le reste de la médecine, et que il fallait qu'il y ait une espèce de réconciliation entre l'hôpital général et la psychiatrie. Alors c'est toujours pas fait mais ça a fait des progrès. Mais, bien entendu les lieux de formation, étant donné les structures, sont quand même encore largement dans les hôpitaux psychiatriques donc les internes se forment encore beaucoup dans les hôpitaux psychiatriques, ceci dit leur nombre de lits a été réduit dans de telles proportions que… petit à petit, ça se rapproche un peu. Mais enfin, y'avait en plus l'internat de psychiatrie était, alors là lui, très très peu sélectif, hein ! passait qui voulait ! C'était un internat très… donc ça c'était aussi un des objectifs majeurs de l'affaire qui n'étaient pas proclamés sur les toits mais qui étaient des trucs importants parce que on avait conscience qu'on ne pouvait pas continuer à avoir, malheureusement c'est pas encore réglé, avoir une psychiatrie complètement à part. Un autre objectif, qui n'apparaît pas bien dans votre texte, ou plutôt qui apparaît en sens inverse, c'est que notre idée était de faciliter un peu la mobilité. Parce que nous avions conscience que, personne de Paris n'était jamais nommé interne de Lyon. Hein ! ou de Montpellier. Et, en faisant un internat régional on s'est dit que, en donnant des garanties de, j'allais dire de, d'indépendance, y'aurait un minimum de mobilité qu'il n'y avait pas DU TOUT ! du tout du tout ! y'avait zéro !*
>
> Q : Ca dépendait des CHU…
>
> *Oui mais y'avait des bastions qui, non, y'avait la zone d'influence de Paris si vous voulez qui était Angers, …*
>
> Q : A Nantes, par exemple, il y avait beaucoup de mobilité…
>
> *Oui mais, à Lyon, Marseille, Montpellier, aucun interne de Paris n'était nommé. Aucun médecin de Paris n'arrivait à pénétrer là. Ce qui, bon, prouvait que le système n'était quand même pas raisonnable ! Donc c'était aussi une des idées de base, c'est que… les gens ont beaucoup bougé hein, depuis la réforme ! beaucoup bougé !*

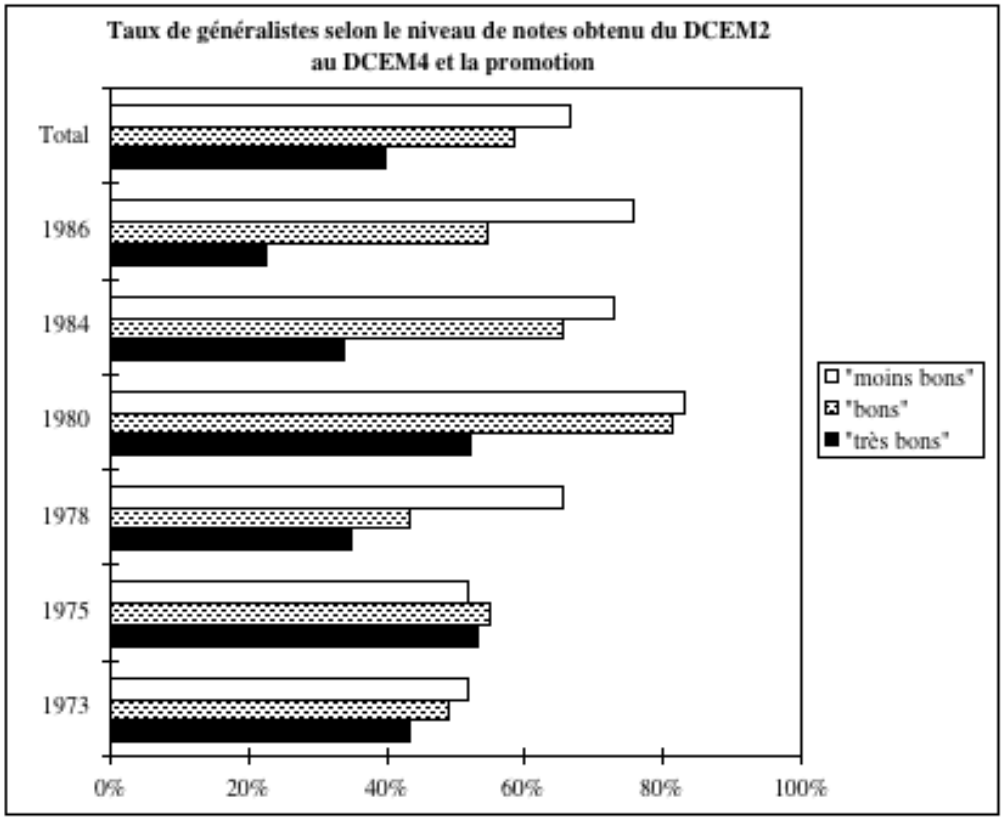
La « démocratisation » devient dans son discours, très mobile : elle est prônée d'un point de vue général, mais elle est vite rapportée à des repères structurants : la psychiatrie, dont l'internat était peu sélectif, était suspectée de médiocrité (« passait qui voulait ! ») ; les « bastions » du clientélisme étaient repérés par le barrage qu'ils opposaient aux candidats parisiens. Hiérarchie des spécialités, hiérarchie des hôpitaux, le principe classant était ainsi conservé et la « démocratisation » envisagée était des plus respectueuse des valeurs dominantes. Par ailleurs, sous un même combat, plusieurs luttes se font jour, telle celle qui vise à mettre un terme à l'autonomie de la psychiatrie et à la ramener dans le giron de la biomédecine.

Au final, une méritocratie en remplace toujours une autre dès que l'on institue un système hiérarchisé limitant les places à partir d'un classement à une seule dimension, comme le propose la procédure de concours. La mise en œuvre de l'internat de spécialité ressemblait à un gigantesque compromis où les objectifs les plus contradictoires devaient cohabiter : démocratiser l'excellence et valoriser les savoirs « pointus » ; créer de la mobilité géographique, surtout pour les Parisiens[71] ; privilégier les savoirs pratiques et sélectionner sur des épreuves standardisées ; supprimer les filières de relégation et exclure du système une partie des étudiants etc.

[71] Il ne faut pas mésestimer la guerre entre parisiens et provinciaux, puisque l'internat de Paris fut le premier institué et que, pendant longtemps, les facultés de la capitale formaient la majorité des médecins du pays. Ainsi, en 1957-1958, la moitié des étudiants en médecine de France était inscrite dans des universités parisiennes, et 70,7% d'entre eux étaient originaires de l'Académie. Girard A., « Le recrutement géographique des étudiants en médecine dans les Universités françaises, et la place de l'Université de Paris », *Population*, vol. 15, n°5, 1960, p. 789-806.

Peu de temps après sa mise en place, tous semblaient s'accorder sur l'échec de cette réforme, laquelle ne fut pourtant modifiée que vingt après. Les raisons de cette condamnation, essentiellement structurelles, peuvent se résumer ainsi :

- L'écart entre les généralistes et les spécialistes s'est creusé : le système destiné à « revaloriser » la médecine générale, non seulement l'a stigmatisée (l'assimilant à une discipline « facile »), mais en a écarté les meilleurs étudiants. Le tableau ci-dessous montre la baisse de la proportion de futurs généralistes parmi « très bons »[72] étudiants du nouveau régime, repérés à partir de la promotion « 1980 ».




Les entretiens réalisés avec les médecins de l'échantillon ont confirmé le sentiment d'obligation, chez tout étudiant « brillant », de tenter ce qui était considéré comme la « meilleure » formation et, une fois reçu, aucun étudiant n'a renoncé au bénéfice de l'accès à une spécialité, même si son projet originel était la médecine générale.

- Les écarts géographiques en matière de densité médicale ont continué à s'aggraver, puisque des stratégies d'occupation des postes dans des régions sous-dotées par des

[72] Cette distinction a été faite à l'occasion d'une boutade que m'avait lancée un enseignant de faculté de médecine alors que je lui parlais de mes premiers résultats en distinguant les « bons » et les « mauvais » étudiants. Il m'a dit que pour entrer en médecine, on était forcément bon, il n'y avait pas de mauvais étudiants. Notre population se répartit donc en trois groupes d'égale importance : les « très bons », les « bons » et les « moins bons ».

internes issus des régions sur-dotées les ont renforcées[73], la mobilité des étudiants s'est accrue et les médecins ont continué à s'installer dans les régions les plus attractives.

- La répartition sexuelle des étudiants s'est inversée : alors qu'une majorité de femmes choisissaient la spécialisation, surtout par la voie des CES, avant la réforme, elles se sont retrouvées massivement généralistes après la réforme. Nous reviendrons sur cette inversion des genres dans le chapitre suivant.
- Les effets de la concurrence entre étudiants, apparemment déplorés sous l'ancien régime, se sont accrus avec la réforme : l'ambiance s'est dégradée dans les universités, vidées aux dépens des préparations privées au concours. Les facultés furent classées en fonction de leur capacité à fournir des spécialistes, désespérant les doyens des universités les plus mal classés, provoquant la colère des étudiants réclamant des conditions meilleures de préparation au concours.

Le résultat jugé le plus positif de la réforme fut la formation des médecins généralistes, dont la qualité semble avoir été unanimement reconnue. Mais ce résultat fut aussi une sorte de bombe à retardement en inscrivant l'apprentissage de cette médecine dans un contexte presque exclusivement hospitalier[74]. Le premier effet de cette inscription fut un rallongement de la durée des études en médecine générale[75], le second fut la création d'un

---

[73] Les postes à l'internat sont déterminés en fonction du *numerus clausus* de l'année N-5 de la ville concernée, redressé en fonction des « besoins », c'est-à-dire à la fois la démographie médicale régionale et les postes disponibles dans les hôpitaux. Ainsi, le *numerus clausus* de PCEM1 est toujours élevé à Lille, mais les étudiants lillois ne faisant pas le poids au concours face aux parisiens, leurs postes d'internes, pourtant nombreux, ne sont pas pour autant pourvus par eux, mais par les Parisiens - qui ont un nombre de postes plus bas proportionnellement au nombre d'étudiants - qui vont terminer leur formation dans les villes proches de Paris, mais les quittent souvent après, creusant encore l'écart.

[74] Le résidanat comporte des stages chez des praticiens libéraux, qui ont pris d'ailleurs une importance grandissante, mais ils posent le problème d'une relation difficile à formaliser s'inscrivant en rupture avec les formes d'apprentissage auxquelles les étudiants sont habitués. Cf. Boy G., « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 1/2005, p. 103-125. Dans l'ancien régime, ces stages étaient peu nombreux également, mais très vite les médecins généralistes faisaient des remplacements et ces mises en situations constituaient en fait leur formation de terrain. Cf. Baszanger I., « Socialisation professionnelle et contrôle social… », *op.cit.*

[75] Ce rallongement est une combinaison de plusieurs facteurs : les médecins généralistes étant recrutés parmi les « moins bons » ils ont plus souvent redoublé le PCEM1 ; une partie d'entre eux avaient échoué à l'internat, voire avaient tenté de le passer plusieurs fois, ou avaient redoublé sachant leurs chances faibles, pour avoir plus de temps pour le préparer ; une fois en médecine générale, certains avaient du mal à se séparer de l'hôpital, avec qui ils créaient un lien qui n'existait pas parmi les généralistes de l'ancienne génération. Ces facteurs ont contribué à un recul de l'âge à l'installation, constaté dès les premières années suivant la réforme, sans pour autant alerter les professionnels. Ainsi, dans notre échantillon, plus de 30% des généralistes du nouveau régime n'avaient pas passé leur thèse 12 ans après leur première inscription en médecine, représentant le double des généralistes de l'ancien régime. Surtout, les écarts se sont réduits entre généralistes et spécialistes. Dans l'ancien régime, 13 ans après leur première inscription en médecine, 89,4 % des généralistes étaient inscrits à l'Ordre des médecins contre 73,8 % des spécialistes. Avec le nouveau régime, toujours 13 ans après l'inscription en PCEM1, 73 % des généralistes étaient inscrits contre 75 % des spécialistes.

lien de dépendance des futurs généralistes avec les modes de fonctionnement hospitalier, les éloignant d'un ethos « libéral » de leur pratique.

Enfin, il faut noter que la généralisation du concours a entraîné une nouvelle sélection sociale, que nous ne pouvions pas, à notre niveau, étayer statistiquement, mais qui se retrouve aujourd'hui dans les données concernant les origines sociales des médecins. Parmi, les médecins libéraux en exercice, 40 % des généralistes sont enfants de cadre supérieur ou profession libérale, contre 51 % des spécialistes, les médecins hospitaliers et salariés se situant entre les deux (46 et 47 %)[76]. La « méritocratie » n'a donc pas permis de lutter efficacement contre la « ploutocratie », mais les détenteurs de capitaux économiques et culturels sont devenus anonymes. On aurait pu penser que la sur-sélection des étudiants originaires des classes populaires aurait joué en leur faveur à l'occasion d'un deuxième concours. Il semble plutôt que l'on se trouve devant un exemple de ce que Raymond Boudon a étudié comme des *« effets pervers, c'est-à-dire (des) effets non recherchés par les acteurs sociaux et ne résultant pas de l'opposition des intérêts et des conflits qui en dérivent »*[77]. Parmi les exemples nombreux qui illustrent sa démonstration, il prend celui du rapport entre les inégalités scolaires et les inégalités sociales. Il montre ainsi qu'une diminution des inégalités scolaires peut entraîner une augmentation des inégalités sociales, y compris dans une société méritocratique, qui accorde en principe un statut social élevé à ceux qui possèdent un haut niveau scolaire.

En apparence, l'État n'est intervenu, dans cette procédure, que sur les quotas de places de spécialistes, jouant sur un statut d'interne dont il avait, comme employeur, la responsabilité. Il a laissé aux universitaires l'entière responsabilité des procédures, des conditions d'examen, de l'élaboration des programmes. Il a agi de même avec le *numerus clausus* de première année.

### *Le* numerus clausus *de PCEM1 : la base après*

Comme toutes les formations universitaires, les études de médecine étaient au départ ouvertes à tous les bacheliers[78], de toutes les filières. D'ailleurs, jusqu'aux années soixante, les bacheliers de philosophie avaient de meilleures chances de réussir en faculté de médecine que les bacheliers scientifiques[79]. La suppression de l'année propédeutique en faculté des sciences et le rassemblement de l'ensemble de la procédure en faculté de médecine en 1963

---

[76] Greuil-Genier P., Sicart D., « L'origine sociale des professionnels de santé », DREES *Etudes et Résultats*, n°496, juin 2006.

[77] Boudon R., *Effets pervers et ordre social*, PUF, Paris, 1977, 1989, p. 46.

[78] On rappellera que le baccalauréat est un grade universitaire, qui autorise l'accès aux facultés.

[79] Herzlich C., Bungener M., Paicheler G. et alii, *Cinquante ans…*, *op.cit.*

ont été le début d'une consécration plus décisive des matières scientifiques et d'une nouvelle logique présidant à la sélection des étudiants. L'instauration d'un quota de places réservées aux chirurgiens dentistes imposait néanmoins un classement des étudiants, préfigurant l'instauration d'un concours.

L'instauration d'un *numerus clausus* en fin de première année couvait depuis longtemps, puisque les revendications des étudiants en médecine en 1968 portaient à la fois sur la suppression du concours de l'externat et sur les amorces d'une limitation malthusienne à l'entrée en deuxième année[80]. Ils obtinrent la première, mais donnèrent alors des arguments pour mettre en place un véritable concours sélectif, limitant officiellement le nombre de places : le nombre de candidats aux études de médecine ne cessant d'augmenter, les capacités d'accueil limitées des services hospitaliers justifiaient un contrôle, à la base, du nombre d'étudiants. Ce fut donc selon les capacités pédagogiques des CHU que le *numerus clausus* fut élaboré, laissé à l'initiative de chaque faculté de médecine.

Il est important de retenir que la réforme de 1982 a transféré le pouvoir décisionnel du *numerus clausus* à l'État, sur proposition des DRASS et des universités. Ce chiffre n'est plus établi selon les capacités d'accueil des CHU mais en fonction des « besoins de la population ». Des « besoins » qui prennent, sous la plume des rédacteurs de la loi, un sens qui mérite d'être précisé :

> *Il y a un mot que vous n'employez pas et qu'il faut employer, qui est derrière le mot… Euh… disons économie et santé publique, c'est "besoin de la population". De tous les textes, tous les textes… et ça c'est absolument central dans la réforme. Et ça gouverne ses avantages et ses inconvénients. (Rédacteur1)*

> *Lisez la loi de 79 : la première chose fondamentale c'est qu'on fixe le nombre de médecins en fonction des besoins donc de là part la loi de 79. […]*
>
> Q : Est-ce que vous pensez que c'est en fonction des besoins de santé de la population ?
>
> *Oui c'est le terme, c'est moi qui l'ai rédigé, je me souviens de ce terme. […]*
>
> Q : Vous croyez que c'est quelque chose qu'on peut vraiment déterminer ?
>
> *Et comment ! Pour moi les besoins, l'aspect économique faisait partie des besoins de la population*
>
> Q : Ah ? voilà !
>
> *Mais, bien entendu, un besoin c'est pas seulement, c'est pas quelque chose qui est abstrait c'est : de quoi a-t-on besoin dans ce pays pour qu'on ait un système où la population ait le meilleur service rendu dans le domaine de la santé où on ne laisse pas s'installer un parasitisme médical qui pourrait être une catastrophe sanitaire. (Rédacteur 2)*

L'intérêt d'instaurer des quotas d'entrée en faculté de médecine était double : restreindre une offre susceptible de mettre en péril le système de santé, qui satisfaisait les pouvoirs publics, et limiter la concurrence sur le marché libéral, répondant aux aspirations de la profession

---

[80] Cette tendance daterait des années 30, à une période où le niveau de vie des médecins a baissé et où les plaintes de la profession se sont portées aussi sur l'arrivée des médecins étrangers, créant une concurrence dont les Français semblaient pâtir. Cf. Vergès B., *Le monde des médecins…*, *op.cit.*, p. 61.

médicale. Cette limitation de l'accès aux études de médecine s'est faite dans un contexte général d'arrivée massive d'étudiants dans les universités, dont le nombre a d'abord continué à s'accroître dans les facultés de médecine, rendant l'épreuve plus sélective, puis s'est progressivement calé sur les fluctuations du *numerus clausus*.

Cet effet de sélection accrue a stoppé ce qui aurait pu être une amorce de démocratisation dans l'accès à la profession médicale, rendue possible dans un contexte de forte expansion. Dans les limites des informations dont nous disposions, nous avons mesuré cet effet sur les inscrits en faculté de médecine à Nantes. Les enfants d'ouvriers ou d'employés représentaient un tiers des étudiants de la promotion 1973 et 10 % des étudiants de la promotion 1986. Ces données sont très partielles et ne sont pas significatives au niveau national, puisque l'ouverture sociale des facultés de médecine ne transparaît pas dans les données générales. L'étude réalisée par Claudine Herzlich et son équipe sur les médecins retraités montre une inévitable diversification sociale dans le contexte d'augmentation des places de l'après-guerre, laquelle s'opéra alors au profit des petits indépendants. Des données plus récentes montrent que le recrutement médical parmi les familles d'artisans et de commerçants a baissé, ces catégories n'y sont aujourd'hui pas plus représentées que parmi l'ensemble de la population active[81]. Une des explications est aussi fournie par la féminisation. Celle-ci a fortement augmenté durant les années de réduction du *numerus clausus*, et les jeunes filles entrant en médecine venaient plus souvent de familles de cadres supérieurs que les garçons.[82]

[81] Greuil-Genier P., Sicart D., « L'origine sociale des professionnels de santé », *op. cit.*

[82] Un effet particulièrement fort dans la population de notre enquête : entre 73 et 86, la proportion de filles de cadres supérieurs et professions libérales passe de 52 % à 74 %.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du numerus clausus entre 1963 et 1983 ainsi que leur taux d'attirance chez les nouveaux inscrits et les chances de réussite des étudiants depuis la mise en place du concours.

| Année universitaire | Nouveaux inscrits en PCEM1 | Taux d'attirance* | TCA nouveaux inscrits** | Ensemble des inscrits PCEM1 | % de redoublants | *Numerus clausus* | Chances de réussite |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1963-1964 | 8 526 | 11,3 | | 11 692 | 27,1 | | |
| 1964-1965 | 9 573 | 11 | 12,3 | 14 059 | 31,9 | | |
| 1965-1966 | 10 870 | 11,2 | 13,5 | 15 237 | 28,7 | | |
| 1966-1967 | 12 817 | 12,1 | 17,9 | 17 959 | 28,6 | | |
| 1967-1968 | 17 896 | 13,4 | 39,6 | 24 448 | 26,8 | | |
| 1968-1969 | 21 028 | 12,4 | 17,5 | 26 203 | 19,7 | | |
| 1969-1970 | 17 735 | 14,5 | -15,7 | 26 362 | 32,7 | | |
| 1970-1971 | 17 593 | 12,7 | -0,8 | 24 729 | 28,9 | | |
| 1971-1972 | 19 058 | 13,3 | 8,3 | 26 020 | 26,8 | 12 872 | 49,5 |
| 1972-1973 | 21 793 | 14,8 | 14,4 | 30 634 | 28,9 | 11 335 | 37,0 |
| 1973-1974 | 23 318 | 15,5 | 7,0 | 34 841 | 33,1 | 11 218 | 32,2 |
| 1974-1975 | 22 833 | 14,4 | -2,1 | 35 761 | 36,2 | 10 732 | 30,0 |
| 1975-1976 | 23 878 | 15,2 | 4,6 | 38 455 | 37,9 | 10 680 | 27,8 |
| 1976-1977 | 25 335 | 15,7 | 6,1 | 40 217 | 37,0 | 10 486 | 26,1 |
| 1977-1978 | 23 339 | 14,1 | -7,9 | 37 803 | 38,3 | 8 336 | 22,1 |
| 1978-1979 | 20 909 | 13 | -10,4 | 35 032 | 40,3 | 7 912 | 22,6 |
| 1979-1980 | 17 130 | 11 | -18,1 | 30 014 | 42,9 | 7 121 | 23,7 |
| 1980-1981 | 15 939 | 10 | -7,0 | 26 732 | 40,4 | 6 409 | 24,0 |
| 1981-1982 | 15 431 | 9,5 | -3,2 | 25 410 | 39,3 | 6 409 | 25,2 |
| 1982-1983 | 16 892 | 9,9 | 9,5 | 26 549 | 36,4 | 5 900 | 22,2 |
| 1983-1984 | 15 098 | 8,7 | -10,6 | 25 442 | 40,7 | 5 000 | 19,7 |

**Source : M.E.N. et M.A.S.S.N.**[83]

* : Proportion de bacheliers qui s'orientent vers la médecine sur l'ensemble des bacheliers d'une même promotion

** : Taux de croissance annuelle du nombre de nouveaux inscrits

Plus récemment, la hausse du *numerus clausus* n'a pas inversé le processus, bien au contraire, le concours de première année semble avoir renforcé le mécanisme de la sélection sociale : « si en 1997, la part des enfants de professions libérales réussissant en première année de médecine est le double de celle des enfants issus de milieu populaire (9,9 % contre 5,2 %), elle est le triple en 2004 (21,4 % contre 6,9 %) »[84]. Par ailleurs, des données récentes du ministère de l'Éducation nationale montrent deux tendances concordantes : la première est la baisse des chances des étudiants d'origine populaire d'accéder à la profession médicale, la

[83]Ces données sont extraites de : Anne Branciard, *Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985*, rapport préparatoire pour la MIRE, mai 1987, pp. 10 et120 ; les chiffres en italique, correspondant à la période la plus récente, sont extraits de : Mattei J.-F. et alii, *De la médecine à la santé - Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*, Paris, Flammarion, 1997, p. 42.

[84] Sautory O., « La démocratisation de l'enseignement supérieur : évolution comparée des caractéristiques sociodémographiques des bacheliers et des étudiants », *Education & formations* n°74, avril 2007, p. 59.

seconde est la forte concurrence faite sur le terrain du succès aux enfants de professions libérales par les enfants d'enseignants[85].

Que les effectifs augmentent ou baissent, les catégories sociales populaires sont donc massivement exclues des professions médicales, mais deux catégories de « nouveaux venus » semblent jouer un rôle de régulation de ces places : les enfants d'enseignants d'une part et les femmes d'autre part, sur lesquelles nous reviendrons.

Sitôt la réforme de 1982 appliquée, les critiques ont donné lieu à des premières tentatives de filiarisation, visant à forcer les étudiants à choisir des spécialités nouvellement désertées. En effet, l'obtention d'une place en « spécialités médicales » ne préjugeait pas au départ de la discipline (cardiologie, gynécologie, radiologie etc.), choisie au sein du CHU d'affectation. La baisse du numerus clausus affecta rapidement l'équilibre entre ces disciplines, qui créaient une concurrence au sein des CHU, soucieux de pourvoir des postes dans tous les services. Certaines disciplines furent ainsi « filiarisées » afin de garantir des places aux hôpitaux, et ce processus déclencha de nouvelles rivalités au sein des spécialistes. La tentation est grande, dans ce cas, de recourir à de nouvelles contraintes afin de contrôler la répartition nationale des formés dans chaque discipline. L'examen national classant remplit, depuis 2005, cette fonction.

### *Réguler en temps réel ?*

L'internat de 1982 était un piège du point de vue de la régulation : à vouloir réguler toujours plus en amont ce qui bouge en aval, on creuse les écarts et rigidifie le système. Seuls les Espagnols se sont essayés à ce système, les conduisant à des situations ouvertement paradoxales : on forme aujourd'hui plus d'étudiants qu'il n'y a de places d'internes et pourtant, certaines ne trouvent pas preneurs[86].

Contrairement aux espoirs de ses rédacteurs, la réforme de 1982 n'a pas fondamentalement révolutionné les principes élitistes de la sélection, puisque tout se joue par les classements et les choix des étudiants. Or l'internat de spécialité a imposé à tous ce que l'élite avait décidé

---

[85] « Pour un étudiant dans la situation de référence, c'est-à-dire une bachelière scientifique qui a obtenu son baccalauréat l'année de ses 18 ans et dont un parent exerce une profession intermédiaire, la probabilité d'accéder en deux ans à la deuxième année des études médicales a baissé de 2,3 points entre les rentrées 1997 et 2002. Les étudiants dans la situation de référence mais dont un parent exerce une profession libérale ou est enseignant, ont les probabilités d'accès en deux ans à la deuxième année de médecine les plus élevées et celles-ci ont augmenté de près de 5 points entre 1997 et 2002, creusant l'écart avec les étudiants venant des autres catégories sociales. » Guillerm M. et Tomasini M., « Devenir des bacheliers deux ans après… », p. 5.

[86] González López-Valcárcel B., « Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios », *Gaceta Sanitaria, 14(3)*, 2000, p. 237-246 ; González López-Valcárcel, B., Barber-Pérez, P., *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030)*, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2007.

comme étant le « mieux » : son mode de sélection, sa formation, ses spécialités. Les principes discriminants se sont donc déplacés et le rejet des filières stigmatisées comme les moins nobles s'est poursuivi, les inégalités démographiques territoriales se sont aggravées.

Devant de tels effets, la réaction de l'État, avec un soutien évident des professionnels, fut … d'accentuer le trait. En 2005, le concours d'internat de spécialité a été supprimé au profit des épreuves nationales classantes (les ECN) qui visent à produire un gigantesque rangement des plus de 6 000 étudiants français inscrits en DCEM4. Ni concours ni examen, cette nouvelle forme d'évaluation n'a qu'un seul but : classer les étudiants. Tous les étudiants inscrits en DCEM4 sont d'office inscrits aux épreuves, auxquels s'ajoutent des étudiants de troisième cycle désireux de changer d'orientation et obligés de les passer à nouveau. Cependant, seuls les étudiants ayant validé leur DCEM4 participent au choix, la validation des épreuves et des stages de l'année intervenant après le résultat des ECN. Certaines universités encouragent alors leurs étudiants mal classés à ne pas valider leur DCEM4 afin de redoubler et d'améliorer leur rang l'année suivante[87]. Ce système d'invalidation est assez paradoxal et montre bien les failles du dispositif.

Durant les semaines suivant les résultats, les étudiants procèdent à des simulations sur Internet, d'abord sur des sites officieux puis sur un site officiel recueillant l'ensemble des choix et procédant à des affectations simulées deux fois par jour. Les étudiants choisissent ensuite la filière de leur futur exercice en direct à l'occasion d'une épreuve marathonienne organisée en amphi dit « de garnison », jusqu'à ce que le dernier choisisse parmi les dernières places encore disponibles. Les choix réalisés sur internet peuvent être changés et certains les modifient au dernier moment, déclenchant des comportements parfois surprenants et maintenant la pression dans toute l'assemblée.

La procédure est complexe et nous l'avons détaillée dans un rapport publié par la DREES. Nous nous contenterons ici de souligner quelques traits de ce nouveau système qui est appelé à se modifier encore en 2010. Pour illustrer notre propos, nous reproduisons à la page suivante le tableau représentant les postes mis au concours en 2009 et les rangs des étudiants ayant choisi le dernier poste disponible dans chaque catégorie. Au moment des choix, les étudiants ont sous les yeux les postes disponibles dans chaque filière et le rang est celui qui a choisi le dernier poste de la filière et de la ville.

---

[87] Les universités n'ont pas la même politique. Certaines sont très complaisantes, autorisant la non-validation d'un stage qu'elles ne demandent même pas à l'étudiant de refaire, le laissant totalement disponible pour l'année suivante. D'autres n'acceptent pas les invalidations de complaisance ou demandent à l'étudiant de refaire tout ou partie de ses stages.

| Ville | Méd. Gén. | | Spéc. méd. | | Méd. travail | | Santé pub. | | Chirurgie | | Biologie | | Psychiatrie | | Gynéco. Obs. | | Gynéco. Méd. | | Pédiatrie | | Anes. Réa. | | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **Postes** | *Rang* | **postes** |
| Aix-Marseille | **100** | *5 011* | **33** | *1 155* | **6** | *5 989* | **4** | *6 073* | **25** | *1 737* | **1** | *3 075* | **13** | *3 750* | **7** | *1 456* | **2** | *2 379* | **11** | *2 459* | **11** | *1 609* | **213** |
| Amiens | **128** | *6 323* | **35** | *2 350* | **2** | *0* | **2** | *0* | **20** | *3 605* | **2** | *4 300* | **12** | *5 664* | **4** | *2 444* | **1** | *2 989* | **8** | *3 699* | **11** | *2 899* | **225** |
| Angers | **110** | *6 227* | **24** | *2 507* | **3** | *3 438* | **2** | *6 159* | **14** | *3 456* | **2** | *3 870* | **9** | *4 832* | **4** | *2 251* | **1** | *2 963* | **5** | *3 117* | **7** | *2 350* | **181** |
| Antilles-G. | **53** | *6 265* | **13** | *3 449* | **0** | *0* | **0** | *0* | **6** | *0* | **1** | *3 600* | **3** | *5 827* | **2** | *2 608* | **0** | *0* | **1** | *1 942* | **3** | *3 017* | **82** |
| Besançon | **95** | *6 313* | **30** | *2 624* | **3** | *5 840* | **2** | *3 346* | **20** | *3 594* | **2** | *3 737* | **12** | *5 520* | **4** | *2 966* | **1** | *3 101* | **5** | *3 371* | **8** | *2 531* | **182** |
| Bordeaux | **140** | *6 105* | **35** | *1 564* | **5** | *6 307* | **5** | *5 005* | **25** | *2 575* | **2** | *3 137* | **10** | *4 255* | **6** | *1 959* | **4** | *2 025* | **9** | *2 525* | **9** | *1 697* | **250** |
| Brest | **75** | *6 152* | **22** | *2 653* | **3** | *4 603* | **2** | *5 701* | **12** | *3 686* | **1** | *0* | **8** | *5 758* | **3** | *2 504* | **0** | *0* | **4** | *3 763* | **6** | *4 443* | **136** |
| Caen | **125** | *6 214* | **35** | *2 430* | **3** | *6 294* | **3** | *5 241* | **15** | *3 670* | **3** | *4 088* | **12** | *5 765* | **5** | *2 583* | **0** | *0* | **9** | *3 733* | **9** | *2 830* | **219** |
| Clermont-Fd | **110** | *6 302* | **25** | *2 142* | **2** | *0* | **3** | *0* | **18** | *3 310* | **2** | *3 806* | **10** | *5 124* | **5** | *2 126* | **0** | *0* | **6** | *3 183* | **8** | *2 540* | **189** |
| Dijon | **125** | *6 321* | **35** | *2 748* | **6** | *6 262* | **2** | *5 268* | **20** | *3 272* | **2** | *3 902* | **14** | *5 455* | **5** | *2 545* | **0** | *0* | **6** | *3 468* | **10** | *2 559* | **225** |
| Grenoble | **80** | *4 579* | **16** | *1 300* | **2** | *4 610* | **2** | *5 191* | **15** | *1 961* | **3** | *3 277* | **5** | *3 959* | **3** | *1 696* | **0** | *0* | **8** | *2 719* | **8** | *1 664* | **142** |
| Lille | **226** | *6 074* | **70** | *2 889* | **9** | *6 271* | **4** | *4 848* | **41** | *3 320* | **3** | *3 164* | **25** | *4 061* | **12** | *1 802* | **2** | *1 615* | **19** | *2 595* | **20** | *2 078* | **431** |
| Limoges | **70** | *6 185* | **10** | *2004* | **3** | *0* | **0** | *0* | **8** | *2 979* | **1** | *3 702* | **6** | *5 242* | **1** | *591* | **1** | *3 036* | **3** | *3 414* | **5** | *2 868* | **108** |
| Lyon | **130** | *5 825* | **41** | *1 080* | **6** | *5 930* | **4** | *4 075* | **29** | *2 125* | **3** | *2 735* | **17** | *3 195* | **10** | *1 386* | **2** | *2 811* | **12** | *2 269* | **15** | *1 090* | **269** |
| Montpellier | **105** | *5 333* | **30** | *1 070* | **0** | *0* | **2** | *5 700* | **21** | *2 511* | **2** | *2 532* | **10** | *3 958* | **5** | *982* | **2** | *2 721* | **9** | *2 185* | **9** | *1 388* | **195** |
| Nancy | **125** | *6 258* | **40** | *2 293* | **6** | *5 915* | **4** | *5 315* | **20** | *3 180* | **2** | *3 484* | **15** | *5 791* | **6** | *2 652* | **1** | *2 844* | **11** | *3 328* | **13** | *2 354* | **243** |
| Nantes | **130** | *6 278* | **36** | *1 343* | **3** | *5 833* | **3** | *5 181* | **23** | *3 059* | **2** | *3 666* | **13** | *4 125* | **5** | *1 931* | **0** | *0* | **8** | *1 779* | **7** | *1 781* | **230** |
| Nice | **60** | *5 403* | **14** | *1 286* | **0** | *0* | **2** | *5 716* | **9** | *2 418* | **1** | *2 210* | **7** | *4 081* | **4** | *1 886* | **0** | *0* | **7** | *2 681* | **3** | *1 676* | **107** |
| Océan indien | **32** | *4 788* | **10** | *4 179* | **0** | *0* | **1** | *5 128* | **2** | *3 116* | **1** | *3 681* | **3** | *4 298* | **2** | *2 100* | **0** | *0* | **4** | *2 706* | **3** | *2 114* | **58** |
| Paris | **440** | *6 292* | **150** | *815* | **20** | *6 247* | **15** | *3 925* | **90** | *1 245* | **10** | *2 408* | **55** | *2 851* | **30** | *1 086* | **6** | *1 704* | **47** | *2 181* | **47** | *1 607* | **910** |
| Poitiers | **90** | *6 234* | **30** | *2 318* | **2** | *0* | **2** | *0* | **13** | *3 515* | **2** | *2 923* | **12** | *4 729* | **5** | *2 948* | **0** | *0* | **7** | *3 627* | **9** | *2 616* | **172** |
| Reims | **130** | *6 241* | **35** | *2 704* | **3** | *5 995* | **2** | *4 873* | **18** | *3 634* | **2** | *2 003* | **13** | *5 650* | **4** | *2 756* | **1** | *2 874* | **8** | *3 608* | **12** | *2 944* | **228** |
| Rennes | **100** | *6 016* | **28** | *1 442* | **3** | *5 679* | **2** | *4 904* | **17** | *2 887* | **1** | *1 556* | **9** | *4 178* | **5** | *2 129* | **0** | *0* | **6** | *2 825* | **9** | *1 897* | **180** |
| Rouen | **125** | *6 295* | **35** | *2 786* | **4** | *5 809* | **3** | *5 508* | **20** | *3 603* | **2** | *3 824* | **14** | *5 462* | **5** | *1 834* | **0** | *0* | **11** | *3 254* | **12** | *2 344* | **231** |
| St-Etienne | **65** | *6 287* | **13** | *1 908* | **2** | *6 086* | **1** | *5 727* | **10** | *3 260* | **2** | *3 378* | **6** | *4 633* | **3** | *2 929* | **0** | *0* | **4** | *3 323* | **6** | *1 866* | **112** |
| Strasbourg | **130** | *6 322* | **30** | *1 924* | **3** | *6 036* | **2** | *6 116* | **17** | *2 596* | **1** | *2 593* | **10** | *4 084* | **7** | *2 115* | **0** | *0* | **8** | *2 487* | **9** | *1 922* | **217** |
| Toulouse | **124** | *5 899* | **35** | *1 048* | **6** | *6 315* | **4** | *4 765* | **22** | *2 402* | **2** | *3 127* | **15** | *3 795* | **7** | *1 719* | **3** | *2 330* | **9** | *1 759* | **17** | *1 889* | **244** |
| Tours | **110** | *6 228* | **40** | *2 315* | **0** | *0* | **2** | *0* | **20** | *3 408* | **2** | *3 694* | **12** | *5 034* | **5** | *2 015* | **0** | *0* | **8** | *3 229* | **8** | *2 556* | **207** |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** | **6 186** |

Postes : nombre de postes mis au concours – Rang : rang de l'étudiant ayant choisi le dernier poste. Un « 0 » indique que les postes n'ont pas été tous choisis.

Malgré les 6 186 postes ouverts, le choix peut être limité pour celui qui veut faire de la gynécologie-obstétrique à Brest par exemple, (seuls trois postes sont disponibles en début de choix), et encore plus s'il veut y faire de la gynécologie médicale. Pour les spécialités médicales non filiarisées, il existait jusqu'en 2010 des places réservées dans certains CHU par disciplines, compliquant davantage les décisions. À partir de 2010, toutes les disciplines seront « filiarisées », c'est-à-dire que chaque spécialité détaillée fera l'objet de l'ouverture de postes dans chaque CHU. En dehors de la médecine générale, il n'y aura qu'un choix restreint de possibilités pour chaque étudiant, sur lequel se joue une partie de son avenir. Seulement la gratification liée à un classement, ici poussée à l'extrême, perd en même temps sa signification. Les notes obtenues par les étudiants ne sont pas rendues publiques, mais des travaux ont été faits dans des facultés pour estimer leur répartition et ils montrent qu'en 2007, entre le 250e et le 4250e, le pas moyen du rang est de 0,037 point sur 900, soit 0,8/1000e de points sur 20[88].

Dans le contexte actuel, le principal critère de répartition des postes dans les disciplines est le fonctionnement des hôpitaux et l'attribution des postes d'internes dans les services. Un second critère est strictement conjoncturel : ainsi une année, les postes en psychiatrie ont été augmentés à la suite des événements dramatiques de Pau, où une infirmière psychiatrique avait été mortellement agressée, déclenchant des promesses gouvernementales. Mais « pour habiller Pierre, il faut déshabiller Paul », et l'année suivante, d'autres spécialistes ont réclamé compensation. D'un point de vue général, ces prévisions, même si elles sont pensées sur plusieurs années, sont d'une grande rigidité, puisqu'aucune passerelle n'est possible ensuite afin de changer de spécialité au cours d'une carrière médicale.

Ce système bouge constamment et il est difficile d'en saisir le sens puisque ses effets mettront plusieurs années à se répercuter sur la démographie médicale. Le point nodal des rapports entre la profession médicale et l'État se joue sans doute en grande partie à ce niveau-là de la planification démographique médicale, et sa portée symbolique dépasse le résultat purement quantitatif. La « planification » des postes d'internes a pris progressivement le pas sur la « qualification » des spécialistes, qui a été résolue par le système unique. Un glissement d'objectif apparaît par le biais de l'outil de régulation, à peine transformé d'une réforme à l'autre. Il n'y a plus véritablement de « qualification » de spécialistes puisque la sélection se fait pour tous de la même façon et ils seront tous ou presque, qualifiés s'ils font les stages prévus dans les « maquettes ». L'arsenal de

[88] Les *ex-aequo* se comptent par dizaines, ils sont départagés selon un rang des notes aux différentes épreuves et dossiers, puis par leur date de naissance, le privilège étant accordé aux plus âgés. Quinton A., *Epreuves Classantes Nationales. Résultats des épreuves – choix d'affectation*, CRAME, Université de Bordeaux 2, 2007, 35 p.

labellisation et d'initiation autrefois porté par l'internat et ses rites de passage a totalement disparu, cette « formation » est devenue un moyen d'exercer une contrainte sur les étudiants afin qu'ils se répartissent conformément aux besoins immédiats des hôpitaux. Aucune projection concernant la démographie de la médecine libérale n'est intégrée dans ces prévisions, qui ne tiennent compte aujourd'hui uniquement des postes hospitaliers. L'inclusion prochaine du secteur privé hospitalier dans la répartition de ces postes induira sans doute la prise en compte des « besoins » de ce secteur également. Les internes font ici l'objet d'une vaste Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à la manière de celles se déployant dans les grandes entreprises.

Par ailleurs, le tableau ci-dessus montre une double entrée à partir de laquelle des valeurs de prestige pouvaient encore être attribuées à des spécialités, durant les premières années du système. La filière accordait à l'individu qui la choisissait une valeur distinctive. Par exemple, l'interne en cardiologie à Paris, ayant eu la possibilité de choisir cette discipline, pouvait se prévaloir d'appartenir à l'élite. Si, avec le même classement, il avait choisi la médecine générale à Nantes, il aurait perdu cet effet de labellisation. Pour que de tels comportements apparaissent, il faut nécessairement que les étudiants n'accordent plus autant de prix à cet effet de distinction, et cela semble se produire puisque d'une année sur l'autre, l'ordre des rangs se modifie. En 2009, le « rang limite » de la gynécologie-obstétrique à Limoges est 591, en deçà des spécialités médicales à Paris : cela signifie-t-il que la gynécologie-obstétrique de Limoges va monter en prestige ? Cela signifie surtout que celui (ou celle) qui a fait ce choix se moque ouvertement de l'effet classant de son choix, du moins celui-ci n'est pas sa priorité.

Cela provoque des bouleversements chez les plus anciens ; les chirurgiens se sont affolés de la « désertion » des étudiants, or le tableau montre, comme chaque année, l'attribution de tous les postes de chirurgie dans toutes les villes, mais partout aussi, les « rangs limites » en chirurgie sont moins élevés que ceux des spécialités médicales, inversant l'ordre des prestiges de l'internat d'autrefois, où les « meilleurs » allaient en chirurgie[89].

Ces modes d'allocation systématique des places perturbent l'ensemble des valeurs de toute la profession et les mouvements observés ces dernières années montrent un remaniement constant de l'ordre des choix des étudiants, signifiant sans doute une rupture générationnelle portée par une recomposition des systèmes de valeur s'appuyant sur d'autres références et d'autres priorités. Une reconversion des principes structurants de la profession médicale

---

[89] Hardy-Dubernet A.-C., « À propos d'une minute décisive : le choix d'une spécialité médicale », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 27, n°4, Juillet 2009, p. 174-190.

serait alors possible et maîtrisable à travers un simple outil de régulation quantitative à la disposition de l'État.

Les ECN sont seulement classantes, elles ne sont pas validantes. Le contrôle des connaissances médicales est laissé à l'initiative des facultés ayant en charge d'assurer à tout candidat aux ECN l'enseignement fondamental nécessaire à l'exercice de la médecine. Aux épreuves nationales, les candidats obtenant une note très basse sont intégrés au classement et occupent un poste d'interne, y compris avec des résultats très bas. Classés parmi les derniers, ils n'auront le choix qu'entre des spécialités non prescriptives ou la médecine générale dans des petites villes, mais cette affectation est-elle justifiable ? Elle l'est lorsque les pouvoirs publics annoncent redonner ainsi un « vrai » rôle formateur aux universités ; elle ne l'est plus lorsque les universités adaptent leur pédagogie aux conditions d'examen des ECN.

On est loin d'un processus de socialisation à la spécialité opérant une lente différenciation des étudiants tout au long de leur cursus universitaire, ainsi que Merton l'a décrit, il est vrai à une autre époque[90]. La destruction des systèmes hiérarchiques anciens, en partie à l'œuvre aujourd'hui, ne signifie pas pour autant que la fin des distinctions et le début d'une « égalité ». Elle ne peut pas s'accomplir sans une transformation de la population médicale, opérant une mutation en douceur à la faveur de l'arrivée massive des femmes dans ses rangs.

[90]Merton R. K., Reader G. G., Kendall P., *The student physician. Introductory studies in the sociology of medical education.*, Harvard University Press, Cambridge, 1969.

## Chapitre III : La femme est l'avenir du médecin…

La féminisation du corps médical représente un défi pour l'analyse sociologique. En effet, elle s'est déroulée de façon assez brutale dans la dernière partie du XXe siècle et préfigure aujourd'hui un groupe professionnel composé dans l'avenir aux deux tiers au moins de femmes. Il s'agit donc réellement d'une féminisation et non seulement d'une mixité. Les hommes et les femmes ne se partagent pas les postes médicaux, ils semblent s'y relayer.

Pourtant, non seulement la profession était au départ exclusivement masculine, mais elle était interdite aux femmes. Cette féminisation donne lieu à différentes formes d'interprétations qui en général tentent de comprendre comment et pourquoi les femmes ont investi ce champ professionnel. Parmi les explications proposées, et qui sont largement relayées au sein de la profession, il y a la réussite des femmes aux concours, Or, cette explication n'est pas tenable car, loin de les favoriser, les concours ont d'abord été préjudiciables aux candidates. Comment alors expliquer qu'un mécanisme de sélection qui ne leur était pas destiné et les défavorisait, ait accompagné leur ascension numérique ? C'est sur ce premier point que nous nous arrêterons, en prenant les deux exemples du concours de première année et du concours de l'internat de spécialité.

Le deuxième ensemble d'explications relève des rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes, et en particulier la fonction soignante des femmes. Celles-ci, élevant leur niveau de qualification, se seraient « naturellement » orientées vers les professions médicales, après avoir très amplement occupé les champs des professions de santé moins qualifiées. On se situerait donc dans un ordre, sinon naturel, du moins sociétal, de l'orientation des activités et des qualités selon le genre. Cette explication mérite également d'être interrogée, car elle cantonne au seul champ de la santé un mouvement inscrit dans une évolution plus générale des situations professionnelles des catégories sociales supérieures.

Enfin, la féminisation de la médecine s'accompagne d'une modification structurelle du corps médical, dans le sens d'un affaiblissement du modèle libéral au profit d'un modèle salarial. Alors que la profession médicale semble recruter de façon assez stable parmi les catégories sociales supérieures, la population féminine permet de nuancer cette tendance. Les étudiantes d'aujourd'hui diffèrent légèrement des étudiants d'hier, non en termes de niveau social, mais plus généralement en termes de position socio-économique. Cette différence, assez subtile, permet de poser la question, plus fondamentale, du genre de la médecine, donc de sa fonction autant que de son rôle.

*Des femmes (peu) combattantes…*

Les sociologues ont été nombreux, depuis Pierre Bourdieu et ses études sur la reproduction et surtout ce qu'il a appelé *la Noblesse d'État*, à signaler l'effet élitiste de type républicain que produisait le concours comme méthode de sélection. Ce mécanisme complexe est difficile à dénoncer car il s'appuie sur un dispositif appliquant de façon apparemment neutre un critère sélectif basé essentiellement sur le capital culturel des candidats et a permis une mobilité sociale portée par le système scolaire. Strictement anonymes et plutôt centrés sur des savoirs scolaires et académiques, les concours ne devraient pas, dans leur principe même, porter préjudice aux femmes. Les jeunes filles réussissant à l'école se montrent aussi brillantes que les garçons, voire plus, et elles se sont largement appuyées sur le système scolaire pour prendre place sur le marché du travail. Toute épreuve scolaire de sélection devrait alors les favoriser[91].

La féminisation des études médicales peut être l'occasion d'approfondir certaines de ces questions. L'arrivée des femmes dans les facultés de médecine s'est heurtée à deux obstacles majeurs. Le premier est le faible nombre d'entre elles à suivre une filière scientifique. La restriction de l'accès aux facultés de médecine s'est faite en grande partie sur les matières scientifiques, contribuant à la limitation du nombre de candidates. Le second obstacle est lié à l'organisation même des études : les études médicales sont parmi les plus longues et sont longtemps apparues incompatibles avec un projet matrimonial et familial. *A priori* donc, les études médicales ne semblaient pas correspondre aux femmes et c'est un peu par surprise qu'elles ont envahi un champ qui ne les attendait pas si vite.

*Une entrée « en douce »*

Il a fallu attendre plus de soixante ans après la création des deux diplômes limitant l'accès à la profession médicale, en 1803, pour qu'une femme se présente, en France, aux portes des universités de médecine. Madeleine Brès fut la première femme à entreprendre des études de médecine, en 1866, ce qu'elle fit pour exercer « auprès des femmes et des enfants ». À la même époque, la revue *l'Économiste français* publiait une série d'articles et de lettres sur *l'exercice de la médecine par les femmes, au profit des femmes et des enfants.* Ces articles ont été publiés en 1868 sous le titre : *La femme médecin, sa raison d'être du point de vue du droit, de la morale et de l'humanité*[92]. L'argument mobilisé pour justifier de la présence des femmes dans la profession était celui de cette médecine particulière dont elles pourraient se charger, une

---

[91] Baudelot C. et Establet R.., *Allez les filles !*, Seuil, Paris, 1992.

[92] Gael Mme., *La femme médecin, sa raison d'être du point de vue du droit, de la morale et de l'humanité*, E. Dentu, Paris, 1868.

médecine de genre. Certaines voix, minoritaires, parmi lesquelles Ange Guépin, médecin nantais partisan de l'instruction des jeunes filles, défendaient la totale compétence des femmes à l'exercice de toute la médecine, dans les mêmes conditions que les hommes[93]. Le débat alors se situait essentiellement à ce niveau, et il est assez significatif de la façon dont les femmes ont investi la profession. En effet, elles ne se sont pas directement désignées comme les concurrentes des hommes, mais sont arrivées en pratiquant une médecine différente : autres populations, mais aussi autres lieux (beaucoup ont travaillé dans la recherche et en laboratoires) et autres statuts (salariés) que ceux traditionnellement occupés par les médecins.

Ces femmes, issues de milieux sociaux favorisés, étaient fortement encouragées par leurs pères ou leurs maris et n'ont pas bousculé outre mesure les représentations médicales puisque, une fois acquit leur droit à étudier et à pratiquer la médecine, elles n'ont pas fait beaucoup parler d'elles. Ce fut plutôt le nombre élevé d'étrangères parmi les étudiantes en médecine qui entraîna leur stigmatisation[94]. La scolarisation des jeunes filles en France rendait difficile l'accès aux études supérieures, mais le prestige de la médecine française attirait les étrangères : la première femme à réussir le concours de l'internat en 1887 était Américaine. Si les femmes ont profité du départ au front de leurs frères et cousins pour investir les facultés de médecine durant la grande guerre[95], elles représentaient 15 % des étudiants en médecine parisiens en 1935 et elles étaient sans doute moins nombreuses en province. Leur croissance fut lente et peu menaçante : « elles s'orientent infailliblement vers la puériculture ou le mariage, par lequel elles sortent de la médecine et rentrent dans le cadre commun. La nature se venge d'avoir été refoulée. Aussi bien il faut dire qu'elles ont, en général, assez peu de succès de clientèle »[96].

Durant les trente années qui suivirent la deuxième guerre mondiale, la proportion de femmes en médecine augmenta tranquillement, mais comme les étudiants en médecine

---

[93] « Je constate que des femmes, malheureusement de peu de capacités, exercent dans l'Ouest la pharmacie ; je constate que d'autres exercent, le plus grand nombre avec charité, avec autant de dévouement que mes confrères des campagnes, de jour et de nuit, la rude profession de médecin ; et j'en conclu que les choses n'en iraient pas plus mal si elles avaient étudié les sciences naturelles et physiologiques, de manière à être à la hauteur de la mission à laquelle elles se consacrent [...] La question pour moi n'est nullement de savoir si les femmes sont capables d'exercer la pharmacie et la médecine, mais de savoir s'il ne serait pas juste et moral de les soumettre, comme les hommes, à la formalité d'un diplôme accordé après les mêmes études et les mêmes examens, ou des épreuves équivalentes ». Lettre adressée à Mme Gael par M. le Docteur Guépin le 12 janvier 1867. Dans Gael Mme., *La femme médecin, sa raison d'être du point de vue du droit, de la morale et de l'humanité*, E. Dentu, Paris, 1868, p. 54-56.

[94] Vergès B., Le *monde des médecins…*, *op. cit.*, p. 62 et suiv.

[95] L'augmentation était pourtant réelles, elles représentaient 6 % des étudiants en médecine en 1913 à Paris, 20 % entre 1915 et 1919, puis 10 % de 1919 à 1929.

[96] Dr. Lucien Nass, « Les femmes médecins », *La Vie médicale*, 2 novembre 1923, cité par B. Vergès, *Le monde des médecins…*, *op. cit.*, p. 63.

voyaient globalement leurs effectifs croître, cette arrivée s'est faite silencieusement, n'entamant pas vraiment, ni les chances des garçons de réussir, ni la concurrence entre praticiens, hospitaliers ou généralistes libéraux.

Dans les années soixante-dix, l'instauration du *numerus clausus* de première année a plutôt desservi les femmes. Contrairement à un lieu commun encore vivace parmi les médecins, ce n'est pas par leur éclatante réussite à ce concours qu'elles se sont imposées. Les quelques données que nous avons récoltées concernant les réussites des femmes au concours de première année ne confirment absolument pas la thèse de la prédisposition féminine aux épreuves. Bien au contraire : alors que les facultés de médecine accueillent un nombre croissant d'étudiantes, les données comparées des deux premières années sont sans appel : depuis la mise en place du concours de première année, la seconde année compte toujours moins de femmes que la première année[97]. Celles-ci sont souvent bien représentées parmi les premières classées, mais globalement leur réussite est moins bonne. Et cette discrimination perdure encore aujourd'hui, puisque des données récentes du Ministère de l'Éducation Nationale montrent que les hommes inscrits en PCEM1 ont 1,5 fois plus de chances que les femmes d'accéder à la deuxième année de médecine, « toutes choses égales par ailleurs »[98]. Il semble que la réduction des chances pour tous d'accéder à ces études se combinant avec l'accélération de la féminisation, aient alimenté cette croyance, à partir d'une mise en concurrence entre hommes et femmes dont les dernières seraient sorties victorieuses parce que plus nombreuses. À la fin des années quatre-vingt, il y avait déjà 50 % de femmes arrivant en facultés de médecine[99] et elles ne représentent la moitié de la population médicale active que depuis 2009.

La réforme de l'internat de spécialité présentait une opportunité pour étudier les discriminations de genre, propres au concours. Car le concours de l'internat de spécialité s'est montré, lui aussi, préjudiciable aux femmes. Là encore, les chiffres contredisaient les discours, puisque les représentations qui prévalaient à l'époque étaient que les femmes « écrasaient » les hommes. Il faut pourtant, pour comprendre le mécanisme qui opère, s'attarder un peu sur son fonctionnement.

---

[97] Ce n'était pas le cas les années précédentes. A titre d'exemple, en 69-70, il y avait 33,4 % de femmes en PCEM1, et l'année suivante, 35,4 % en PCEM2. En 72-73, alors que le concours est installé dans toutes les facultés, les femmes représentaient 38,2 % des PCEM1 et l'année suivante, 36,5 % des PCEM2. Ce reflux s'est maintenu et contribue au freinage de la féminisation dès l'entrée en faculté.

[98] M Guillerm M. et Tomasini M., « Devenir des bacheliers deux ans après leur première inscription en première année de médecine : réussite et réorientation », *Note d'Information 07.12*, MENESR, avril 2007.

[99] Les femmes médecins représentent 50 % de la population médicale active en 2010.

L'internat de spécialité, nous l'avons vu, s'est substitué à deux procédures de spécialisation[100] : l'internat de CHU et les certificats d'études spéciales (CES). La première voie était très majoritairement choisie par les hommes, puisqu'elle préparait à des spécialités fortement masculines : toute la chirurgie et les spécialités médicales techniques, comme la cardiologie ou la gastro-entérologie par exemple. Les CES étaient beaucoup plus féminisés et préparaient à des spécialités médicales qui se pratiquaient plus souvent en milieu ambulatoire (gynécologie médicale, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie médicale etc.). En fait, les CES avaient progressivement absorbé le surplus des inscrites en médecine de l'après-guerre en proposant une voie à la spécialisation qui passait outre la qualification hospitalière, et pouvait mener au salariat (médecins scolaires, du travail, de PMI etc.)[101].

*Généralistes, « toutes » ?*

En l'espace de très peu d'années, le mouvement s'est inversé, non pas concernant les médecins eux-mêmes, mais les orientations des étudiants. Dans l'étude que nous avons menée sur trois facultés de médecine, 40 % des femmes de la promotion juste avant la réforme étaient généralistes, alors que deux ans après, elles étaient 80 %. Si progressivement, cette forte augmentation s'est atténuée, la tendance majoritaire s'est durablement confirmée : les femmes étaient devenues majoritairement généralistes, alors qu'elles étaient, avant, majoritairement spécialistes. Ce résultat venait en fait contredire « l'éclatante réussite » des femmes au concours, sauf à penser (ce qui fut largement affirmé d'ailleurs) qu'elles « préféraient » désormais la médecine générale. Le discours portait sur un double constat : la médecine générale, choix par défaut et par l'échec, est plus dévalorisée que jamais et les femmes s'orientent vers la médecine générale. Au registre de la dévalorisation, il n'était pas impossible de trouver aussi la preuve de la dévalorisation de la médecine générale par sa soudaine attractivité pour les femmes, tout autant que la raison de cette dévalorisation par son occupation par les femmes. Une association qui vaut pour un grand nombre de professions et que les sociologues s'emploient pourtant à démonter[102]

Ce brusque retournement des orientations féminines montre qu'un processus sélectif peut entraîner une recomposition structurelle en jouant sur plusieurs niveaux.

---

[100] Hors qualification par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui s'obtenait en général en cours de carrière.

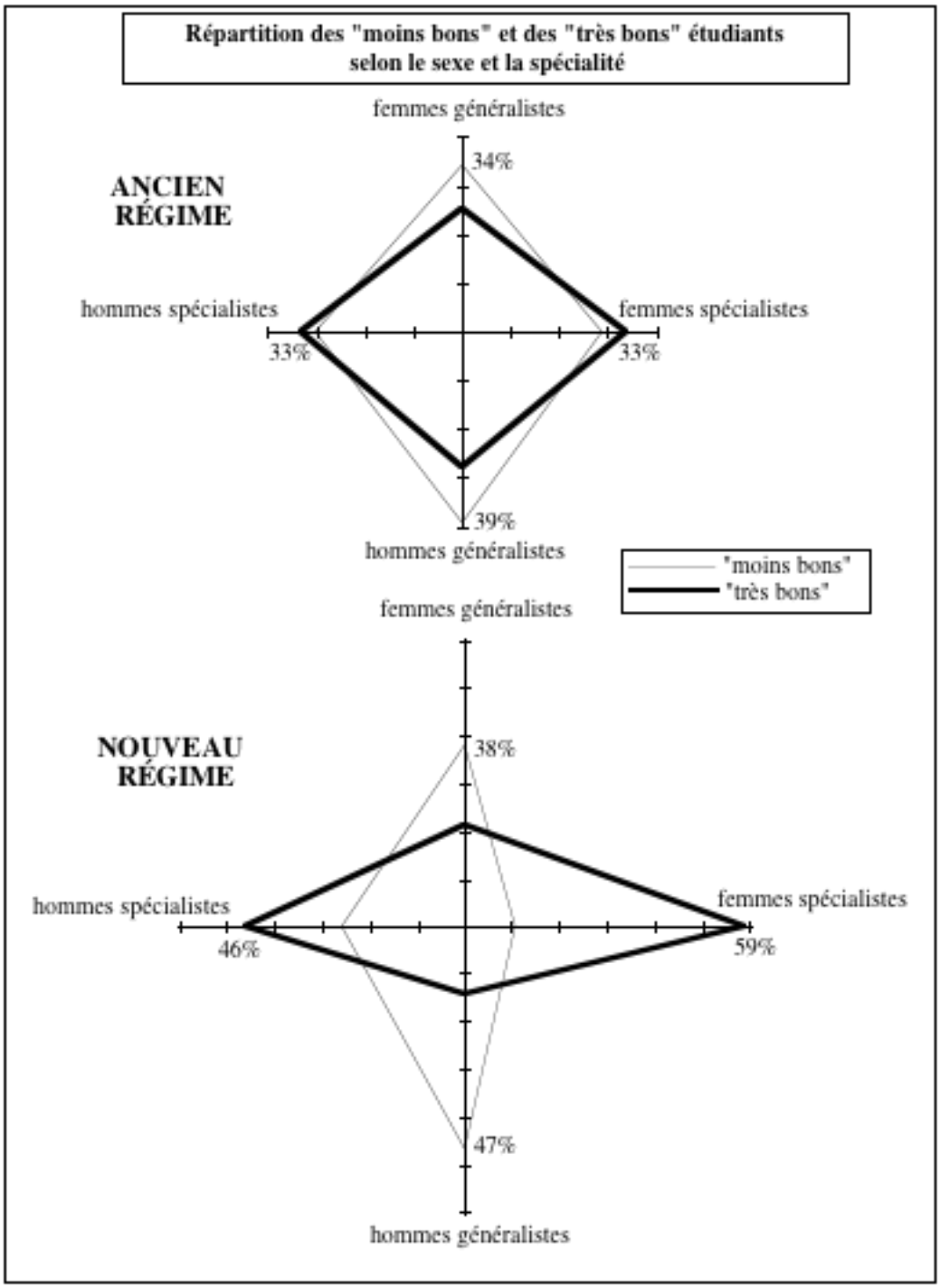
[101] Paicheler G., « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ?, dans Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Editions de l'ENSP, Rennes, 2001, p. 179-196.

[102] Ce que fit récemment Nathalie Lapeyre en comparant la féminisation de la médecine générale à d'autres processus de féminisation, en particulier dans les professions libérales, avocats ou architectes. Lapeyre N., Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?, dans Bloy G. et Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010, p. 365-378.

En premier lieu, la sélection opérée par le concours n'est pas qu'une sélection brute. C'est une discrimination qui se fait par étapes, qu'il faut suivre pas à pas et montre ce que nous avons qualifié d'effet d'entonnoir. Ainsi, sur 100 étudiants du nouveau régime d'internat (NR), nous avons mesuré, pour les hommes et pour les femmes, combien se sont inscrits, combien ont été classés, puis reçus, puis ont choisi une des deux filières les plus renommées de spécialités médicales ou chirurgicales. On voit alors que chaque étape ne discrimine pas de la même façon les hommes et les femmes. Cependant, au-delà d'une auto-élimination qui se manifeste par l'inscription au concours, c'est au cours de celui-ci que l'écart se creuse. Si l'on ne considère que les premières promotions de ce régime, à un moment où le système commençait à être rôdé, au début des années quatre-vingt-dix, on remarque que les hommes et les femmes s'inscrivent dans les mêmes proportions à l'internat de spécialité, mais que, au final, 67 % des hommes et 60 % des femmes sont classés.

Comment expliquer un tel décalage, contradictoire avec la bonne réussite de ces jeunes filles aux résultats des examens universitaires ? Les notes relevées chaque année des étudiants de notre échantillon nous ont permis d'élaborer un classement en trois groupes selon leur excellence à la faculté. Celui-ci permet de comparer les chances d'accéder à la spécialité des hommes et des femmes selon le régime de sélection et leur réussite universitaire.

Le nouveau régime, en imposant un concours à tous pour l'accès à l'internat de spécialité, a produit des différenciations fortes entre les hommes et les femmes et distordu les chances de chacun d'accéder à une spécialité. Globalement, les « meilleurs » étudiants devenaient plus souvent spécialistes dans le nouveau régime et les femmes semblaient, quelle que soit la promotion, obtenir de meilleurs résultats que les hommes. Selon toute logique, elles auraient dû accéder massivement à la spécialisation. Or il n'en est rien et le graphe de la page suivante illustre cet effet contradictoire. Il représente les « surfaces » couvertes par deux groupes contrastés d'étudiants : les « moins bons » et les « très bons », afin de visualiser les déformations structurelles des populations à l'issue de la réforme.




**Lecture** : Les quadrilatères formés figurent l'ensemble des "moins bons" et des "très bons" étudiants. Leur forme permet de comparer leur répartition au regard des deux critères que sont le sexe et la spécialité. Lecture : sous l'ancien régime, 39 % des hommes généralistes étaient parmi les "moins bons" étudiants, lesquels représentent 47 % des hommes généralistes du nouveau régime.

Sur le premier diagramme, les différences entre les deux groupes d'étudiants ne sont pas très importantes, signifiant ainsi que les performances universitaires interféraient peu sur le mode d'exercice futur (contrairement aux arguments avancés à l'époque pour modifier le système), et cela quel que soit le sexe des candidats. Après la réforme, on assiste à deux tendances contribuant à déformer le schéma. La première concerne le clivage

spécialistes/généralistes : on a un étirement horizontal de la « surface couverte » par les « très bons » sur l'axe des spécialistes et un étirement vertical sur l'axe des généralistes pour les « moins bons ». La deuxième concerne les variations par sexe. On constate alors que cette première tendance est accentuée pour les femmes spécialistes et les hommes généralistes : les femmes doivent être « meilleures » que les hommes pour accéder à la spécialité et, lorsqu'elles sont « moins bonnes », leurs chances de se spécialiser deux fois moins élevées que pour les hommes.

Il s'agit ici de sortir des faits pour avancer une interprétation qui ne va pas de soi. Les femmes ne sont pas moins combattantes ou plus pacifiques devant un système qui fait ressembler chaque candidat à un guerrier. Ce type d'explication ne convient pas pour deux principales raisons : la sélection par concours était déjà largement pratiquée dans des professions déjà féminisées, comme les professions de l'enseignement et les filières paramédicales. En second lieu, cette disparité s'est progressivement estompée. À la veille de la réforme suivante, au début des années 2000, les hommes et les femmes (nettement majoritaires dès le départ) avaient des chances égales de réussite au concours d'internat.

Cet effet doit être compris comme un phénomène plus conjoncturel que structurel, et mis en relation, non pas avec la capacité intellectuelle ou la motivation des uns et des autres, mais avec les choix de vie professionnelle et/ou personnelle qui y étaient associés.

L'ancien régime proposait aux étudiants trois voies principales et une voie secondaire d'orientation. Les trois voies principales correspondaient à deux pratiques médicales plus traditionnelles et à une pratique plus récente. Nous l'avons vu, les deux exercices plus classiques étaient, soit la voie hospitalière (voire hospitalo-universitaire) soit la médecine générale. L'une et l'autre pratiques étaient supportées par une organisation domestique qui réservait un rôle non négligeable à l'épouse de l'hospitalier comme du médecin de famille. L'exercice salarié ou les nouvelles spécialités médicales ambulatoires nécessitaient en général le passage par les CES, filière plus récente, universitaire et dès le départ féminisée.

La mise en œuvre de l'internat de spécialité n'offrait en revanche, plus que deux solutions : soit le concours (sur le modèle de l'internat des hôpitaux), soit la médecine générale. Les voies « féminines » étaient supprimées et seuls des modèles d'identification à une médecine alors massivement qualifiée de « masculine » étaient proposés. Cela permet d'expliquer la façon dont les femmes opéraient leurs choix et les justifiaient explicitement. Alors que les hommes se positionnaient entre l'une ou l'autre option avec une certaine aisance, les femmes avaient plutôt tendance à rejeter un modèle plutôt qu'adhérer à l'autre. Ainsi, elles

justifiaient leur présentation au concours par la crainte de pratiquer une médecine générale entravant leur vie de famille, les obligeant à des journées de 15 heures.

> *« Mais ce qui m'a fait en fait,* ***enlever l'idée de la médecine générale****, c'est aussi que les remplacements que j'ai faits, j'ai vu que c'est un métier, hyper difficile ! il faut être très disponible, (...) quand on a des enfants, c'est quasi impossible ! » (Femme biologiste)*
>
> *« En tant que femme, ma vie personnelle me tient beaucoup à cœur, donc, je savais que je voulais des enfants, que… **je m'orientais plutôt vers une vie stable de couple avec des enfants**, (...) si les conditions d'exercice étaient présentées comme ça en tout cas, je pense que je n'aurais pas pu, faire une croix sur ma famille au… enfin pour mon métier. » (Femme dermatologue)*

*A contrario*, elles renonçaient au concours pour se donner du temps, prendre de la distance avec les études et parfois même faire des enfants.

> *« Quand j'étais avec mon copain médecin, je lui ai dit : "**entre préparer l'internat et avoir une vie de famille**, je choisirai avoir une vie de famille". » (Femme généraliste)*
>
> *« Enfin à l'époque **j'aurais bien aimé faire de la dermato**. Le stage que j'avais fait en D1… bon D3 83-84 et D3 ben là il y avait plus d'espoir. Donc moi je me suis pas présentée à un examen en fin de D3 de façon à redoubler, et puis là-dessus j'ai commencé à pas mal travailler, (...) et puis (mon mari) est parti au service militaire, j'étais enceinte ; et puis voilà, **l'internat, je l'ai même pas présenté**. » (Femme généraliste)*
>
> *« Après **c'est plutôt des ennuis, je dirais familiaux qui ont fait que je n'ai pas passé l'internat**. Toujours pareil. (...) moi j'avais mon père qui était malade donc … et puis après qui est mort. Moi je me sentais un petit peu responsable, si vous voulez. » (Femme généraliste)*

Cette disparition brutale de la voie « féminine » de la médecine permet d'apporter des éléments d'explication au paradoxe de la faible réussite des femmes au concours. Les plus brillantes s'y engageaient en investissant dans une préparation associée à leur réussite universitaire, tandis que les moins brillantes y renonçaient rapidement. Les choix s'opéraient à ce moment-là moins sur des formes d'exercice du métier que sur les moyens d'y accéder.

Quelques années plus tard, à l'occasion d'une seconde étude sur les étudiants en médecine et leurs choix professionnels, les discours avaient évolué autant que les chiffres. Les femmes se destinaient à la spécialité dans les mêmes proportions que les hommes, et surtout, elles envisageaient une carrière hospitalière ou une pratique de médecine générale de façon positive. En quelques années, ces deux pratiques avaient soudainement revêtu des caractéristiques typiquement « féminines ». L'hôpital devenait un bon moyen de combiner une pratique à temps partiel avec une sécurité technique et professionnelle ; la médecine générale un mode d'exercice libéral « à la carte » où les options sont totalement ouvertes : compétences dans des domaines de prédilection (pédiatrie ou gynécologie), aménagement des horaires, installation à son rythme, travail en groupe, etc. Tout en reproduisant des modèles assez classiques des rôles « féminins » et « masculins », les professions qui y étaient associées avaient considérablement évolué et même parfois les arguments s'inversaient. Le modèle de la disponibilité permanente du médecin, en particulier généraliste, avait presque

disparu[103], remplacé par celui du « temps choisi ». Le médecin n'était plus au service total de la clientèle, mais disposait de la capacité à organiser lui-même les conditions de son exercice.

Les femmes n'ont pas été aidées dans leur conquête d'un milieu qui leur était ouvertement hostile. Lors de notre première étude, des plaintes masculines se faisaient volontiers entendre, dénonçant un système trop favorable aux femmes, occupant des postes sans en assumer les conséquences, puisqu'elles étaient enceintes durant leur internat. Pourtant, il a fallu plus de quinze ans pour arriver à une réelle égalité des chances entre les hommes et les femmes lors du concours.

*… aux hommes déserteurs ?*

Pourquoi les femmes ont-elles voulu, si nombreuses, investir la profession médicale ? En investissant les filières scientifiques, n'avaient-elles pas mieux à faire ? Si elles aimaient les mathématiques, les études longues et les concours, les Grandes Écoles d'ingénieur leur tendaient les bras et elles ne s'y sont pourtant pas précipitées.

Les femmes ne sont-elles pas tout simplement allées là où on leur faisait de la place ? Et si, comme pour la spécialisation, elles n'avaient pas vraiment eu le choix ? Et si cela correspondait aussi fondamentalement à une répartition des places des diplômés du supérieur sur le marché de l'emploi ?

Il est difficile d'affirmer que les femmes ont occupé le terrain en médecine, puisque les faits, là encore, prouvent le contraire. Si leur nombre relatif a augmenté, elles n'ont pas, pour autant, « pris la place » des hommes. Ces derniers ont vu leur part diminuer certes, mais le nombre absolu des hommes inscrits en médecine n'a pas baissé durant de longues années. Tout s'est passé comme s'ils avaient déjà « fait le plein ». Et comme nous avons constaté que la majorité féminine ne s'est pas constituée en battant les hommes sur leur propre terrain, il faut bien faire le constat que les hommes ont déclaré forfait les premiers. La médecine serait donc devenue un métier de femmes, non seulement parce que les femmes y sont allées, mais aussi (surtout ?) parce que les hommes l'ont déserté.

Il convient de replacer ce mouvement dans le contexte de la répartition des places sexuées des hommes et des femmes sur le marché de l'emploi des catégories sociales supérieures. L'arrivée des femmes sur le marché du travail qualifié est une aubaine pour ces catégories, puisque cela leur permet de diversifier leurs positions dans un contexte d'augmentation

---

[103] Lapeyre N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, vol. LIX, n°1, p. 59-81.

massive des postes d'encadrement. La prise des pouvoirs nécessite d'augmenter les troupes et les femmes sont alors les bienvenues.

De leur côté, les femmes ne seraient-elles aptes qu'aux fonctions de soin ? Pas vraiment, car nos entretiens montrent des jeunes femmes ni plus ni moins « humanistes » dans leurs motivations que leurs confrères et elles semblent bien goûter au challenge intellectuel et à la griserie de la compétition. Pourtant, les femmes médecins sont toujours assez traditionnelles et elles ont tendance à avoir plus d'enfants que les autres femmes de niveau d'études équivalent[104], ce qui place leurs choix autant dans une perspective familiale et conjugale que professionnelle. Ainsi, les moindres revenus des femmes libérales par rapport à leurs homologues hommes, sont liés à des temps de travail plus réduits, n'altèrent pas leur niveau de vie[105], très proches chez les hommes et les femmes médecins libéraux.

Si l'on quitte la sphère purement médicale, et que l'on se place au niveau des stratégies des femmes issues des catégories sociales supérieures et sortant de filières scientifiques, on s'aperçoit que la situation des femmes médecins est nettement meilleure que celle des femmes cadres. Catherine Marry[106] a bien montré les difficultés des jeunes femmes ingénieurs à concilier un projet de carrière avec celui de leur mari. La mobilité géographique et la disponibilité des cadres supérieurs rendent difficile l'organisation conjugale : non seulement les journées sont lourdes, mais les plans de carrière peuvent rapidement séparer un couple. De ce point de vue, la profession médicale apparaît comme la profession idéale pour une femme qui a fait des études supérieures et qui compte bien exercer une activité professionnelle toute sa vie. Contrairement aux représentations majoritaires dans les rangs des universités il y a vingt ans, aujourd'hui une femme médecin peut avoir des périodes de plus ou moins grande activité sans perdre en revenu de base ni en qualification, elle peut changer de région et même se rendre temporairement moins disponible durant les premières

---

[104] Les femmes médecins ont un taux de fécondité des plus élevés parmi les professions supérieures : 2,05 parmi les spécialistes, 1,91 pour les généralistes libérales et 2,07 chez les salariées. Les femmes cadres ont un taux de fécondité beaucoup plus bas (1,47 dans la fonction publique et 1,34 dans les entreprises). Elles se situent même au-dessus de la plupart des autres professions libérales, dentistes (1,64), architectes (1,73) et autres libéraux (1,41), vétérinaires (1,70) à l'exception des pharmaciennes (1,94) dont elles sont plus proches. Seules les agricultrices et les catégories les moins qualifiées ont des indices de fécondité supérieurs à 2 enfants par femme. Toulemon L., Pontone S., Brouard N., « Forte différence de fécondité entre hommes et femmes parmi les médecins spécialistes et les autres professions de cadre », Colloque de l'AIDELF, *Population et travail : Dynamiques démographiques et activités*, 18 au 23 septembre 2006, p. 345-363.

[105] Le niveau de vie est calculé par rapport aux revenus de l'ensemble du ménage, il montre que les femmes médecins vivent avec des hommes gagnant en moyenne plus qu'elles, au contraire des hommes. Attal-Joubert K., Legendre N., « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », DREES *Etudes et résultats*, n°578, juin 2007.

[106] Marry C., *les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*, Belin, Paris, 2004.

années de sa carrière[107], aménager un temps de travail lui permettant des revenus très corrects, même à temps partiel, moduler des activités de nature diverse selon ses propres décisions. Finalement, une femme médecin apparaît comme l'épouse idéale de l'homme ingénieur autant que de l'homme médecin. Un schéma conjugal qui peut être considéré aujourd'hui comme archétypique des jeunes générations. On a ainsi vu les schémas conjugaux de médecins passer de l'homme praticien et la femme au foyer, à la femme praticienne et l'homme occupant des responsabilités dans le secteur économique, en passant par le modèle intermédiaire, qui était le couple de médecins. Certes, tous les cas de figure coexistent aujourd'hui, mais ces reconfigurations étaient moins probables il y a une trentaine d'années.

La féminisation de la médecine permet d'interroger les rapports existant entre les mondes du soin et les mondes de l'économie. Il y a un demi-siècle, les médecins représentaient une catégorie savante et notablement identifiée. Leur pouvoir leur procurait une aisance culturelle faisant autorité dans les cercles qu'ils fréquentaient, leur permettant de briguer des mandats électifs avec une légitimité assurée[108]. Avant tout, ils étaient des professions indépendantes, gérant dans l'intimité du « colloque singulier » un commerce dont l'enjeu n'était pas moins que la vie elle-même laquelle n'a « pas de prix »[109]. Les médecins ont mis beaucoup d'énergie à ne pas être rangés dans le rang des « commerciaux » et à placer leur exercice au registre des services non-marchands [110]. On est donc assez loin des métiers du commerce ou de la finance, ou encore des métiers techniques des ingénieurs, qu'ils soient spécialisés dans l'informatique ou dans la communication. Or, si l'origine sociale des jeunes médecins montre une très grande stabilité dans le temps du point de vue des catégories supérieures, la surreprésentation des enfants de petits indépendants est à la baisse, pendant la part des catégories intermédiaires salariées sont à la hausse[111].

Les femmes semblent donc avoir pris un relais, qui a contribué à leur bonne insertion sur le marché du travail, tout en adaptant les conditions d'exercice d'une profession libérale à leur mode de vie et à leurs choix familiaux. De ce point de vue, si elles exercent dans des filières

---

[107] Le nombre de jeunes médecins qui augmentent leurs périodes de remplacements est en constante augmentation.

[108] Herzlich C. et alii, *Cinquante ans d'exercice de la médecine …*, *op. cit.*

[109] Le thème de l'indépendance était très présent dans les entretiens que nous avons réalisés avec les plus anciens médecins, mais beaucoup moins auprès des plus jeunes.

[110] Damane D., « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *op. cit.*, p. 46.

[111] Les pères cadres supérieurs et professions libérales représentent autour de 45 % des médecins, tous âges confondus, les petits indépendants sont passés de 18,5 % à 12% (conformément à l'ensemble des actifs) et les catégories intermédiaires de 15% à 19,7 % (au-dessus de l'ensemble des actifs). Breuil-Genier P., Sicard D., « L'origine sociale des professionnels de santé », DREES *Etudes et résultats*, n°496, juin 2006.

moins rentables et moins prestigieuses que les hommes[112], elles semblent en même temps contribuer à une réorganisation des rôles sociaux autant que domestiques parmi les catégories les plus favorisées, voire en ayant permis aux hommes de leur milieu de prendre place dans des postes qui requièrent une disponibilité moins négociable. Les Classes préparatoires aux grandes écoles, dont le recrutement est aussi élitiste que les facultés de médecine, montrent en revanche une féminisation en panne dans les filières scientifiques[113]. Ne cherchons plus, les hommes sont là.

Nos observations des mécanismes de choix lors de l'amphi de garnison nous ont permis de tester cette reconfiguration des rôles. Si les hommes et les femmes semblaient, dès lors qu'ils formaient un couple de médecins, prêts à discuter (parfois âprement) les préférences de l'un ou de l'autre, nous n'avons pas vu beaucoup d'hommes faire un choix de mobilité géographique pour rejoindre une épouse déjà professionnalisée dans une autre ville. Ce cas de figure s'est, en revanche, fréquemment rencontré concernant les femmes. Celles-ci faisant des études particulièrement longues, leurs époux, même s'ils font une école supérieure, sont en général les premiers stabilisés et commencent leur carrière professionnelle avant qu'elles n'entament leur troisième cycle. La mobilité de jeunes cadres en début de carrière est souvent contrainte et leur laisse peu d'espaces de liberté, en dehors de changements choisis, s'ils ne fragilisent pas leur carrière. Celles de leurs épouses, si elles sont médecins, deviennent en revanche plus aisément négociables, à l'exception de la période de l'internat. La lutte pour le maintien de la liberté d'installation doit aussi, aujourd'hui, se comprendre selon de telles logiques, contribuant à maintenir un « ordre social familial »[114].

L'attirance des femmes pour la médecine est donc une question relativement exemplaire pour le sociologue. Car elle ne s'explique que du point de vue que l'on adopte. Si l'on argue pour la domination masculine, on montrera aisément que ces femmes sont « cantonnées » à des sous-rôles sociaux que représentent, entre autres, ceux du soin. Si l'on veut prouver qu'elles jouent aujourd'hui un véritable rôle et accèdent aux plus hautes fonctions d'un domaine où elles étaient jusque-là largement dominées, la réussite éclatante des femmes médecins tiendra lieu de démonstration. Une troisième voie (qui n'est d'ailleurs pas exclusive des deux autres, mais qu'il ne faut pas négliger) consiste à replacer cette féminisation et ces

---

[112] Situation qui leur est pourtant plus favorable que celle des femmes cadres et dirigeantes d'entreprises. Cf. sur ce sujet : Blanchard S., Le Feuvre N., Metso M., « Les femmes cadres et dirigeantes d'entreprise en Europe. De la sous-représentation aux politiques de promotion de l'égalité dans la prise de décision économique », Caisse nationale des Allocations familiales, *Informations sociales*, n°151, 2009/1, p. 72-81.

[113] Merle P., « Les transformations socio-démographiques des filières de l'enseignement supérieur de 1985 à 1995. Essai d'interprétation, *Population*, vol. 51, n°6.

[114] Bozon M. et Héran F., *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, La découverte, Paris, 2006, p. 13.

« choix de femmes » dans un contexte plus général de répartition des rôles et des places des diplômés du supérieur sur un marché en perpétuel mouvement. Ce point de vue permet de quitter celui d'une vision limitée à une « branche » pour penser un système d'alliances (au sens propre et au sens figuré) entre les champs d'exercice des pouvoirs. Il permet aussi d'illustrer ce que Margaret Maruani a montré à une plus grande échelle : « entre femmes, les écarts se creusent et les inégalités se renforcent »[115]. Cela nous conduit à aborder une autre perspective de la question, liée à la féminisation mais moins directement, à savoir la désignation des catégories sociales censées porter le projet médical.

*La médecine change-t-elle de genre ?*

Une des obsessions du système de formation médical est de pouvoir toujours justifier la légitimité de ses évaluations. En particulier, le système des concours a été modifié dans le sens d'une anonymisation des épreuves, afin d'éviter le privilège souvent dénoncé des dynasties médicales. Peu de secteurs sont autant animés de cette volonté de laver de tout soupçon de népotisme la communauté hospitalo-universitaire. La forte reproduction intergénérationnelle des artisans, et encore plus des agriculteurs, ne provoque pas tant d'émotion. En revanche, lorsque les facultés de médecine produisent des analyses des critères de réussite au concours de PCEM1, seuls les déterminants scolaires, alliés aux préparations privées (qui favorisent, évidemment, la réussite), sont mentionnés. Aucune référence à l'origine sociale des étudiants ne vient perturber la belle égalité offerte par ces concours anonymes.[116]

Qu'en est-il dans la réalité ? Il est très difficile de vraiment comparer les secteurs car nous ne disposons pas de données permettant des comparaisons statistiquement fiables, mais, il est possible de tenter de comprendre ces évolutions du point de vue de la communauté médicale.

L'enquête conduite par Herzlich sur les médecins retraités permet de fournir une première approche de la question[117]. Elle montre trois phénomènes. Parmi les médecins ayant débuté leur carrière avant 1945, la reproduction sociale était très forte, avec un nombre très élevé de pères exerçant une profession libérale (entre 1/5 et 1/3), y compris des médecins. Surtout, cette profession apparaissait très fermée aux catégories les plus modestes, en particulier les agriculteurs et les ouvriers. Le deuxième phénomène est un début d'ouverture parmi les étudiants ayant débuté leurs études après 1945, jeunes retraités au moment de l'enquête et

---

[115] Maruani M., *Travail et emploi des femmes*, La découverte, Paris, 2003, p. 43.

[116] Flahault E.-T., Couturier P.-L., Chatellier G., « Critères de réussite en première année de médecine (PCEM1) à Paris V, *La revue du praticien*, vol. 56, septembre 2006, p. 1513-1520.

[117] Herzlich C. et alii, *Cinquante ans…* p. 32-34.

dont les origines sont plus diversifiées, en particulier moins souvent issus de milieu médical (8,33 % d'enfants de médecins contre 15,23 % pour la promotion 1940-1944). Enfin, les femmes médecins sont très fréquemment filles d'un cadre supérieur, mais moins souvent filles de médecin, ce qui montre une ouverture sociale différente accompagnant l'arrivée des femmes en médecine, liée au soutien des études supérieures féminines plus qu'à une tradition familiale.

Les entretiens menés auprès de médecins de générations différentes ont fait apparaître un profil en voie de disparition, celui du « médecin malgré lui », embarqué dans ses études par le poids de la tradition familiale. Les plus jeunes, au contraire, disaient les réticences de leurs parents médecins à les voir s'engager dans le même métier qu'eux. Un discours clivant selon les genres, puisque ce retournement concernait exclusivement les hommes. Les jeunes femmes en revanche représentaient plus fréquemment des sujets de fierté dans leur famille, y compris si leur mère était médecin. Le prestige de la médecine semblait intact parmi les autres catégories sociales supérieures, en particulier les enfants d'enseignants ou de cadres de la fonction publique. De façon très intuitive et en nous basant surtout sur des données qualitatives, il semblait désormais au moins aussi facile pour un fils ou une fille de professeur du secondaire ou du supérieur de réussir le concours de première année, surtout s'il comptait parmi ses proches un ou plusieurs médecins susceptibles de lui transmettre les règles du jeu. Sa conformité scolaire et les encouragements familiaux faisaient le reste.

Cette observation mérite une attention particulière car elle s'articule, à notre sens, avec la féminisation. Celle-ci pourrait avoir une vertu insoupçonnée en permettant le maintien de fonctions médicales occupées par des membres des familles des catégories sociales supérieures, cadres et fonctionnaires compris, sans pour autant mobiliser exclusivement les fils. Cette diversification est d'importance, dans un contexte où il ne s'agit pas tant de constituer ou de reproduire des familles de médecins ou même des dynasties, mais d'assurer une représentation familiale dans la profession. Les femmes peuvent occuper cette fonction, afin de ne pas laisser les familles en butte avec une corporation aisément dominante, en particulier en situation de faiblesse, c'est-à-dire de maladie. Nous verrons plus loin l'importance de disposer de réseaux sociaux proches du milieu médical dans la négociation en cas de maladie, un capital social qui a été souvent mis en avant par les chercheurs. Disposer d'un médecin dans la famille permet donc de se prémunir, individuellement, du risque de domination médicale. Certains de nos interviewés se sont d'ailleurs très clairement exprimés dans ce sens.

Par ailleurs, cette tendance montre une évolution intéressante de la population elle-même, qui laisse une place non négligeable aux enfants d'enseignants. Si l'accès direct des classes populaires et moyennes à la médecine reste difficile, le passage par une génération intermédiaire proche de l'institution scolaire devient en revanche un atout. Or les professions libérales et les enseignants ne sont pas particulièrement proches culturellement, alors que leurs enfants se retrouvent favorisés pour exercer un même métier. Cette évolution nous semble aller dans le sens d'une tendance, que l'on perçoit plus d'ailleurs dans les discours que dans les chiffres, à une ouverture des représentations professionnelles vers une conception du métier qui se rapproche du service public. Nous reviendrons plus loin sur cette hypothèse qui fait une part aujourd'hui significative à des représentations professionnelles subordonnées à un projet global de santé publique et moins attachées à une pratique individuelle. Une évolution qui est cependant différente des tendances observées dans les années soixante et soixante-dix, venant des étudiants d'origines intermédiaires et populaires. Ceux-ci étaient plus militants, revendiquant un exercice salarié et défendant une égalité sociale et sanitaire. Les étudiants d'aujourd'hui qui ne se réclament pas d'une tradition libérale ne sont pas pour autant révolutionnaires. Ils seraient plutôt « fonctionnaires » dans le sens où ils sont prêts à penser leur métier par rapport à des bonnes pratiques assez normatives. L'*Evidence-Based Medicine*, les Références Médicales Opposables et autres standards ont spontanément leurs faveurs.

Cet affaiblissement du modèle libéral apparaît dans un mouvement lié aux effets directs de la réforme de 2005 instituant l'internat de spécialité en médecine générale. Cette réforme a contribué à la reconfiguration des rapports de force entre syndicats d'internes, puisque le plus puissant d'entre eux est aujourd'hui celui des généralistes (l'ISNAR-IMG) et qu'il compte environ 70 % de jeunes femmes. Lors de leur dernier congrès national, en 2010, ces internes ont formulé auprès du ministère des revendications claires : une limitation de leur temps de travail à 50 heures par semaine maximum, le respect de leurs deux demi-journées de formation, une procédure de choix spécifique pour les internes enceintes. Par ces revendications, ces jeunes femmes (et hommes) contribuent à casser le mythe de l'interne corvéable à merci et ne comptant pas ses heures. Par ailleurs, ils ont clairement manifesté leur réticence à pratiquer une médecine libérale rémunérée à l'acte. Alors que leurs aînés sont atterrés de constater que les jeunes médecins généralistes ne veulent plus reprendre leurs cabinets et brandissent le risque grandissant de déserts médicaux pour réclamer une augmentation de leurs tarifs, les plus jeunes réclament haut et fort un autre mode d'exercice, plus collectif et un mode de rémunération qui leur permette de s'investir, par exemple, dans des opérations de prévention. Si les femmes ont porté, un temps, la responsabilité d'une

rupture dans le modèle de la disponibilité permanente propre aux médecins, c'est de concert que les jeunes hommes et les jeunes femmes aujourd'hui, s'en détournent.[118]

Cette évolution, qui passe par les femmes mais qui est aussi portée par les jeunes hommes, apparaît comme une conséquence directe des modifications procédurales de l'accès aux spécialités médicales. Ce mouvement de contestation n'est pas nouveau, mais les jeunes généralistes, peu syndiqués, avaient peu de moyens de faire entendre leur voix. Formés maintenant dans les hôpitaux, disposant d'une force reconnue à égalité face aux internes des spécialités médicales et chirurgicales, ils font savoir soudainement leur position, qui entre en totale contradiction avec celle des plus anciens, lesquels brandissent le « colloque singulier » comme ultime rempart contre ces tentatives juvéniles de socialisation de la médecine. Un argument qui touche moins les jeunes générations, plus soucieuses de s'intégrer dans un mode de vie plus régulé que de s'isoler dans le secret de leurs cabinets.

[118] Une étude réalisée pour le Conseil national de l'ordre des médecins auprès des jeunes praticiens montre clairement une gestion du temps qui rompt avec les pratiques « classiques » des médecins, mais sans pour autant bouleverser l'ordre des rôles domestiques. Robelet M., Lapeyre-Sagesse N., Zolesio E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*, note de synthèse pour le Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2006.

## Conclusion de la première partie : Une reproduction médicale assistée ?

En 2010, il n'y a plus qu'un seul concours durant les études de médecine et il a lieu en fin de première année. Il détermine le rang de classement des étudiants qui pourront ensuite choisir entre une formation médicale, odontologique, pharmaceutique ou maïeutique[119]. Il n'y a plus de concours d'internat, les premiers concours hospitaliers ont lieu une fois le cycle universitaire terminé, pour l'accès à un poste de chef de clinique (et « accessoirement » l'autorisation d'une tarification des futurs actes privés en secteur 2). Ce déplacement de la place du concours n'est pas anodin, il accompagne une modification de la population des « élus », à la fois d'un point de vue structurel et d'un point de vue symbolique, mais aussi le rapport de forces entre « la profession »[120] et les pouvoirs publics, selon leurs propres politiques et orientations économiques et sociales.

L'État a toujours été l'employeur des internes et il a toujours délivré les diplômes. Que la formation médicale soit divisée entre l'internat et l'université n'a jamais signifié que les pouvoirs publics aient lâché leur emprise sur l'un ou sur l'autre. Au contraire, tant que cette division a permis l'expansion de la médecine et son installation sur tout le territoire, cette dichotomie du système était plutôt rentable. Dès lors qu'il a produit une prolifération quasi « anarchique » des diplômes, des dépenses, des pratiques, il s'est simplifié par la normalisation[121].

Plusieurs mouvements peuvent alors être rapprochés.

- L'ensemble des choix procéduraux et quantitatifs sont réalisés par l'État, qui règle à la fois la répartition générale des places étudiantes dans les universités, et à la fois les postes d'internes dans les services spécialisés de chaque hôpital, déterminant le nombre de forme par région et par spécialité.

- Les étudiants sont formés à partir d'une même organisation, hospitalière, qui les socialise à une médecine protocolisée et collective. Le rejet des jeunes générations pour la pratique libérale isolée et pour le paiement à l'acte témoigne des effets de cette évolution.

- De nouvelles structures formatrices émergent dans le secteur privé. Les cliniques seront sous peu habilitées à accueillir des internes sous des conditions qui restent relativement opaques.

---

[119] L'ajout de la maïeutique date de 2002 et celle de la pharmacie de 2009. A terme, le projet de constituer des universités de santé devrait intégrer au L1 (réforme LMD oblige) la plupart des formations médicales et paramédicales de niveau supérieur au bac.

[120] Ces guillemets marquent une interrogation : qui « est » aujourd'hui « la profession » ?

[121] Nous employons ici le terme de « normalisation » dans le sens d'une « mise à l'équerre », autrement dit, une façon de « rentrer dans le rang ».

- Si les universités décernent les diplômes d'études spéciales et le Conseil de l'Ordre est encore officiellement habilité à accorder des compétences spécialisées[122], c'est l'examen classant qui détermine les conditions d'accès aux différents types d'exercice médical, les représentants de la profession n'ayant quasiment plus de zone d'influence sur cette question.

- Enfin, la féminisation, si elle s'opère dans le maintien des répartitions sociales des places de médecins, joue un rôle d'intermédiation entre un principe dynastique de reproduction et un principe plus bureaucratique d'allocation des places.

L'étude des modes de sélection et d'orientation des futurs médecins fait donc apparaître une réalité qui heurte l'idée que les médecins auraient un total contrôle de la reproduction de leur corps, qu'ils pourraient orienter selon leurs intérêts, essentiellement guidés par la conservation de leurs privilèges. Cela ne signifie pas non plus que ces réformes n'aient pas copieusement servi la population médicale, en particulier certaines franges qui y ont toujours trouvé le moyen de conforter leur pouvoir. Au contraire, ces évolutions se sont faites en allant toujours « dans le sens » de la méritocratie médicale, flattant l'institution de l'internat, privilégiant les concours comme méthode « égalitaire » de sélection, laissant à l'élite hospitalo-universitaire la totale liberté de l'usage de ses chaires.

On constate cependant que ces formes étant respectées, le réel pouvoir de structuration du corps est entre les mains de l'État, et l'on peut difficilement affirmer, à la suite de Freidson, que la profession médicale ait, une fois son monopole obtenu, pu s'affranchir de son contrôle sur sa propre reproduction.

Certes, le permis d'exercer que représente le doctorat est octroyé par les membres de la profession, *via* les universités, mais tout se joue avant, lors des concours et les examens classants, dont les règles sont établies en dehors de toute logique professionnelle. Quant à la législation relative aux conditions de recrutement, elle est toujours l'œuvre des pouvoirs publics, même si, dans l'ombre des cabinets ministériels, des représentants de la profession portent la plume, quand ce n'est pas le ministre de la santé lui-même qui en est issu. Pour autant, est-ce la profession médicale qui « a » le pouvoir ou le pouvoir qui « a » la profession médicale ? Qui pilote l'autre et pousse jusqu'à l'absurde ses propres logiques classantes pour les vider de leur sens ?

La reproduction du corps médical est donc tout sauf « naturelle » et même spontanée. Elle ne se génère pas d'elle-même, elle s'inscrit dans un jeu plus large de répartition des places socialement et économiquement valorisées, qui fait intervenir des rapports de force dépassant ceux des seuls professionnels de santé, et même des médecins face à l'État.

---

[122] Compétence qu'il n'exerce de fait quasiment plus.

La question de l'autonomie dont disposent les médecins pour recruter les membres de leur profession doit ici rester ouverte, car elle ne peut s'affirmer par la survivance de références élitistes valorisées par les segments dominants du groupe. Nous avons privilégié ici l'étude des liens, des contraintes, des reconversions de dispositif, de l'émergence de nouvelles normes. Mais ces liens s'exercent dans un contexte où la concurrence méritocratique forge aussi un fort sentiment de « droit à » exercer en toute indépendance une expertise si chèrement obtenue. Paradoxalement, le contrôle de l'État et son mode d'administration de la profession encouragent ces représentations de puissance et d'autonomie, chez les professionnels comme chez les « profanes ». Les zones de pouvoir accordées à la profession sont vastes, mais elles le sont aussi à la mesure de son zèle à servir les intérêts, non seulement de ses membres mais aussi (voire plus encore) de ceux que le pouvoir politique entend, lui aussi, favoriser.

Les rapports de force, qui opposent constamment la profession médicale et l'État autour des questions de recrutement et de reproduction du corps, permettent d'alerter sur l'inscription de la médecine dans une logique bureaucratique, qui s'est accélérée dès lors que la pratique médicale a détenu un réel pouvoir sur les corps. On y retrouve ce que Pierre Bourdieu a décrit comme « la loi fondamentale de *cette division initiale du travail de domination* entre les héritiers, rivaux dynastiques dotés de la puissance reproductrice, mais réduits à l'impuissance politique, et les oblats, puissants politiquement mais dépourvus de la puissance reproductrice : pour limiter le pouvoir des membres héréditaires de la dynastie, on recourt, pour les positions importantes, à des individus étrangers à la dynastie, des *homines novi*, des *oblats* qui doivent tout à l'État qu'ils servent et qui peuvent, au moins en théorie, perdre à tout instant le pouvoir qu'ils ont reçu de lui ; mais pour se protéger contre la menace de monopolisation du pouvoir que fait peser tout détenteur d'un pouvoir fondé sur une compétence spécialisée, plus ou moins rare, on recrute ces *homines novi* de telle manière qu'ils n'aient *aucune chance de se reproduire* (la limite étant les eunuques et les clercs voués au célibat) et de perpétuer ainsi leur pouvoir par des voies de type dynastique ou de fonder durablement leur pouvoir dans une légitimité autonome, indépendante de celle que l'État leur accorde, conditionnellement et temporairement, à travers leur statut de fonctionnaire. »[123].

[123] Bourdieu P., « De la maison du Roi à la raison d'Etat. Un modèle de la genèse du champ bureaucratique »., *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 118, n°1, 1997, p. 60.

# Deuxième partie :

# Les deux faces de l'indépendance médicale

*« N'est-ce pas finalement aux Pouvoirs publics que revient la charge de placer le médecin dans des conditions scientifiques, sociales et morales telles qu'il puisse exercer sa profession en « toute conscience » ce qui est bien la seule garantie valable que l'on puisse donner au patient ? »*

Louis Portes, *A la recherche d'une éthique médicale.*

Dans son ouvrage, *De la division du travail social*, Emile Durkheim développe l'idée que cette division est une condition de l'existence des sociétés industrielles, dans la mesure où elle assure leur cohésion. Il ne s'agit pas seulement d'une distribution des fonctions de chacun dans un objectif économiquement rationnel, mais aussi de la création d'un lien social qui produit des formes de solidarité entre les groupes contribuant à la structuration morale et hiérarchique de la société. Or, pour saisir cet effet normatif de la division du travail, Durkheim propose de « substituer au fait interne qui nous échappe un fait extérieur qui le symbolise et étudier le premier à travers le second ». Et il poursuit : « Ce symbole visible, c'est le droit. [...] Nous pouvons donc être certains de trouver reflétées dans le droit toutes les variétés essentielles de la solidarité sociale ».[124]

Le droit peut en effet être mobilisé par la sociologie pour interroger les structures visibles qui incarnent les valeurs sociales présidant aux rapports de travail. C'est ce que nous avons tenté de faire en étudiant, dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire rassemblant juristes et sociologues, le lien de subordination et ses évolutions dans le droit du travail, mais aussi dans les pratiques[125]. Un concept qui nous a permis d'explorer « les nouveaux visages de la subordination » tels qu'ils ont été mis en évidence par Alain Supiot[126], à partir de son analyse des évolutions d'un droit social qui ne permet plus de distinguer de façon aussi nette le travail salarié du travail indépendant. Cette dilution des frontières entre indépendance et salariat se manifeste d'un côté, par un mouvement *d'autonomie dans la subordination* et, de l'autre côté, *d'allégeance dans le salariat.* Or, le concept de subordination permet aussi de comprendre le paradigme à partir duquel s'est institué un contrôle des corps au travail, contribuant à la légitimité sociale et économique de la médecine en tant qu'institution chargée de veiller à leur entretien. Cette solidarité particulière qui lie la médecine au travail reste peu visible, puisque les praticiens n'y puisent aucune justification directe de leur acte. Pourtant le droit nous alerte sur ce lien particulier qui interroge aussi l'indépendance médicale, ou plus justement, ses dépendances. Ce sont ces rapports particuliers entre travail et santé, que nous interrogerons dans un premier temps.

L'autre face de cette indépendance concerne directement les médecins et la nature des liens qu'ils tissent avec leurs patients d'une part, et l'État, d'autre part. Comment définir la nature

---

[124] Durkheim E., *De la division du travail social*, PUF, Paris, (1930),1998, p. 28-29.

[125] Chauchard J.-P., Hardy-Dubernet A.-C. (dir.), *La subordination dans le travail. Analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans le travail*, les *Cahiers Travail et Emploi*, La Documentation Française, 2003.

[126] Supiot A., « Les nouveaux visages de la subordination », *Droit Social*, n°2, février 2000, p. 131-145.

du lien qui unit un médecin à son malade ? S'agit-il d'un contrat ? et quelle serait la nature de ce dernier ?

En France, l'activité du médecin est régie par un principe, largement inculqué durant les études de médecine et qui n'est jamais remis en question : le « colloque singulier ». Ce concept pourtant a une histoire, relativement récente, il a un usage, politique et économique, il a des effets, juridiques et éthiques. Il s'agit d'un paradigme de l'acte médical libéral qui vise à préserver le médecin de toute intrusion de tiers dans la relation qu'il noue avec son patient. À partir de l'étude de ce paradigme, il devient possible de voir comment, au fil des années, celui-ci sert de support à une évolution des règles de déontologie et des nouvelles formes de contrôle de l'activité des médecins, à la manière d'un argument qui se retourne contre son émetteur. On touche ici au cœur de ce que Freidson décrit comme le fondement même de la profession, c'est-à-dire l'autonomie qui, même limitée par des dépendances économiques ou contrainte par un statut hiérarchique, caractérise les prises de décision médicales.

## Chapitre IV : Le travail, la santé et le médecin

Le travail fait l'objet d'une législation qui prend ses racines dans le contrat de travail. Dérivé du latin *contrahere* (rassembler, réunir, conclure), le contrat est une « espèce de convention ayant pour objet de créer une obligation ou de transférer la propriété », il est aussi « parfois synonyme de convention : en ce sens et en tant que manifestation d'autonomie de la volonté individuelle s'opposant traditionnellement à "loi" et "jugement" ».[127] De ce modèle qui institue un rapport d'échange dans les relations de travail, est né un mouvement général de « contractualisation » qui, non seulement touche la sphère du travail, mais de nombreux champs de la vie sociale.[128]

En adoptant le prisme du contrat de travail, nous tenterons de comprendre comment la santé et le travail ont noué, en France, des liens étroits, tant d'un point de vue symbolique que pratique. Ces deux mondes semblent désormais intimement liés par un jeu de droits et d'obligations qui lient dans un rapport triangulaire l'État, ses travailleurs et ses médecins. Il ne nous semble pas possible, aujourd'hui, de penser la profession médicale sans tenir compte de la façon dont ses membres sont convoqués dans la régulation des rapports de travail. Des membres qui, eux-mêmes, peinent aujourd'hui à se situer en tant que travailleurs, indépendants dans leurs actes, souvent aussi dans leurs statuts, mais liés par des conventions à des tutelles qui limitent et contrôlent leur responsabilité, et face à des usagers qui, à travers leur médecin, s'adressent aussi à un service public.

Nous partirons, ici, du concept de subordination dans le travail. Cette notion présente l'intérêt d'avoir contribué à définir le salariat, mais surtout les conditions selon lesquelles un travailleur pourrait accéder à une médecine alors qualifiée de sociale, parce que gratuite. La mise en œuvre de ce concept permet de sortir la médecine de son cadre scientifique ou proprement soignant. Les fils qui lient travail et santé tissent une trame complexe que nous ne démêlerons pas ici mais que l'on peut tenter de caractériser à partir de deux points de vue : celui du droit, et tout particulièrement du droit social, et celui de la profession médicale, à travers ce qu'en disent ses membres et ses organisations professionnelles.

### *À l'origine du concept de subordination : un droit aux soins*

Le 9 avril 1898, après vingt années de débats parlementaires, est votée une *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail*, qui va nouer un lien

---

[127] Cornu G., *Vocabulaire juridique*, *op.cit.*, p. 200-201.

[128] Supiot A., « Un faux dilemme : la loi ou le contrat ? », *Droit social*, n°1, Janvier 2003, p. 59-71.

fort entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale[129]. Elle introduit l'idée qu'un accident survenu lors d'une activité de travail peut donner lieu à réparation, y compris si la faute de l'employeur n'est pas prouvée. Cela signifie que la réparation est liée au fait que l'activité s'est déroulée pour le compte d'autrui et que cette dépendance ouvre ce nouveau droit. Les modalités selon lesquelles celui-ci s'applique mettent directement en cause le statut du médecin, car celui-ci ne fixe plus lui-même et en direct avec son patient ses honoraires, mais il voit intervenir un tiers « payant » à la place du malade. Car les médecins n'ont pas encore d'accès à un statut salarié, ils restent en totalité des professions libérales, et même cette loi ne semble pas imposer une tarification bien contraignante[130], dans tous les cas indexée sur les tarifs préconisés par les organisations professionnelles. Le paiement des honoraires s'effectue alors de gré à gré et le statut du médecin n'est pas modifié.

Ce sont les lois sur les assurances sociales qui modifient réellement les règles du jeu[131]. La loi du 30 avril 1930 élabore une procédure qui fait entrer un tiers dans la relation médicale, en instaurant le principe d'une convention passée entre les syndicats professionnels et les caisses de secours mutuel. Alors que l'acte médical reste indépendant, les tarifs ne sont que « recommandés » et le praticien peut être choisi librement, une convention est passée entre les caisses de secours mutuel et le médecin, symbolisant la triangularisation de nouveaux rapports. Ainsi une personnalité de type bureaucratique est désormais impliquée dans la distribution des biens de santé, les médecins s'introduisent dans la relation de travail et le corps du salarié devient objet de tractations entre les deux autres parties. En outre, les incapacités couvertes ne sont plus directement liées au travail, mais à un ensemble d'événements de la vie : maladie, maternité, invalidité, vieillesse. Une couverture qui, enfin, ne concerne pas seulement le salarié mais aussi ses enfants et conjoints à charge, ses « ayants-droit ».

---

[129] Hesse P.-J., « Le nouveau tarif des corps laborieux : la loi du 8 avril 1989 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail », dans Le Crom J.-P. (dir.), *Deux Siècles de Droit du Travail, l'histoire par les lois*, Les éditions de l'atelier, Paris, 1998, p. 89-99.

[130] « Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires.[…] Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite », art. 4 de la loi du 9 avril 1898, reproduite dans *Deux Siècles de Droit du Travail…*, *op. cit.*, p. 100.

[131] L'assistance médicale gratuite faisait l'objet de certaines mesures depuis la fin du XIX$^{e}$ siècle, dévolues aux communes, dans le cadre de services d'aide aux indigents. Elle répondait à des objectifs politiques dont celui de freiner l'exode rural autant que de faciliter l'effort de production, mais elle n'était pas liée à une situation de travail. Ces dispositifs ont provoqué une inflation de la demande de soins qui montre la nécessité de répondre à une situation sanitaire déplorable des classes laborieuses du pays. Cf. Faure O. « La médecine gratuite au XIX$^{e}$ siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie et société*, vol.3, n°4, 1984, p. 593-608.

Ces lois montrent que la valeur d'un individu était directement liée, soit à sa position sociale, soit à sa rentabilité économique. Les médecins n'étaient pas étrangers à ces arguments, et ils en usaient à l'occasion pour faire valoir leurs propres intérêts. Ainsi, en 1923, alors qu'il cherche à convaincre les pouvoirs publics d'investir dans le traitement du cancer, le raisonnement de Bergonié illustre cette position : « Le cancéreux que nous voyons dans ces consultations [...] est ordinairement un sujet dans toute la plénitude de son activité. *Il a une valeur sociale relative quelquefois considérable* : c'est un père ou une mère de famille, un ouvrier habile, un agriculteur encore solide, une femme quelque temps après la ménopause, etc. Évidemment, cette valeur sociale est souvent encore plus grande chez les cancéreux des classes aisées, mais, que ce soit dans les unes ou dans les autres, on peut dire que le cancéreux au début et même pendant une assez longue période, *précisément la période où il est guérissable par les moyens actuels, n'est pas un déchet social, loin de là. Et si on le conserve, ce n'est pas une non valeur que l'on recouvre pour la société. En un mot, socialement parlant, la lutte contre le cancer peut payer* »[132]. La logique de ce texte montre que si l'ensemble des membres des « classes aisées » représente une valeur sociale qui est une évidence, celle-ci peut dorénavant être comparée à une autre, économique, où l'entretien des corps utiles peut devenir rentable.

L'idée selon laquelle l'accès aux soins ne peut être pris en charge par la collectivité seulement si cette même collectivité peut tirer profit de la bonne santé du malade semble légitime, la prise en charge des « inutiles » relevant de la charité individuelle, qu'elle soit laïque, religieuse ou professionnelle[133].

Le contrat de travail fait du corps du travailleur un objet de tractation entre l'employeur et son salarié[134], au sein de laquelle le médecin occupe une place ambiguë et indirecte. Il convient de revenir sur le fait que la capacité de travail d'un individu justifie la prise en charge collective de sa santé, non seulement dans les cas où elle est altérée par son activité professionnelle, mais plus généralement si elle est en danger. Cette prise en charge s'applique non seulement pour lui, mais aussi pour ses proches, ceux qui dépendent de lui, c'est-à-dire en fait ceux qui, dans son existence, le font vivre (en tant que parent, époux mais aussi citoyen) autant qu'il les nourrit. La conservation des forces du travailleur concerne ainsi autant ses capacités de production que ses capacités de reproduction.

---

[132] Bergonié J., *Comment doivent être organisés les centres régionaux de lutte contre le cancer*, rapport devant la Commission du cancer, Paris médical, 1923, 48, *cité et souligné* par Pinell P., *Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, 1992, p.168.

[133] Car, nous le verrons, l'élite de la médecine tenait à garder « ses pauvres » qu'elle soignait gratuitement.

[134] Pour Alain Supiot, l'objet du contrat de travail n'est, ni le travail concret, ni la force de travail, ni une obligation de prestation, mais bel et bien le corps du travailleur. Cf. Supiot A., *Critique du droit du travail*, PUF, Paris, 1994, en particulier le chapitre I-II : « Corps et biens : l'obscur objet du contrat de travail », p. 51-66.

Dans un premier temps, ce droit n'a pas été accordé à tous les travailleurs, mais seulement à ceux travaillant pour le compte d'autrui. L'État préserve avant tout les travailleurs dans l'impossibilité d'assurer par eux-mêmes la conservation de leur santé, et il protège ainsi une source de profit pour les classes dominantes, propriétaires des moyens de production. La productivité et la fidélisation de la main-d'œuvre étant problématiques dans l'industrie de la fin du XIXe siècle et du début du XXe, les Assurances sociales pouvaient contribuer à les améliorer.

Les lois de 1928-1930 sur les Assurances sociales ont réactivé le débat déjà ouvert en 1898[135] sur les critères permettant de définir les bénéficiaires de cette assistance, afin d'aboutir à une définition du salarié. En effet, les contrats de travail étaient peu formalisés et la distinction entre travailleur indépendant et travailleur salarié restait floue. La loi était peu précise sur ce sujet, et l'administration en proposait une définition large : « La qualité de salarié peut être déterminée non pas tant d'après la nature ou la qualification juridique du contrat qui unit l'employeur à l'ouvrier ou l'employé, que d'après la situation de fait devant laquelle se trouve l'intéressé [...]. Il faut et il suffit que le travailleur qui remplit les conditions prévues par la loi soit, en fait, dans un rapport de dépendance personnelle ou de subordination économique à l'égard de celui qui l'emploie »[136]. Cependant, la jurisprudence ne suivra jamais cette conception élargie du lien de subordination et mettra progressivement en avant un lien de contrôle et de surveillance de l'activité de travail, plutôt qu'un lien de nature économique.

L'enjeu est pluriel. D'une part, il s'agit, comme les juristes l'ont largement étudié, de définir l'état de salarié en l'absence de définition juridique claire et au-delà, de l'existence ou non d'un contrat de travail. Mais de façon plus générale, il s'agit d'autre part, de poser les bases d'un échange social qui s'opère dorénavant au cours de l'activité de travail et qui s'organise autour du corps du travailleur. Celui-ci se voit octroyer des droits qui dépassent ses conditions de travail *stricto sensu*. Ces nouveaux droits l'intègrent dans un collectif solidaire où il devient une valeur, une « ressource humaine ». De ce fait, la médecine change aussi de statut, et tout particulièrement la médecine libérale. Elle se trouve en charge d'une mission qui est celle de contribuer à l'entretien de cette ressource collective, et accepte donc d'inscrire formellement son exercice dans cette configuration. Cette inscription instaure en outre une dimension triangulaire à l'acte médical : il s'agit désormais clairement d'une relation à trois.

---

[135] Le Crom J.-P., « Retour sur une « vaine querelle » : le débat subordination juridique-dépendance économique dans la première moitié du XXème siècle », dans *La subordination dans le travail… op. cit.* p. 71-83.

[136] D. P. 1931. 4. 167. Cité par Le Crom J.-P., « Retour sur une vaine querelle… », *op.cit.*, p. 76.

Certes, rien ne permet de dire que cette relation à trois ne préexistait pas dans l'acte médical, puisque le médecin était investi d'une mission sociale, mais celle-ci était liée à une délégation de pouvoir qui pouvait s'inscrire à la fois sur le registre de la complicité de classe et sur le registre de la domination. D'un point de vue juridique, le concept de subordination représente un outil technique permettant au juge de distinguer le salarié et l'indépendant. D'un point de vue sociologique, il permet, non seulement d'établir le lien entre différents champs de la vie sociale, mais aussi d'interroger sa portée symbolique concrétisant les termes d'un échange social fondamental.

*Un principe d'échange dans un droit dérogatoire*

S'attaquer sociologiquement au concept de lien de subordination présente un risque majeur dans la mesure où ce lien est une construction juridique, et même jurisprudentielle visant à qualifier un rapport de travail. Donc étudier ce lien dans son acception juridique consiste à regarder les termes mêmes de sa définition légitime. En revanche, il semble plus pertinent d'observer ce lien non comme une forme concrète de relation de travail, mais comme une règle régissant une certaine organisation sociale[137]. En effet, s'il existe plusieurs façons de concevoir l'approche sociologique du droit, elles visent, en général, à mettre en relation l'analyse juridique d'une règle et son application concrète. Max Weber a posé, d'une façon désormais classique, les objets respectifs du juriste et du sociologue, en plaçant la règle de droit sur le registre « d'une certaine construction de langage, donnée comme norme de droit » et en attribuant au sociologue la mission de dire « ce qu'il advient en fait dans la communauté »[138]. Autrement dit, la règle juridique produit une norme symbolique qui se distingue des faits et de leur interprétation par le sociologue.

C'est sur cet écart entre la norme juridique et les faits observables que s'est construite, le plus souvent, une sociologie juridique, puisque « la réalisation du droit est moins perçue alors dans son "application", que dans son "rapport" plus ou moins adéquat à un ordre social qui le détermine, et qui évolue dans le temps »[139]. Il s'agit d'évaluer la nature et le niveau de rupture qui peut s'observer entre l'énoncé de la règle et sa réalisation. Cette conception de la sociologie juridique assigne aux sciences sociales une mission plus ou moins explicite qui consiste à dire en quoi le droit est ou non en adéquation avec la société. Cela revient également à considérer le droit comme un outil au service des évolutions sociales, qu'il doit

---

[137] Hardy-Dubernet A.-C., « La subordination du point de vue du sociologue : l'objet, la pratique et la règle du jeu », dans : *La subordination dans le travail*, *op.cit.* p. 45-56.

[138] Weber M., *Économie et société*, tome II, Plon, Paris, 1995, p. 11.

[139] Lascoumes P. et Serverin E., « Théories et pratiques de l'effectivité du Droit », *Droit et société*, n° 2, janvier 1986, p. 102.

refléter le plus fidèlement possible. Il n'y aurait d'effectivité d'un texte juridique que sous cette condition, que le sociologue deviendrait apte à révéler. Cette représentation utilitariste du droit, « au service » des acteurs sociaux, fait néanmoins l'impasse sur la « fonction anthropologique du droit »[140], c'est-à-dire sa capacité à produire du lien social. L'énoncé des règles juridiques a aussi une fonction symbolique créatrice, dans la mesure où elle reflète une certaine conception des échanges humains.

Le problème posé ici tient au fait que le lien de subordination n'est pas une règle de droit mais un critère élaboré par la jurisprudence, il est donc mouvant et soumis à de multiples interprétations. En outre, il met en relation diverses sources du droit : il définit un lien contractuel entre deux individus inscrits dans un collectif professionnel qui se voient, de ce fait, ouvrir un ensemble de droits et d'obligations réciproques inscrites dans la loi. Il s'agit donc d'un outil dynamique qui offre un défi à la sociologie du droit[141] : doit-on étudier le critère de la subordination à partir de sa capacité à rendre compte de la réalité des rapports d'autorité dans le travail salarié ou faut-il saisir le problème plus en amont et interroger l'effet de la distinction entre travail salarié et travail indépendant ?

Les travaux des sociologues du travail font état de rapports de subordination inhérents à toutes les formes d'activité professionnelle. Cependant, il est rarement question de subordination dans ce cas, mais plutôt de rapports de *pouvoir*, *d'autorité*, de *domination*, voire *d'exploitation* dans les relations de travail[142]. En effet, toute relation de travail salarié implique un état de dépendance, entre celui qui possède (un capital économique, un outil de travail…) et celui qui loue sa force de travail. Dans son sens littéral, l'action de subordonner revient à « mettre dans un état de dépendance par rapport à une personne de rang supérieur »[143]. Or, le travail rémunéré (ou rétribué) s'inscrit dans un ordre — et l'ordre juridique n'est pas le seul qui contraint les individus —, lequel se construit sur une

---

[140] « L'une des choses les plus précieuses que l'étude du droit peut apporter à la connaissance du lien social, c'est l'art des limites, c'est-à-dire le fait de savoir qu'on ne peut lier ce que l'on n'a pas d'abord séparé, qu'il faut partager pour réunir et qu'il n'y a pas de concorde sans une juste attribution de ce qui revient à chacun ». Supiot A. (entretien avec), « La fonction anthropologique du droit », *Esprit*, fév. 2001, p. 154.

[141] Il est plus classique, en effet, de s'interroger sur des objets du droit, qui renvoient plus aisément à des terrains de l'investigation sociologique. En étudiant, par exemple, les effets d'une loi, le sociologue peut trouver dans les champs d'application de celle-ci, les bases de sa propre problématique. En revanche, la subordination du salarié n'est pas une qualification juridique, puisque ce n'est pas par effet de la loi que le salarié est subordonné à son employeur, mais par un outil de la jurisprudence qui s'intègre dans un ensemble « d'indices » à la disposition du juge.

[142] Des notions qui n'ont pas non plus toujours la même signification selon les auteurs. À titre d'exemple, pour M. Weber, la notion de domination renvoie à « la chance, pour des ordres (injonctions) spécifiques, de trouver obéissance de la part d'un groupe déterminé d'individus » (*Economie et sociétés/1. Les catégories de la sociologie*, Plon, Paris, 1995, p.95.). En revanche, pour P. Bourdieu, il s'agit d'une forme de violence légitime, à la base du « principe dominant de domination » qui dépasse l'idée d'une obéissance à un ordre formel, puisqu'il s'agit des effets de l'appropriation d'un capital culturel et symbolique autant que de l'exercice d'un pouvoir direct.

[143] Dictionnaire historique de la Langue Française, éd. Robert.

hiérarchie des personnes et/ou des collectifs[144]. C'est la nature de cet ordre et l'organisation des systèmes hiérarchiques qui sont étudiés par les sociologues, lesquels mobilisent des catégories d'analyse qui ne recouvrent pas nécessairement les catégories juridiques.

Ainsi, la subordination d'un salarié n'est pas toujours juridique et elle n'est jamais que juridique. En revanche, sa reconnaissance juridique déclenche des effets dès lors que le principe du contrat repose sur l'égalité des parties. En fait, elle permet la reconnaissance de l'inégalité des contractants, et donc aussi la reconnaissance d'une inégalité sociale fondamentale liée non seulement aux formes d'emploi mais aussi aux statuts sociaux. La reconnaissance du lien de subordination juridique est en fait une reconnaissance juridique d'une subordination sociale dont la traduction en termes d'accès à la gratuité des soins montre que le corps du salarié devient l'enjeu de l'échange contractuel. L'employeur dispose ainsi d'une ressource humaine par l'autorisation légale d'user du corps de son employé, moyennant une contrepartie qui se concrétise par l'accès gratuit aux soins de ce corps, pour lui et ses ayants-droits (prolongements de son corps), sa réparation en cas d'accident ou d'incapacité temporaire et son entretien lorsqu'il ne sera plus utilisable.

Les mécanismes qui ont abouti à l'élaboration d'une jurisprudence visant à définir le statut du travailleur salarié font état d'une nécessité liée à l'ouverture de droits spécifiques en faveur des travailleurs. D'où une définition paradoxale du lien de subordination, dès lors que celui-ci apparaît comme le sésame de la protection sociale. L'effet premier de la reconnaissance juridique du contrat de travail fut un mouvement général de recherche de protection, donc une évolution des statuts au profit du salariat[145]. Mais, dans le même temps, ces travailleurs et ces employeurs, dûment identifiés, se sont vus imposer des règles contraignantes quant à leurs droits et obligations réciproques. Ces droits ne sont pas seulement relatifs à la protection sociale, ils découlent également de luttes collectives qui ont permis l'élaboration d'un contre-pouvoir, donc d'une capacité légale d'insubordination[146]. Autrement dit, autour du critère de subordination et à la faveur d'une nécessaire qualification du contrat de travail, s'est élaboré progressivement un ensemble de règles du

---

[144] « L'ordre ce peut être la structure qui donne à un ensemble son identité et permet à cet ensemble de perdurer. Mais l'ordre ce peut être aussi le commandement, l'expression d'une volonté qui s'impose à autrui. Dans le premier sens, la subordination désigne l'appartenance de la partie à un tout, dans le second la soumission d'un individu à des ordres ». Supiot A., Préface à *La subordination dans le travail*, *op. cit.* p. 7.

[145] Celle-ci s'est réalisée par un effet d'intégration de la classe ouvrière à partir des années trente, intégration qui s'est opérée « dans la subordination » grâce, en particulier, à cet effet de qualification du travail salarié et des droits qu'elle a ouverts. Cf. Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, 1995, p. 345 et s. en particulier.

[146] « Ainsi la grève, qui vient borner la subordination, n'est-elle un droit que pour les personnes qui se trouvent soumises à un pouvoir hiérarchique. », Gaudu F., Vatinet R., *Les contrats du travail*, coll. Traité des contrats, Ghestin J. (dir.), LGDJ, Paris, 2002.

jeu[147] qui ont permis aux acteurs de confronter leurs intérêts contradictoires sur le mode d'un échange d'obligations. Et c'est le jeu des relations entre partenaires sociaux qui permet de trouver des accords qui régulent, à l'échelle nationale, de la branche ou de l'entreprise, les conditions d'exécution du travail.

La règle du jeu n'est efficace que si les acteurs ont les moyens de s'y référer au cours de leurs pratiques. Elle doit permettre de réguler les rapports entre les individus en fonction d'un enjeu qui présente un intérêt réel pour chacun. Quel est, ici, l'enjeu de la qualification juridique du contrat de travail ? Qui a intérêt à faire reconnaître l'existence d'un lien de subordination entre deux personnes liées par une prestation de travail ? La jurisprudence est éclairante sur ce point, puisqu'elle montre que ce ne sont jamais les employeurs qui font appel aux tribunaux pour obtenir la requalification d'une relation de travail. Il s'agit, soit d'un travailleur qui, à l'occasion d'une rupture de son activité, réclame des indemnités de licenciement, soit des organismes collecteurs des cotisations sociales qui suspectent l'existence d'une relation de travail dépendant de fait, sans contrat de travail, et réclament leur dû[148]. Jamais un employeur ne demande au juge d'être reconnu comme tel. C'est d'ailleurs lui, en priorité, qui fait l'objet de plaintes et qui est condamné lorsque sa position d'employeur est établie. Le juge cherche, lors des débats, à prouver l'existence d'un lien de subordination que, paradoxalement, le donneur de travail dénie. Ce détail de l'activité jurisprudentielle doit alerter sur l'enjeu de la qualification du travail salarié. Car il peut paraître paradoxal que l'employeur ne veuille pas que soit établi qu'il dispose d'une autorité légale sur son salarié. En règle générale, cela montre au contraire qu'il dispose d'autres moyens d'exercer ce contrôle, sans passer par une reconnaissance juridique de son pouvoir, donc en se soustrayant aux obligations en retour. Aujourd'hui, les assurances sociales s'étendent à tous les travailleurs, indépendants compris, déplaçant l'enjeu de la reconnaissance du lien de subordination. Si l'on s'en tient à une vision purement juridique de l'histoire, on pourrait dire que dès lors qu'un travailleur peut jouir d'une protection sociale sans pour autant être placé dans une position de subordination, il aurait intérêt à s'en détacher. Ce serait oublier que c'est aussi sur ce lien que s'applique tout le droit du travail salarié, qui impose une activité codifiée. Libéré de ses liens de subordination, le travailleur s'autonomise, sa dépendance glisse sur le versant strictement économique et les conditions

---

[147] On peut s'inspirer de la métaphore utilisée par M. Weber au sujet des joueurs de carte, qui part d'une idée à la fois simple et féconde : pour comprendre ce qui se passe entre des joueurs de cartes, il faut connaître la règle du jeu. Mais celle-ci n'est pas le jeu, ni même un modèle de jeu, c'est un énoncé de départ qui permet que le jeu ait lieu selon certains objectifs et certaines limites. M. Weber, « Droit et jeux. À propos de R. Stammler: dépassement du matérialisme historique », *Droit et société* n°95, vol. 14, p. 149-153.

[148] C'est le cas par exemple des arrêts sur les chauffeurs de taxi. Chauchard J.-P., « Subordination et indépendance : un sisyphe juridique ? », *Travail et protection sociale*, octobre 2001, p. 4.

dans lesquelles il exerce son activité ne dépendent plus que de lui, qui devient libre de s'organiser, et ainsi parfois, de s'abuser.

*Santé et travail : une relation réflexive*

Le contrat de travail témoigne de la reconnaissance par le droit d'une « fiction juridique »[149] mettant en relation sous une forme contractuelle des individus qui ne sont pas vraiment égaux et libres dans la négociation. Le lien de subordination témoigne de cette reconnaissance car il pose les bases d'un échange **: une aliénation contre un droit**. Cette proposition implique que les questions de santé prennent une place centrale dans les formes d'évaluation du travail. La notion de santé s'organise autour d'une représentation du corps *bien-portant* qui est un corps qui peut porter la charge d'un travail. Elle se voit accorder une mission particulière qui est de justifier la subordination salariale en la validant dans des limites qui seront ensuite très strictement liées aux capacités des salariés à faire entendre leurs revendications.

La santé semble alors s'inscrire dans une activité sociale qui ne dépend pas que d'un diagnostic médical ou d'un état des savoirs scientifiques, ni même d'une sensation personnelle. Lorsque Freidson décrit le statut du malade comme un statut qui accorde des droits (la dispense de certaines obligations), mais aussi des devoirs (de chercher de l'aide pour aller mieux), il s'inscrit dans une même problématique, puisqu'aux États-Unis le lien entre le travail et la santé est particulièrement fort, les salariés des grandes firmes étant les mieux protégés du point de vue de la couverture sociale. La médecine est largement convoquée à de nombreux moments de la vie du travailleur, elle est en charge de certifier l'aptitude à un poste, une incapacité temporaire, une invalidité etc. Le mécanisme d'habilitation médicale au travail montre que la représentation sociale de la santé se cale sur les normes de la productivité. Les normes médicales ne sont ni scientifiquement ni biologiquement établies dès lors que les médecins inscrivent un individu au registre de la « maladie » pour le dispenser de ses obligations professionnelles. Cette imbrication a des conséquences directes sur la façon dont est, aujourd'hui, traitée la question de la « santé au travail ».

---

[149] Une fiction juridique peut être considérée comme un mensonge au service de la technique juridique : « Artifice de technique juridique (en principe réservé au législateur souverain), « mensonge de la loi » consistant à supposer un fait ou une situation différente de la réalité en vue de produire un effet de droit ». Cornu G., *Vocabulaire juridique, Association Henri Capitant*, PUF, Paris, p. 349.

Les chercheurs en sciences sociales travaillent sur ce thème, évoquant les souffrances[150], les malaises[151] ou les tensions[152] auxquels les salariés sont soumis dans les organisations du travail. Les analyses sont assez unanimes, même si elles abordent les questions de façon parfois un peu différentes, pour désigner les pratiques managériales liées au principe d'autonomie comme les principales causes de ce problème, qui peut conduire jusqu'au suicide. Dans le film *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés*[153], le spectateur assiste à des consultations dispensées par des professionnels de santé, dans un environnement médical, où défilent dans un cabinet des travailleurs en piteux état physique ou moral devant des consultants bienveillants en blouse blanche, qui recueillent leur souffrance et tentent, avec eux, de trouver les meilleures façons d'en sortir. La santé au travail devient un objet en soi de la réflexion psychosociologique autant que médiatique, sans que le concept de santé n'y soit ici vraiment interrogé : s'agit-il de l'expression d'une souffrance subjective, d'une incapacité à répondre à un travail prescrit ou d'une altération physique ou psychique objective mais qui n'est pas inscrite dans les règles de l'échange contractuel ? Alors que la sociologie de la santé a très finement interrogé le concept de maladie dans sa dimension sociale et culturelle[154], que la sociologie de la médecine insiste sur la fabrication professionnelle du malade, la sociologie du travail s'empare souvent du concept de santé comme s'il allait de soi. Il apparaît directement dessiné par la notion de souffrance, ce qui conduit à une association qui mérite interrogation : la souffrance est signe **d'altération** de la santé, donc elle est une **maladie** qui doit être reconnue comme **professionnelle** puisqu'elle est liée au **travail**.

Si le chantier est trop vaste pour être ouvert ici, il est nécessaire d'en mentionner l'enjeu, dès lors que nous nous approchons de la complexité des rapports existant entre travail et santé. La santé, c'est avant tout une norme subjective, qui s'exerce, nous rappelle Georges Canguilhem, « pas seulement dans le silence des organes, mais aussi dans la discrétion des rapports sociaux »[155]. La santé, dit aussi l'OMS, c'est « un état de total bien-être physique,

---

[150] Desjours C., *Souffrance en France*, la banalisation de l'injustice sociale, le Seuil, Paris, 1998 ou du même auteur, plus récemment : Suicide et travail, que faire ?, Seuil, Paris, 2009.

[151] Erhenberg A., *La Société du malaise*, Odile Jacobs, Paris, 2010.

[152] Lallement M., *Le travail sous tensions*, Editions Sciences Humaines, Paris, 2010.

[153] Film de 2006, réalisé par Marc-Antoine Roudil et Sophie Bruneau, qui montre le travail de consultations ouvertes dans des hôpitaux publics de la région parisienne, afin d'accueillir des personnes souffrant dans leur travail et de les aider.

[154] Dont un des principaux intérêts est d'avoir tenté de combiner une approche anthropologique et psychosociale de la maladie, comme Claudine Herzlich en a posé les bases. Cf. Herzlich C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, éditions de l'EHESS, Paris, (1969), 2005.

[155] Canguilhem G., *Ecrits sur la médecine*, Seuil, Paris, 2002, p. 62.

mental et social… ». La santé ainsi, c'est d'abord une appréciation subjective sur un état normatif. La santé est donc une norme collective qui s'établit pour tous mais qui se ressent individuellement. La maladie est en revanche un état qui est identifié selon certaines règles sociales et médicales, et qui est décrété par d'autres. Je suis malade non pas parce que je ne me sens pas en bonne santé, mais parce que j'ai une maladie, qui porte un nom, qui a une étiologie et qui, dans le meilleur des cas, réagit à certains traitements.

La santé au travail résonne comme une proposition paradoxale, car elle retourne le principe protecteur du critère de subordination. En effet, ce critère pose comme principe que le corps utilisé dans le travail est, de ce fait altéré. Ce principe est inhérent à l'activité de travail elle-même, mais si celle-ci profite à autrui, il est juste que cet autrui contribue à la protection du corps dont il tire bénéfice. Par ailleurs, cette entrave à la liberté du travailleur est encadrée par des règles qui limitent le pouvoir de subordination de l'employeur. Or, penser « la santé au travail » contribue à penser d'abord la question de la santé et, ensuite, celle de la cause de son altération.

Nous sommes là au cœur du *sens du mal*, autrement dit de la signification d'une souffrance et des moyens de s'en débarrasser. Alors que la réalité sociale de la maladie doit être pensée en dehors de sa réalité organique[156], ce n'est pas le cas dans la mise en forme de *la souffrance au travail*. Celle-ci impose un point de vue psychopathologique, avec sa sémiologie et ses repères nosographiques, les troubles constituant un point de départ d'une « réalité » individuelle (la souffrance) et non d'une activité sociale (le travail). Certes, le travail est mis en cause, car désigné comme « la » cause de la souffrance, mais le symptôme est la souffrance et justifie le port des « blouses blanches » de ceux qui le « soignent ».

On peut illustrer ce phénomène par un événement récent : fin 2009, le Premier ministre a demandé à des « praticiens » de l'entreprise de lui faire un rapport pour « améliorer la santé psychologique au travail »[157]. Autrement dit, et compte tenu de la qualité du demandeur, cette commande s'inscrivait dans une perspective de santé publique. Le rapport des auteurs témoigne d'un puissant paradoxe. D'un côté, ils tentent de refuser d'aborder la question par celle de la santé et se placent résolument du côté des pratiques managériales ; de l'autre côté, ils justifient leur point de vue par l'amélioration des performances des entreprises dès lors que les salariés « souffrent » moins. De ce fait, les dix propositions s'ouvrent par celle qui fut le plus relayée par les médias : « l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur

---

[156] Herzlich C., « Médecine moderne et quête de sens », in Augé M. et Herzlich C. (dir.) *Le sens du mal*, Ed. des archives contemporaines, Paris, p.189-215.

[157] Lachmann H., Larose C., Penicaud M., *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* – Rapport fait à la demande de Premier ministre, février 2010.

humain, et donc la santé des salariés ». Cela signifie concrètement que l'ensemble des instances dirigeantes de l'entreprise doit être porté responsable de la santé (mesurée et évaluée) des salariés, une santé par ailleurs définie selon les critères de l'OMS. Ce type de proposition témoigne du déplacement de la mission sociale de contrôle de la santé, c'est-à-dire concrètement, des corps et de leur comportement, puisqu'elle semble désormais dévolue aux entreprises. Les médecins deviennent alors des évaluateurs, chargés de faire le tri entre les travailleurs en bonne et en mauvaise santé, et les managers deviennent des praticiens, chargés de faire (et défaire) la bonne santé des travailleurs.

La rhétorique de la santé au travail apparaît donc plutôt, malgré toutes ses dénonciations et ses analyses souvent pertinentes des mécanismes de souffrance et d'altération physique et mentale des travailleurs, accompagner un mouvement qui désignerait l'économique comme le principal garant (et pourvoyeur) de la santé des citoyens, les médecins n'étant que des experts au service de cette puissance.

Le lien de subordination semble en perdition. Du moins, les juristes constatent sa « dilution », c'est-à-dire la plus grande difficulté, pour les juges, d'établir une frontière nette entre travail salarié et travail indépendant. La multiplicité de statuts d'emplois permet de contourner le droit du travail en créant ces « faux indépendants » que sont un grand nombre de travailleurs qui réalisent chez eux des prestations pour un seul donneur d'ordre dont ils sont économiquement dépendants. Les pratiques managériales d'incitation à l'autonomie favorisent également cette dilution du critère de subordination puisque le contrôle de l'employeur passe par l'autodiscipline des salariés. Or, en se voyant reconnaître son état de subordination, le salarié s'est vu reconnaître en même temps des limites à cette subordination et des droits à protéger sa santé. On se plaçait dans un échange où le lien entre travail et altération de la santé était reconnu. Symboliquement, l'altération du corps par le travail était inscrite dans ce lien qui lui donnait du sens puisqu'il lui procurait des droits. La disparition du lien de subordination direct, remplacé par des formes de dépendances économiques, n'inscrit plus le corps du travailleur dans un rapport social qui, même injuste[158], avait un sens en rapport direct avec celui du travail. Aujourd'hui, ces douleurs, cette fatigue, cette usure semblent ne plus pouvoir être racontées qu'à partir d'un vocabulaire médical, d'une « psychopathologie » ou de l'émergence de symptômes relevant

[158] Et l'on pourrait sans doute dire « surtout injuste » car l'injustice s'inscrit dans un autre registre de valeurs que la maladie et appelle d'autres réponses.

d'une nosographie renouvelée, qui contribue à confisquer aux travailleurs une signification de leurs maux[159].

Les médecins deviennent les dépositaires d'une pathologie mystérieuse qui s'expriment dans leur cabinet et dont ils ne savent parfois que faire. Fibromyalgies, stress, fatigue chronique, TMS et autres « mal de dos », sont des « maladies » plus ou moins « diagnostiquées » à partir de catégories nouvellement créées afin de pouvoir donner une réponse scientifique à peu près crédible à ces plaintes. Le signal d'alerte est aujourd'hui donné par les médecins eux-mêmes ; ils n'arrivent plus à assumer cette déviation des états souffrants qui ne trouvent aucune inscription symbolique suffisante pour être négociés sur leur lieu de travail[160]. Ainsi, le monde du travail délègue aux cabinets médicaux le soin d'étiqueter ces malaises et de les classer dans une pathologie médicalement identifiée. Il y a, sur ce sujet, un chantier à ouvrir sur ces mécanismes de report vers le médical d'une symbolique d'un échange qui s'inscrit de plus en plus difficilement dans un contrat de travail énonçant clairement les droits et les obligations de chacune des parties.

Le lien de subordination, en s'affaiblissant, ne libère pas le travailleur, mais au contraire, le place dans une autre forme de domination qui prend une double dimension. Une dimension économique d'abord, puisque sa dépendance est désormais en grande partie placée sous cette autorité, et qu'elle édicte les normes selon lesquelles il doit désormais développer ses capacités productives. Une dimension médicale ensuite, par l'assignation systématique au registre du pathologique des manifestations psychiques ou physiques de son corps.

L'étude juridique du lien de subordination permet ainsi, comme le propose Durkheim, de chercher dans la forme juridique du contrat de travail une matière concrète permettant de mesurer et de comprendre les liens symboliques qui solidarisent, au sein de la division du travail social, les individus. Elle montre que l'imbrication du médical dans le travail est

---

[159] On trouve un exemple assez significatif de cette confiscation dans l'ouvrage de Christophe Dejours, *Souffrance en France*. Celui-ci fait une analyse très détaillée des conditions de travail provoquant une symptomatologie de la souffrance à partir des méthodes managériales, mais cette analyse aboutit toujours à une représentation scientifique de cette souffrance qui devient une mise en forme du « mal banalisé », un « mal » à la fois cause et effet. Mais l'explication scientifique de cette souffrance n'est-elle pas, aussi, une façon de confisquer aux travailleurs « profanes » l'accès à un sens produit par eux ?

[160] Cette question est posée par des médecins dans le cadre de travaux que nous menons avec eux, autour d'un groupe de travail qui vise à interroger ces troubles malaisés à définir : somatomorphes ? pseudosomatiques ? On trouvera un exemple de cette interrogation médicale de ces « non-maladies » dans Canevet J.-P., « Entre marchandisation de la santé et médicalisation du souci de soi : le goût de la maladie », communication au colloque *Prescrire, proscrire, présence d'enjeux non médicaux dans les questions de santé*, MSH *Ange-Guépin*, Nantes, 23-24 novembre 2009.

passée par une forme de réparation collectivement reconnue qui dépasse la simple faute d'un donneur d'ordre pour acquérir une légitimité sociale reposant sur l'activité de travail et sa production de valeur. Ce lien entre travail et santé est repérable dans le système actuel de codification des règles. D'un côté, le Code de la sécurité sociale et le Code du travail sont très largement liés et relèvent d'une même spécialité du droit (le droit social) appartenant à la branche du « droit privé ». De l'autre côté, le Code de la santé publique énonce les droits des médecins et des malades dans un cadre de politique publique générale. Le Code de déontologie médicale, dont nous étudierons les évolutions au chapitre suivant, est inscrit dans le Code de la santé publique. Le médecin, lors d'une consultation, est pourtant soumis aux deux Codes, et pour un même acte, par exemple lorsqu'il réalise une prescription, il dépend de règles prescriptives dont les principes sont parfois contradictoires. Comment alors s'arrangent les membres de la profession pour combiner une représentation idéalement « libre » de leur activité et des réalités dont les termes de la contrainte, juridique et économique, semblent en partie leur échapper ?

## Chapitre V : L'éthique, la morale et le colloque singulier

Est-il possible de penser la pratique médicale comme la réalisation d'un contrat ? Les juristes se sont souvent posé la question et il ne semble pas que leur réponse soit claire. La situation professionnelle du médecin s'organise d'ailleurs dans deux directions : d'une part, elle s'inscrit dans un système social qui détermine les conditions d'exercice de la médecine, et l'on peut s'interroger sur l'inscription de l'activité médicale dans un système hiérarchique. Autrement dit : les médecins sont-ils subordonnés à d'autres que leurs patients ? D'autre part, comment qualifier l'acte médical lui-même, qui porte sur un corps, ou sur une partie ou une représentation de celui-ci, et touche à ce que les juristes appellent la personnalité de l'individu. La définition du lien de subordination dans le cadre d'une activité de travail salarié met en évidence cette autorisation particulière de l'employeur d'user du corps du salarié en même temps qu'elle permet d'en limiter les libertés. C'est là un des grands apports de cette définition, mais c'est là aussi où se trouvent ses failles. Car cette mise à disposition du corps de l'autre devient illimitée si elle s'exerce dans le cadre d'une dépendance économique et non plus d'une subordination juridique. Le travail indépendant dégage la responsabilité du donneur d'ordre s'il n'exerce sur son « subordonné » qu'une contrainte financière.

Le médecin est lui aussi autorisé à intervenir sur le corps de l'autre. Cette autorisation pose question et nous verrons qu'elle est aussi source de questionnements chez les professionnels de santé. Foucault a montré, dans *Surveiller et punir*, comment le corps supplicié est devenu illégitime, la peine portant désormais sur la limitation de la liberté de l'individu, soustrait au regard de la société, d'où le corps disparaît et n'est plus objet de torture publique. Du moins cet effacement est-il affiché comme un principe, car « au-delà de ce partage des rôles s'opère la dénégation théorique : l'essentiel de la peine que nous autres, juges, nous infligeons, ne croyez pas qu'il consiste à punir : il cherche à corriger, redresser, « guérir » »[161]. Parallèlement, toute atteinte à l'intégrité physique d'une personne, et d'autant plus si celle-ci est en situation de dépendance ou de domination, est aujourd'hui fortement proscrite, qu'il s'agisse de parents, d'enseignants, d'éducateurs, de prêtres etc. Dans ce contexte, les médecins jouissent, comme les employeurs, d'un droit dérogatoire d'atteinte au corps et à la liberté d'autrui, dans un cadre juridique mal déterminé. Il n'y a pas de reconnaissance d'un « lien de subordination » entre le médecin et son patient qui permettrait, en retour, de définir des limites au droit à l'intrusion physique (ou psychique) que représente tout acte médical. Pour le juriste Jean Savatier, cette atteinte est rendue possible « par permission de

[161] Foucault M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975, p. 17.

la loi »[162]. Pour autant, cette situation dérogatoire ne simplifie pas la tâche des juristes qui ont tenté de définir la nature de cette relation singulière qui lie le médecin à son patient : doit-on parler de contrat, de mandat, de louage d'ouvrage ou de service ? Jean Savatier a proposé, pour résoudre la question, ou du moins la dépasser, cette merveilleuse formule de « contrat innomé »[163], signalant qu'il y a bien là contrat mais que celui-ci ne peut (ou ne doit) pas être dit. Une formule qu'il utilise en 1947 mais ne reprendra plus ensuite, lui préférant une formule choisie par les médecins eux-mêmes, qui est celle du « colloque singulier ».

C'est de ce concept de « colloque singulier » que nous partirons donc, puisqu'il structure les représentations des médecins français et qu'il balise l'enseignement de la médecine en France. Ce concept, politique dans sa construction autant que dans son usage, est au cœur de la mise en œuvre du premier Code de déontologie médicale. Apparemment immuable, il se présente pourtant comme une arme à double tranchant, capable d'attaquer les « tiers » menaçant la « liberté » du médecin, mais aussi de se retourner contre lui pour le contraindre à éduquer « sa conscience ». Du « colloque singulier » aux différentes faces que revêt ce que l'on nomme aujourd'hui l'Éthique médicale, nous tenterons dans ce chapitre de montrer comment les concepts apparaissent et se transforment et, surtout, quels en sont les usages explicites et implicites, conditionnant l'exercice de la profession médicale.

### *À propos du « colloque singulier »*

Nous partirons d'un texte devenu mythique dans la profession médicale, en ce sens qu'il est constamment cité mais rarement lu[164], qui sert de socle à la théorie du « colloque singulier ». C'est Georges Duhamel, dans un article paru dans la *Revue des deux mondes* en mai 1934, qui est désigné par la profession médicale comme l'inventeur du concept de « colloque singulier ». Le titre de l'article situe l'enjeu : « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine ». Dans ce texte, l'auteur défend une médecine totalement libérale, s'inquiétant de l'emprise possible des Assurances sociales, récemment votées, sur les décisions médicales. Il dénonce l'étatisme comme « une doctrine qui, pour l'organisation de la société, pour la réforme des institutions, pour la gestion temporelle et spirituelle du monde, donne à l'État tous les pouvoirs, tous les devoirs et tous les droits dont l'individu se trouve, conséquemment, exonéré ou dessaisi »[165]. Face à cette intrusion de l'État, Duhamel

---

[162] Savatier J., *La profession libérale. Étude juridique et pratique*, LGDJ, Paris, 1947, p. 306 et suiv.

[163] *Ibid.*, p. 215.

[164] À tel point que la référence accompagnant sa citation est tellement imprécise, lorsqu'elle existe, qu'il m'a fallu du temps avant d'en retrouver la trace exacte.…

[165] Duhamel G., « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine », *Revue des deux mondes*, 15 mai 1934, p. 277. Georges Duhamel, connu pour ses romans, était médecin, mais il exerça peu de temps,

oppose la médecine comme « ensemble de connaissances scientifiques ou empiriques dont le juste usage permet au praticien de reconnaître, de distinguer les maladies, de prévoir et de modifier leur évolution », qui s'exerce « par essence » dans le cadre d'« un acte singulier — j'entends ce mot au sens qu'il prend dans « combat singulier »,— c'est-à-dire un acte d'homme à homme »[166]. Dominée par les principes de charité et d'urgence, la fonction médicale s'apparente à une mission de service conditionnée exclusivement par la confiance que le patient place dans le praticien. Ce qui soude ces deux « hommes », c'est l'ouverture d'un espace partagé entre eux et qui devient leur secret : « le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend délivrance. Entre ces deux personnages, existe presque toujours un secret que l'on nomme justement le secret professionnel. »[167] Ce secret est évidemment celui du malade, ses petites et grandes misères autant que ses vices cachés, qui sont bien gardés dans la conscience de son médecin. À cette haute valeur morale de l'acte, Duhamel oppose la perversion des tribunaux qui s'immiscent en juges au sein de cette relation supérieure et détruisent cette confiance originelle : « les relations du médecin et du malade supposaient, à l'origine, je viens de le dire, une sorte de contrat moral dont le malade acceptait les hasards »[168]. Le mot est donc lâché, puisqu'en échange du secret, le malade accepte ce qu'on lui fait et qui n'est jamais garanti. En inscrivant le risque au registre de ce contrat moral, Duhamel s'érige contre un traitement injuste affligé à la profession médicale, alors même que les avocats et les prêtres semblent autorisés à se tromper.

Surtout, l'écrivain s'inquiète du « tiers payant ». Il dénonce les lois sur les accidents du travail et sur les assurances sociales, non sur le principe[169], mais parce qu'elles font apparaître « un personnage nouveau que, dans le jargon des spécialistes, on nomme le tiers payant, et qui est, comme les mots l'indiquent, une personne étrangère au couple formé par le malade et le médecin, personne étrangère dont le rôle est d'intervenir pour l'appréciation et le paiement des honoraires »[170]. C'est une crainte d'imposition de normes que Duhamel exprime alors, et il va plus loin dans la fin de son texte.

---

essentiellement pendant la guerre de 1914-1918, où son passage au front l'a profondément traumatisé, ce dont on trouve des traces dans cet article.

[166] *Ibid.*, p. 278.

[167] *Ibid.*, p. 280.

[168] *Ibid.*, p. 282.

[169] « Pour un esprit droit et charitable, rien n'est plus émouvant que cet effort accompli en si peu de temps par les groupements privés et par les assemblées délibérantes en vue d'assurer la juste protection du mutilé, du blessé, du malade et de leurs alliés », *Ibid.*, p. 283.

[170] *Ibid.*, p. 284.

Car nous sommes dans les années trente, l'Allemagne nazi s'organise, c'est la veille de la guerre. La médecine « sociale » se développe et avec elle des pratiques des plus diverses et Duhamel s'inquiète de la place considérable qu'elle cherche à occuper. S'il ne semble pas s'alarmer outre mesure des campagnes de vaccination et de l'organisation de la lutte contre les maladies infectieuses, il s'arrête sur une pratique peu dénoncée à l'époque et qui sévit dans de nombreux pays, de l'Allemagne aux États-Unis, qui est « la stérilisation chirurgicale des fous, des dégénérés et des criminels, de ceux que, dans le jargon spécial, on nomme les déficients »[171]. Son argumentaire est subtil car il pose la question de la responsabilité morale du médecin, qu'il étend d'ailleurs à la situation, qu'il a connue personnellement en 1914, de la médecine de guerre.

Dans un cas comme dans l'autre, le médecin doit-il pouvoir être exécuteur d'un ordre qui ne relève pas d'une décision thérapeutique, mais d'une loi, d'un ordre militaire ou d'une orientation politique ? : « J'ai vu des praticiens loyaux et timorés abdiquer leur expérience, leurs habitudes individuelles et se réfugier dans une discipline absolue dont l'observance a, peut-on croire, l'avantage de supprimer les scrupules et les débats de conscience »[172]. Il associe, bien qu'indirectement, une médecine sociale, subordonnée à l'État, aux pratiques eugéniques ou immorales qu'un médecin peut être conduit à exécuter dès lors qu'il n'a plus de liberté de conscience, puisque soumis à une autorité supérieure.

Ce n'est pas contre l'État que Duhamel s'élève, mais contre ce qu'il nomme « l'étatisme » qu'il décrit comme un « phénomène panique » qui n'est pas à mettre à l'actif d'une personne, ni même d'un collectif, mais plutôt d'un système. Et face à ce système, la médecine a le devoir de s'organiser pour rester indépendante. Il développe alors la dernière idée forte de sa démonstration, à partir d'une conception particulière du syndicalisme médical. Celui-ci n'est pas, comme le syndicalisme ouvrier, consacré à la défense des intérêts individuels, mais à la défense d'une idée supérieure, ici la médecine, comme les écrivains ont eu à défendre les « belles-lettres ».

Au final, ce texte est un reflet très subtil des paradoxes qui structurent la profession médicale. Au premier rang de ceux-ci, se trouve le statut de la médecine en tant qu'activité humaine. Pour Duhamel, celle-ci est nécessairement au-dessus des individus et des intérêts personnels, qui doivent être méprisés, mais elle ne peut être servie que par des individus qui doivent agir dans une totale indépendance, obéissant seulement aux principes de leur discipline.

---

[171] *Ibid.*, p. 286.

[172] *Ibid.*, p. 288.

Si ce n'est son style emprunté et parfois chargé de lyrisme, ce texte est d'une totale actualité : il montre que les plaintes médicales s'organisent toujours autour des mêmes thématiques, que l'État est à la fois l'ami et l'ennemi des praticiens, que la justice est illégitime pour juger de la valeur d'une décision médicale, que le collectif ne doit jamais apparaître au service de ses membres. Sous couvert d'une défense de valeurs morales où l'on voit que l'argument ultime est le bien du patient, il fustige une médecine sociale, non pas pour ses actions de santé publique (il ne pourrait pas…), mais pour son caractère potentiellement immoral et susceptible de générer les actes les plus ignobles.

Il pose ainsi les prémisses d'une réflexion éthique et c'est sans doute la raison pour laquelle Louis Portes[173], au lendemain de la deuxième guerre mondiale, va reprendre, en le citant, le principe du colloque singulier afin d'établir les bases d'une déontologie médicale désormais portée par le Conseil de l'ordre des médecins.

Nous reviendrons plus tard sur l'usage déontologique qui a été fait de ce texte, mais il est nécessaire de constater qu'il s'inscrit de façon particulièrement pertinente, à un tournant de la place sociale de la médecine, qui s'inscrit directement dans les bouleversements que nous avons étudiés, concernant les transformations du travail et de la protection sociale et, surtout, les liens qui désormais réunissent les deux mondes de la médecine et du travail sous une même problématique :

- Les lois sur les assurances sociales et les accidents du travail introduisent une question qui va bouleverser le recours à la médecine, celle des « droits » non pas à la santé, mais à l'accès gratuit aux soins, modifiant donc la place du médecin ;
- La position de la médecine s'inscrit dans un rôle alors ouvertement défini de conservation des forces productives, alignant progressivement les représentations sociales de la santé sur celles du travail ;
- La remise en question de l'indépendance médicale et l'apparition d'un contrôle plus étroit des médecins, par ce « tiers » qui désormais, paye et a un droit de regard ;
- Enfin, la médecine devient, avec les nouvelles avancées techniques, une arme potentiellement dangereuse et interroge la responsabilité du praticien dans le cadre d'actes dont l'objectif premier n'est pas le soin.

[173] Louis Portes fut le second président du Conseil national de l'ordre des médecins, en 1943 (après le professeur Leriche, en 1941), il fut ensuite reconduit après la guerre et jusqu'aux années cinquante. Il fut à l'origine du premier Code de déontologie médicale, en 1947.

Si le contrat de travail fait beaucoup travailler les juristes de l'époque, la question du travail indépendant émerge. Comment alors, dans l'immédiate après-guerre, se définit une « profession libérale » ?

*Profession libérale et fonction publique*

Les règles d'exercice de la profession médicale se sont établies à partir de celles, prévalant dans les professions libérales, garantes d'une pratique indépendante. La notion de liberté est inhérente à l'acte médical, y compris lorsque celui-ci est exécuté dans le cadre d'un contrat de travail[174]. La question du contrat de travail est donc secondaire dès lors qu'il s'agit de questionner les conditions de la pratique médicale, c'est d'ailleurs aussi sur cette conviction que Freidson règle la question du statut sous lequel exerce la profession médicale. Pour Duhamel, le risque est pourtant là et les plaintes des médecins sembleraient le prouver. Ces débats pourtant n'ont lieu d'être que si l'indépendance de la médecine est un présupposé historique sur lequel tout le monde s'accorde. Il est cependant possible de poser la question un peu différemment, en déplaçant le propos. Penser la dépendance médicale à partir des conditions juridiques de l'exercice risque de limiter l'analyse à celle d'une situation de travail classique, distinguant le travail subordonné du travail indépendant. Or, la question fondamentale posée par les deux auteurs n'est pas seulement celle de l'indépendance statutaire du médecin, mais plutôt de la nature de la subordination susceptible de s'exercer dans le cadre de sa pratique.

On ne peut en effet espérer caractériser l'activité médicale à partir de son statut juridique, puisque la médecine peut aujourd'hui s'exercer sous toutes les formes contractuelles ou statutaires possibles. Un médecin peut être travailleur indépendant ou militaire, actionnaire d'une clinique ou fonctionnaire de l'État, chef d'entreprise ou remplaçant. Cette diversification est importante à prendre en compte car elle évolue dans le temps. Les médecins retraités interrogés au début des années quatre-vingt-dix par l'équipe de Claudine Herzlich exerçaient en très grande majorité en médecine libérale, seulement 9 % d'entre eux étaient salariés[175]. Aujourd'hui, on constate que la pratique libérale concerne 59 % des médecins, et que la pratique salariale non hospitalière a augmenté, entre 1995 et 2005, de 28,9 %, quand les effectifs médicaux n'ont augmenté que de 10,8 %.[176] Cette évolution importante est à mettre en regard avec le fait que la médecine salariée n'est reconnue que

174 Calisti L. et Rey. J.-F, " Indépendance professionnelle, réalités et imaginaire ", *Prévenir*, mars 81/3, p.23-34.

175 Herzlich C. et alii, *50 ans d'exercice de la médecine en France*, Doin, Paris, 1993.

176 Sources : Répertoire ADELI, cité dans le rapport 2006-2007 de l'ONDPS, Tome 1 : La médecine générale, p. 15.

depuis 1929 et surtout que les médecins hospitaliers n'ont de véritable statut[177] que depuis 1958[178].

Cet éclatement des statuts ne doit pas faire oublier qu'au départ, la profession médicale était exclusivement libérale et que cette organisation a posé les bases de son institutionnalisation. Les représentations que nous avons de cette catégorie de travailleurs sont marquées par l'opposition au statut de salarié et justement, par l'absence d'un principe de subordination. Mais le contrat de travail sous sa forme moderne est relativement récent, alors que la profession libérale est plus beaucoup plus ancienne et ne peut donc se définir uniquement par opposition au travail salarié. C'est à l'étude de la profession libérale que s'est consacré Jean Savatier, lors de sa thèse de droit privé dans les années quarante, qui fait encore autorité[179].

Précisons que nous sommes donc au lendemain de la guerre, que le Conseil national de l'ordre des médecins, qui avait été créé en 1941, dissous à la libération, a été réhabilité par l'ordonnance du 24 septembre 1945. L'étude porte sur la profession libérale au sens générique du terme, et présente ainsi l'avantage de ne pas être circonscrite à un champ d'activité mais à une catégorie d'actifs. Il y inclut essentiellement les avocats, mais aussi les architectes, « jeune » profession libérale à ses yeux. En outre, même si le droit a évolué depuis, les questions qu'il pose sont en lien direct avec la nécessité de qualifier les statuts des professionnels, en particulier par rapport à la question de la subordination salariale.

Ce modèle professionnel, qui fonde ce que Jean Savatier nomme les professions libérales, ressemble à s'y méprendre à la profession selon Freidson. L'un comme l'autre lui attribuent les qualités du travail intellectuel, de l'expertise, de l'autonomie décisionnelle, du contrôle corporatif, de la maîtrise de la formation etc. L'un comme l'autre aussi tentent de définir ce modèle à partir de comparaisons avec d'autres secteurs, et c'est là que les premières différences apparaissent, qui peuvent étonner. Pour Freidson, si le statut juridique n'est pas totalement décisif, il est quand même très fortement impliqué dans la définition. Ce qui caractérise pour lui la profession médicale est qu'elle est une profession consultante, et que le travail du médecin est, dans ce cadre, essentiellement guidé par sa relation avec son client. Jean Savatier fait une tout autre analyse. Pour lui, certes la relation entre le professionnel et son client est importante (encore qu'innomée, comme nous l'avons vu), mais c'est surtout

---

177 Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire sur ce statut de praticien hospitalier, qui n'est pas vraiment un statut de la fonction publique, mais y est seulement assimilé. Ce statut permet des doubles fonctions (PU-PH ou MC-PH) et n'interdit pas une pratique libérale, Orio M., *Le personnel médical hospitalier, formation et statuts*, ENSP, 1997.

178 Péquignot B., " Médecine libérale / médecine salariée : quelles origines, quels rapports entre elles ? ", *Prévenir*, mars 81/3, p. 7-16.

179 Savatier J., *La profession libérale…*, *op.cit.*

l'origine de la légitimité du professionnel qui interroge son indépendance. Or, cette légitimité est tout entière le résultat d'une délégation de pouvoir de la puissance publique, par l'intermédiaire des organisations professionnelles qui jouissent d'une délégation de souveraineté de l'État.

Jean Savatier fait remonter à l'Ancien régime l'origine de cette délégation de souveraineté de l'État, en rappelant qu'alors, les métiers distinguaient les arts libéraux et les arts mécaniques. Ces arts libéraux, exercés par des professions dites libérales, ne pouvaient s'exercer dans la trivialité d'un marché, mais dans la mise en œuvre de fonctions nobles et donc supérieures. Cette notion de « supérieure » s'applique ici autant à la fonction cérébrale (il s'agit de professions qualifiées d'intellectuelles) que sociale (pratiquées par les couches élevées de la société). Elle se manifestait en outre par l'ouverture possible de ces professions aux nobles, qui dérogeaient s'ils s'abaissaient en s'adonnant à une activité manuelle ou de négoce. Un grand nombre de médecins ont d'ailleurs été anoblis sous l'Ancien régime, au titre de leurs « mérites ».[180]

La délégation de souveraineté de l'État s'exerce, au XX^e^ siècle, par les organisations professionnelles, représentant l'« ordre » médical. Ainsi, de l'entrée dans les professions, contrôlée par le diplôme, aux conditions d'exercice de ces professions, régulées par les organisations professionnelles, les professions libérales sont vouées à l'État, non dans un sens hiérarchique direct, mais sous une forme de complicité que l'on pourrait qualifier de complicité de classe. Car quel est le critère qui, selon le juriste, permet de distinguer ces professions ? Jean Savatier choisit de partir de la nature de leur activité : « les membres des professions libérales se voient confier des intérêts qui sont étroitement attachés à la personnalité même de leur client, qui font corps avec elle »[181]. La conséquence de ce caractère particulier de l'activité est l'intérêt que lui accorde l'ordre public qui « sera donc intéressé, d'une part à la protection de la liberté du client par rapport au professionnel, et d'autre part, à la liberté de ce professionnel lui-même qui se trouve liée à la liberté du client »[182]. C'est ce qui donne le sens de la mission confiée aux professions libérales.

Pour Jean Savatier, qui défend la haute moralité de ces professionnels, il ne fait pourtant aucun doute que la puissance publique soit intéressée par la prestation du professionnel libéral, puisqu'il agit en son nom ou au moins conformément à ses principes. Comme elle d'ailleurs, le professionnel n'est pas rémunéré pour le service qu'il rend. Et c'est là un autre

---

[180] Chaussinand-Nogaret G., « Nobles médecins et médecins de cour au XVIII^e^ siècle », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, 1977, vol. 32, n°5, p. 851-857.

[181] Savatier J., *La professions libérale…*, *op. cit.*, p. 40.

[182] *Ibid.*, p. 42.

élément fondamental que l'auteur soulève, à savoir la nature de la rémunération du membre d'une profession libérale. Il exerce, nous l'avons dit, cette activité dans le cadre d'un contrat innomé, qui pourtant se rapproche plus du mandat que du contrat de louage de service ou d'entreprise. Le mandat, c'est « agir pour le compte d'autrui ». Et le mode de rétribution du professionnel est l'honoraire, qui ne paye pas une prestation estimée à une valeur donnée, mais qui représente une gratification qui ne peut égaler la valeur du service rendu. L'honoraire contribue d'abord à faire vivre le professionnel (c'est un « salaire d'ami »), comme le traitement fait vivre le fonctionnaire[183]. Le travail ici n'aurait donc pas de valeur économique, exactement comme le travail du fonctionnaire, qui n'a pas d'équivalent en valeur financière, mais qui contribue à un service public. En mettant, par principe, le client en dette incompressible vis-à-vis d'un membre d'une profession libérale, Jean Savatier accorde à ce dernier une position de pouvoir également incompressible, comme le citoyen est sous la domination de son État.

L'opposition entre profession libérale et fonction publique n'aurait donc, fondamentalement, pas lieu d'être. Les professions libérales constitueraient une forme de fonction publique, que l'on pourrait presque désigner comme la quatrième. Après les fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière, il y aurait une « fonction publique libérale », au registre de laquelle sont inscrits les médecins et les avocats.

L'idée est n'est pas seulement séduisante, elle est féconde. Elle semble régler, provisoirement du moins, la question de l'autonomie des professions, puisqu'elle déplace cette autonomie sur le registre d'une délégation de souveraineté. Mais au moment où la profession médicale se dote d'un « ordre » et que la sécurité sociale se généralise, comment vont s'organiser les médecins pour répondre à cette nouvelle mission qui semble désormais leur être confiée ?

*1945-2003 : permanence des cadres et déplacement des sujets*

La seconde guerre mondiale marque un tournant dans l'organisation de la profession médicale en France. L'inquiétude était déjà là, comme en témoignent les propos de Duhamel en 1934. Mais c'est après la guerre que le « colloque singulier » se transforme en mythe, dans le sens de « méta-langage » que lui donne Roland Barthes[184]. Le « colloque singulier » comme principe fondateur mais aussi comme seule condition de réalisation de l'acte médical,

[183] Et l'émolument fait vivre le médecin hospitalier.

[184] Barthes R., *Mythologies*, Paris, Le Seuil, 1957.

que les médecins font aisément remonter à Hippocrate[185], a pourtant une histoire portée par une rhétorique dont la portée politique est masquée par son caractère universel.

*La Morale médicale, mère de l'éthique ?*

En 1955 s'est tenu, à Paris, le premier congrès de « Morale médicale », à l'initiative du Conseil national de l'ordre et à la suite du premier code de déontologie médicale paru en 1947, et qui constituait depuis 1949 un texte juridique de nature réglementaire. En nous livrant une analyse minutieuse des textes produits à l'occasion de ce congrès, Weisz montre qu'un des enjeux les plus importants de cette manifestation était d'affirmer l'indépendance professionnelle des médecins[186].

Ce congrès arrive dans une situation très particulière qui est celle de la France de l'après-guerre. L'élite médicale est alors confrontée à une situation délicate. Le Conseil de l'ordre avait été institué en 1941, donc sous Vichy, puis a été dissous quelques mois à la libération, avant d'être établi à nouveau. Il lui fallait alors affirmer que sa moralité ne pouvait pas être remise en cause. Il faut noter ici que la marque d'un « Ordre Vichyste » de ce Conseil reste encore aujourd'hui bien vivante et se réactualise à chaque fois qu'un doute plane sur sa probité. François Mitterrand voulait le dissoudre en s'appuyant en grande partie sur ce motif. Au lendemain de la guerre, un tel « blanchiment » était d'autant moins évident que Portes, qui le dirigea entre 1943 et 1945[187], fut reconduit à la libération, provoquant certains remous. En gardant le même président, le Conseil affirmait sa probité désormais incarnée par celui qu'il désignait comme ayant résisté à la puissance allemande. Une résistance qui se manifesta à la veille de la libération de Paris par un message envoyé aux médecins de la capitale le 8 juillet 1944 : « Le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés ils n'ont d'autre mission à remplir que leur donner leurs soins, le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager »[188]. Aujourd'hui encore, le Conseil préfère ne pas être trop marqué par cette période sombre de son histoire, et dater sa

---

[185] Une référence que nous avons trouvée dans certains écrits médicaux et qui permet, de désocialiser les conditions de son élaboration, puisque qu'Hippocrate est d'abord, pour les médecins, celui qui a édicté le serment par lequel ils ont été introduits dans la profession, quand bien même celui-ci a subi de tels remaniements que le texte original a quasiment disparu. Mais cette référence intemporelle lui confère une dimension universelle et s'impose alors comme une évidence. La « tradition hippocratique » est ainsi souvent invoquée sans qu'il ne semble nécessaire de définir ce qu'elle contient ni ce qu'elle entraîne.

[186] Weisz G., « The origins of medical ethics in France : the international congress of *Morale Médicale* of 1955 », dans *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, op. cit, p.145-161.

[187] Entre 1941 et 1943, le Conseil de l'Ordre des Médecins fut présidé par le Professeur René Leriche, qui démissionna en 1943.

[188] Un message qui est aujourd'hui inscrit sur les murs du Conseil National.

naissance avant la guerre : « La chronologie historique des faits rapportés confirme à l'évidence que le projet de la création d'un Ordre des Médecins en accord avec les syndicats médicaux et l'Académie de Médecine date incontestablement de l'année 1929 »[189] annonce ainsi l'hagiographe officiel du Conseil.

L'histoire du Conseil de l'ordre des médecins n'a pas, à ma connaissance, fait l'objet d'un travail d'historien, restituant les faits dans les contextes problématiques d'une époque complexe. Cependant, le poids du silence produit son effet de « réputation » et l'homme dont l'image risquait d'être entachée devait faire preuve d'une morale irréprochable et édicter lui-même les règles déontologiques de la profession. Portes en fit son principal objectif et il y travailla avec Duhamel, dont il reprit l'expression de « colloque singulier » en le plaçant dans un rapport abstrait mais fortement prescriptif : « tout acte médical normal **n'est, ne peut être et ne doit être** qu'une confiance qui rejoint librement une conscience ».[190]

Cette expression scelle le secret médical, que Portes présente alors comme « la pierre angulaire de l'édifice médical, et il doit le rester, parce qu'il *n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret* »[191].

Le premier Code de déontologie médicale, paru en 1947, réglait essentiellement les rapports de confraternité et les conditions de l'exercice médical, mais il disait peu de choses sur les relations entre médecins et malades, en dehors de quelques allusions à ses « devoirs d'humanité ». Les « droits des malades » n'existaient pas, leur information était laissée à l'initiative du médecin, étant explicitement stipulé qu'un « pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade »[192].

Ce contexte de l'après-guerre permet également de comprendre l'importance accordée alors à la question de l'expérimentation humaine, largement pratiquée par les nazis dans les conditions que l'on connaît. Les médecins y ont pris une part certaine et c'est l'ensemble de la profession qu'il était nécessaire de mettre en garde et de prévenir contre toute tentation d'obéissance à un pouvoir politique. Du moins, cet exemple ignoble a pu servir d'argument

---

[189] Pouillard J. *Historique de l'Ordre National des Médecins 1845-1945*. Ce texte figure sur le site du CNOM et constitue le seul historique « officiel » du Conseil. Le Docteur Jean Pouillard est vice-président du CNOM et il est précisé, en préalable, que ce texte fut « présenté à la Société Française d'Histoire de la Médecine : séance du 15 mai 2004 », juste avant une citation d'Alfred Sauvy situant l'enjeu : « Personne n'ose chercher la vérité. Ceux qui cependant la cherchent n'osent la trouver. Ceux qui cependant la trouvent n'osent pas la dire. Ceux qui la disent ne sont pas écoutés ».

[190] Portes L., *A la recherche d'une éthique médicale*, Masson & Cie / PUF, Paris, 1954, p. 168, passages *soulignés par l'auteur*. Ce volume de textes écrits par Portes, décédé en 1949, fut publié à la veille du congrès de 1955 afin de servir de guide à la réflexion collective.

[191] *Ibid.*, p. 153.

[192] Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant Code de déontologie médicale, article 31.

pour rejeter toute intervention publique dans l'acte médical. L'Académie de médecine s'était emparée de ces questions qui, avec l'avancée des nouvelles techniques médicales et expérimentales, prenaient une nouvelle ampleur[193].

L'autre élément déterminant de l'époque était l'expansion des assurances sociales avec la création de la Sécurité sociale en 1945. Son extension progressive aux fonctionnaires puis aux professions non-salariées, qui s'est poursuivie dans les années soixante, rendait urgent l'établissement d'une doctrine qui protège le médecin de tout contrôle du « tiers-payant ».

La puissance potentielle que confèrent aux médecins les nouvelles techniques médicales et la crainte d'un contrôle de l'activité médicale par des « fonctionnaires » constituent alors les deux menaces clairement exprimées par Portes devant l'Académie des sciences morales et politiques, en 1948, rapportées par le doyen de la faculté de droit de Paris, le Pr. Julliot de la Morandière, qui reconnaît que si les principes de liberté et de secret ne sont pas fondamentalement remis en cause par ces évolutions, leur application est devenue problématique[194].

Très minutieusement préparé par une succession de travaux et de publications, émanant du Conseil de l'ordre, mais aussi d'associations de médecins catholiques, le premier congrès de morale médicale devait permettre de revisiter le Code de déontologie tout en commémorant le 10e anniversaire de la création du Conseil. Les débats étaient encadrés par des publications qui comprenaient trois volumes. Le premier était consacré à « la compétence professionnelle médicale » où l'on trouvait les principes de régulation interne de la profession, y compris l'attribution de la compétence de spécialiste. Le second volume traitait de la « morale médicale » autour de plusieurs thématiques : la confidentialité médicale, le consentement du patient et l'indépendance du médecin en constituaient un premier ensemble de textes ; les nouvelles procédures de diagnostic, de traitement et d'expérimentation en constituaient un second. Enfin, le troisième volume « invitait » des juristes à apporter leur point de vue, à partir d'études de droit comparé, réalisées dans le tout nouveau centre de droit médical adossé à la faculté de droit de Paris.

Weisz fait remarquer que les questions relatives aux débats qui animaient l'opinion publique étaient absentes du programme. Il n'était pas question d'avortement, de stérilisation ou d'insémination artificielle, pas plus d'ailleurs que d'euthanasie. On pourrait se risquer à penser que ces questions n'étaient pas, pour ces médecins, « médicales » au sens propre du terme, puisque justement elles concernaient plus « la » société que « leur » société, dont ils

---

[193] Weisz G., « The origins of medical ethics… », *op. cit.*, p. 147.

[194] *Ibid.*, p. 149.

étaient soucieux de démontrer l'indépendance. Portes, qui était gynéco-obstétricien, traite de l'avortement criminel dans un de ses textes publiés en 1954. La façon dont il segmente son propos est éclairante de la façon dont il définit le rôle du médecin[195]. L'avortement lui-même n'existe pas « médicalement » puisqu'il est condamné sans appel, et ceux qui le pratiquent, y compris dans des cliniques privées pour des patientes fortunées, sont « tarés ». Le problème « médical » qui subsiste reste celui du traitement des patientes arrivant à l'hôpital dans des états souvent déplorables suite à ces avortements clandestins, et dont Portes dénonce les mauvais traitements dont elles sont l'objet. Il recommande ainsi de bien les soigner en tant que « malades », tout en condamnant leur acte, et il adresse un certain nombre de recommandations aux médecins : éviter tout contact avec les avorteurs, préférer donner des soins dans un établissement plutôt que dans un cabinet afin qu'aucun doute ne subsiste sur la légalité de leur geste, et prévenir l'Ordre afin que celui-ci puisse le protéger en cas d'accusation de pratique d'avortement. La question médicale relative à l'avortement se limite ici à deux seuls aspects : les soins à celles qui deviennent des « malades » et la protection du médecin qui doit les soigner, mais sans ambiguïté.

L'étude approfondie que réalise Weisz des « minutes » du congrès fait apparaître un certain nombre de débats montrant les références sociétales de l'éthique médicale en France.

Un premier ensemble de débats vient alimenter la problématisation de l'autonomie médicale. Celle-ci semblait, professionnellement, menacée par l'évolution des statuts sous lesquels les médecins pratiquaient leur art. Nous sommes alors à la veille de la réforme de 1958 qui a institué le temps plein hospitalier. Le principe de rémunération des praticiens n'était donc plus, systématiquement, celui des honoraires, dont on a vu la forte portée symbolique. Même dans ce cas, les honoraires pouvaient désormais être fixés par l'Assurance-maladie. Cette position de dépendance financière mettait alors en cause l'autonomie de la décision thérapeutique, angle d'attaque du système choisi par les organisateurs du Congrès. La rhétorique de la centralité de la relation « médecin-malade » autour du « colloque singulier » doit s'affiner et se justifier par des considérations « morales ». C'est alors le « désintéressement » qui caractérise les arguments déployés. Pour résumer, le médecin ne peut réellement se consacrer au bien-être de son patient et uniquement à celui-ci s'il n'est pas totalement libre de ses actes et de ses prescriptions, ce qui n'est vraiment possible que s'il est aussi chargé de la totale responsabilité de leurs conséquences, et donc dans une situation d'indépendance statutaire. L'imprégnation forte d'un humanisme catholique permettait

---

[195] Portes L., « À propos de l'avortement criminel », dans *A la recherche d'une éthique médicale, op.cit.*, p. 53 et suiv.

d'associer le secret médical à celui de la confession, dans un altruisme où seule la « charité » guide les actions.

Il faut ici faire une petite digression à propos de cette idée de « charité » qui structure l'ensemble du débat et oppose l'élite médicale à sa base, soucieuse d'abord de gagner sa vie. Pinell a montré, à propos de la lutte contre le cancer, que la charité dite individuelle s'inscrit dans un jeu collectif au sein des classes dominantes, et qu'elle représente aussi une forme de capital social qui contribue sans doute à des prises de position particulières au sein de ces classes[196]. Dans quelle mesure alors, ne pourrions-nous pas comprendre l'acharnement des médecins à ce qu'on leur garde « leurs pauvres », dans une volonté de maintien d'une position « noble » que les assurances sociales risquaient de leur enlever, dès lors que leurs actes sont collectivement évalués et toujours rémunérés ?[197] D'un point de vue économique, la sécurité sociale a été à l'origine de l'explosion démographique des médecins mais aussi de leur fortune, du moins durant les « trente glorieuses ».[198] L'argument dont Duhamel s'était fait le porte-parole est celui du maintien d'une indépendance, mais celle-ci mérite sûrement d'être pensée au regard des profits symboliques de ce statut autant que du profit financier assuré par les conventions médicales. D'ailleurs, les défenseurs de l'indépendance médicale fustigeaient leurs confrères qui se laissaient séduire par des conventionnements avec les mutuelles en dénonçant leur caractère vénal, tombant dans les vices du commerce. Les assurances sociales seraient ainsi perçues comme « dérogeantes », relevant le niveau économique des médecins mais au prix d'une baisse de leur prestige social.

Revenons au congrès de 1955. Un second ensemble de débats s'organise autour des questions d'information et de consentement du patient. Ce dernier est placé dans un état quasi infantile et n'est pas vraiment en mesure de comprendre la rationalité scientifique médicale. Témoignant d'une réelle lucidité sur l'effet de leur formation, les communications médicales font état de l'impossibilité d'informer le patient à la mesure de la connaissance du

---

[196] Patrice Pinell incite d'ailleurs les chercheurs à penser ces œuvres charitables dans une perspective de rapport social propre aux classes dominantes : « Situer les enjeux des associations charitables en s'en tenant à l'étude des rapports qui lient riches et pauvres, dominants et dominés, réduit le phénomène à son aspect le plus explicite et conduit à ignorer ce qui, dans cette appétence pour la charité, relève d'enjeux internes aux classes dominantes ». Pinell P., *Naissance d'un fléau…*, *op.cit.*, p. 132.

[197] Une position d'ailleurs qui s'inscrit dans la fonction de la dette qui, impayable, aliène l'endetté, comme Mauss l'a montré dans son *Essai sur le don.* Et ce n'est pas non plus très différent (mais c'est dit bien différemment) de l'analyse que propose Lacan de la charité, cet « archi-raté », autrement dit un ratage du point de vue de sa destination affichée, mais qui, du point du vue de son efficacité à laisser les choses telles qu'elles sont (et donc à conserver l'ordre, même injuste), serait plutôt une réussite. Du moins est-ce ainsi que je le comprends…

[198] Bloy G., « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus », dans Bloy G. et Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Editions de l'EHESP, Rennes, 2010, p. 75-95.

médecin, puisque celui-ci ne possède pas les outils de la rationalité scientifique[199]. Ce n'est donc pas l'information qui devient impossible, mais sa transmission, puisque celle-ci nécessite un accès préalable à une connaissance théorique et intellectuelle que les malades n'ont pas. Cette interdiction d'accès s'organise sur le mode d'un rapport au savoir que Weber a décrit dans *Hindouisme et Bouddhisme* comme une forme de « domestication des masses » et qu'a analysé Isabelle Kalinowski : « Brandir le livre, c'est pouvoir se dispenser de la performance orale qui était seule à même, avant le livre, d'attester la possession du savoir. Le livre est économique : sa propriété, dans la mesure où elle reste discriminante, fonde la classe de ceux qui sont « censés savoir » mais qui n'auront peut-être jamais à en donner d'autre preuve que la manipulation de cet objet »[200].

En outre, l'information aux malades et à leurs proches n'est pas possible lorsque, pour préserver leur moral et leur donner ainsi de meilleures chances de guérir, il est nécessaire de leur cacher la véritable nature d'une pathologie. Cette information, qui est indiscutablement liée au consentement « éclairé » ne peut donc, selon les auteurs, faire l'objet d'un quelconque document écrit. Les médecins mettent ainsi en garde contre toute formalisation du consentement qui conduirait uniquement à déresponsabiliser les médecins mais qui n'apporterait pas vraiment d'éclairage opportun aux patients, si ce n'est de les plonger dans l'angoisse d'une mort prochaine, ou dans le doute sur la compétence du médecin auquel ils se sont confiés. On revient au principe même du « colloque singulier », qui entraîne une relation de confiance, c'est-à-dire comme un acte selon lequel le patient se confie, littéralement, au médecin.

Enfin, il faut dire un mot sur la place du discours juridique au sein des débats du congrès de 1955. Cette place est complexe, car les juristes invités étaient à la fois critiques et complaisants. René Savatier, professeur à la faculté de droit de Poitiers, semble avoir provoqué quelques remous en critiquant l'attitude paternaliste des médecins à l'égard de leurs patients, en particulier lorsqu'ils refusent de les informer sous prétexte de les protéger. Le duel se déroule à « fleuret moucheté », puisque ces professionnels appartiennent au même monde, mais ils se réclament de références divergentes. Les accusations de René Savatier semblaient suffisamment mesurées pour ne pas entacher la respectabilité dans laquelle il tenait les médecins, tout en les avertissant des risques qu'ils encouraient à ignorer le droit.

---

[199] Ce qui place l'impossibilité non plus au niveau de l'information elle-même, mais à celui de l'accès à l'information.

[200] Kalinowski I., « Frontière du sacré et frontière du savoir dans Hindouisme et bouddhisme de Max Weber, dans Cavalin T., Suaud S., Viet-Depaule N., *De la subversion en religion*, Karthala, Paris, 2010, p. 121-122.

Près de vingt ans plus tard, la polémique ne semble pas apaisée lorsque René Savatier écrit, à propos de l'obligation d'humanisme auquel sont astreints les médecins :

> « Je noterai seulement ici le siège des tendances à un malentendu entre médecins et juristes, que j'ai souvent et amicalement rencontré dans des congrès médicaux, au confluent de deux humanismes[201]. Le juriste sait bien que le médecin sera son maître le jour où lui-même s'étendra sur la table d'opération. Mais il est rebelle aux réflexes portant le médecin à considérer qu'en tant que maître, pour apprécier le bien de celui-ci, notamment pour lui dire ou non la vérité, pour le forcer à subir les soins que le médecin lui estime salutaires, et, du même coup, les risques dont le médecin estime n'avoir point à répondre, devant les juges, du moment qu'il les a crus médicalement justifiés. Car le professeur Portes, inspirateur du Code médical français de déontologie, a vu médicalement, dans tout malade, un mineur, et, dans le médecin, son tuteur naturel et omnipotent.
>
> Ce complexe de supériorité, qu'heureusement beaucoup de médecins savent tempérer ou maîtriser, répugne à la jurisprudence française. Elle ne nie pas, sans doute, chez le médecin, et pour la protection du malade, une sorte de quasi-tutelle [...] Mais elle laisse, en principe, sur la tête du malade, la liberté de ne pas disposer de son corps au gré du médecin. Et elle n'admet pas celui-ci à lui cacher, sans engager sa responsabilité civile, ce qu'il se propose de faire de ce corps, en s'abstenant d'indiquer au patient les risques, même graves, de son initiative »[202].

L'enjeu défini dans ce texte est bien le statut juridique d'une action sur les corps, dont le juriste affirme qu'il ressort de la République et dont le médecin revendique le monopole au nom de sa compétence en « la matière ». Entre ces deux « professions libérales » sorties de la Révolution française[203], le débat est certes policé, mais il est fondamental.

Il reste que les juristes renonceront à définir la nature du « contrat » qui s'établit entre le médecin et le patient. Dans les écrits de Jean Savatier postérieurs à sa thèse, la qualification de « contrat innomé » semble avoir disparu. En revanche, c'est le « colloque singulier » qui semble se rapprocher le plus de la qualification juridique de ce « contrat », comme l'écrit le juriste, vingt ans après la parution de *La profession libérale* :

> « Le praticien indépendant est lié à son client par contrat, et il encourt donc une responsabilité contractuelle à son égard. En revanche, il n'est soumis à aucune directive de la part de tiers ou d'administrations quelconques dans la conduite de son activité. Il jouit donc d'une liberté thérapeutique complète pour prescrire à son client le traitement

---

[201] René Savatier fait ici référence au chapitre VIII de son ouvrage, *Métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, intitulé « Au confluent de deux humanismes ».

[202] Savatier R., « La responsabilité médicale en France (Aspects de droit privé) », *Revue internationale de droit comparé*, Vol 28 n°3, Juillet-septembre 1976 p. 493-510.

[203] Et qui gardent des valeurs communes que sont l'indépendance, le désintéressement ou la loyauté, que L. Karpik a bien étudié à propos des avocats, même si le « professeur de droit » peut être assimilé à un fonctionnaire, il n'en bénéficie pas moins d'un statut universitaire particulier qui lui donne le droit, aussi d'exercer une « profession libérale » et d'être en même temps inscrit au Barreau. Karpik L., *Les avocats. Entre l'Etat, le public et le marché. XIII^e-XX^e siècle*, Gallimard, Paris, 1995.

> qui lui paraîtra opportun, en appréciant seul, en fonction de sa science et de sa conscience, les méthodes thérapeutiques qui conviennent au cas devant lequel il se trouve.[…]
>
> Tel est le statut de la profession médicale qui demeure à la base du droit positif. Ce statut s'accorde parfaitement avec l'analyse que les médecins se plaisent à faire de la nature profonde de l'acte médical. Fondée sur une observation psychologique, et inspirée des préoccupations morales, cette analyse insiste sur le **colloque singulier** qui s'établit entre le médecin et le malade, et sur la richesse de la relation interpersonnelle qui naît entre l'un et l'autre. […]
>
> De ce **colloque singulier** entre deux personnes engagées dans une relation où elles sont aussi profondément impliquées l'une et l'autre, les tiers doivent être écartés. Et c'est la justification des règles déontologiques fondamentales que le corps médical considère habituellement comme nécessaires à l'exercice d'une bonne médecine. Cette « Charte Médicale » comporte le libre choix du médecin par le malade, l'obligation au secret professionnel, la liberté thérapeutique et enfin la libre discussion des honoraires assortie de leur paiement direct par le malade au médecin. »[204]

À la lecture de ce large extrait, on pourrait penser que les médecins ont acquis à leur cause les juristes et ont réussi le coup de force d'inscrire leur propre conception de l'indépendance médicale dans le droit positif. Or, le processus est plus subtil et c'est compter sans la grande dextérité des professeurs de droit dans le maniement de la dialectique. Après avoir souligné distinctement dans son texte l'expression « colloque singulier », l'auteur fait état des « facteurs d'évolution du statut de la profession »[205] en mettant en avant des éléments nouveaux : la **spécialisation**, qui induit une nouvelle organisation du **travail en série** et le recours à des **investissements,** lesquels entraînent une forte « **concentration** de la distribution des soins médicaux dans de véritables entreprises ». Enfin, l'auteur convoque la **médecine sociale** qu'il refuse de distinguer de la médecine libérale. Ainsi, face à la « charte médicale », le juriste oppose un niveau supérieur de légitimité, la Constitution Française : « La conscience sociale, s'exprimant par les Déclarations de droits, nationales ou universelles, attribue [aux médecins] un rôle actif pour la protection de la santé de l'ensemble de la population. La nation, dit le Préambule de la Constitution Française de 1946, « garantit à tous la protection de la santé ». Si équivoque que soit l'expression, on parle fréquemment aujourd'hui de « droit à la santé ». Cela ne peut avoir de sens que si l'État apparaît comme débiteur de certaines prestations en matière de soins médicaux, et cela ne peut aller sans une modification du statut des médecins appelés à concourir à une sorte de service public de la santé ».[206]

---

[204] Savatier J., « Le statut juridique du médecin dans la société contemporaine », *L'effort*, n°4-5, Juillet-Octobre 1967, p. 78-79. L'expression « colloque singulier » est en gras dans le texte, de même que les termes que nous faisons apparaître en gras dans la suite de notre propos.

[205] *Ibid.*, p. 80.

[206] *Ibid.*, p. 83.

L'argument détruit ainsi habilement le schéma du colloque singulier en l'attaquant par les deux fondements utilisés par les médecins eux-mêmes : d'une part l'organisation du travail médical qui n'est plus valide dès lors que le médecin devient **entrepreneur de soins**[207] et, d'autre part, la confiance individuelle que porte le malade à son médecin, qui ne peut se substituer à une mission plus noble et plus grande que celle du service public dans le pays des Droits de l'Homme. Il n'est donc pas besoin de priver les médecins de leur « colloque singulier » pour les rattacher au giron de l'État, et c'est ce qui va marquer l'évolution de la déontologie médicale durant les années suivantes.

*La déontologie médicale et le principe de la liberté professionnelle.*

Pour René Savatier, la juridiction que représente l'Ordre ne se substitue à aucune autre juridiction civile ou pénale. Un Ordre ne doit pas être pensé comme un gage de l'autonomie d'une corporation, mais plutôt comme une création de l'État, et peut même être considéré comme un service public[208]. Concernant le Conseil de l'ordre des médecins, le fait est avéré, puisque c'est bien l'État qui a souhaité la mise en œuvre de cet Ordre, entraînant dans un premier temps la suppression des syndicats médicaux. Lorsque l'Ordre fut rétabli en 1945, les syndicats étaient à nouveau autorisés et la répartition des fonctions entre les uns et les autres commença à être discutée. Au final, les syndicats se retrouvèrent dans un rôle de défense des intérêts de leurs membres, comme leur fonction naturelle les y destinait, et l'Ordre chargé de défendre « la profession », en principe non comme une corporation, mais dans sa fonction de service public. Cela ne fut pas simple, car l'Ordre n'a jamais vraiment eu en France un pouvoir suffisamment ancien pour s'affirmer face aux universités et aux syndicats professionnels. Nous avons vu qu'après la guerre, il avait en charge de qualifier les spécialistes alors que, dans le même temps, l'Université créait des diplômes constituant une autre voie de qualification par la certification qui s'est rapidement imposée. Il restait à l'Ordre, en lien avec son pouvoir juridictionnel, la fonction d'élaboration de la déontologie médicale. Celle-ci s'appliquait à tous les médecins, quelles que soient les conditions contractuelles dans lesquelles ils exerçaient leur profession. Parallèlement, le Code de la sécurité sociale a édicté des règles qui s'appliquaient aux médecins conventionnés, donc indépendamment de celles qui sont inscrites dans le Code de déontologie. Progressivement, le Code de déontologie médicale a intégré des principes du code de la Sécurité sociale. Depuis 1995, le Code de déontologie médicale est intégré au Code de la santé publique.

---

[207] *Ibid.*, p. 84.

[208] Savatier R., « La responsabilité médicale en France… », *op. cit.*, p. 135.

Les principes de l'exercice de l'activité médicale ont été élaborés sur le modèle de la liberté du professionnel, dont la contrepartie est sa propre responsabilité. Cette liberté, conçue dans le cadre de l'exercice indépendant de la médecine, s'étend également à tout praticien exerçant sous statut salarié. Ainsi, le Conseil de l'ordre demande à tous les médecins de lui faire parvenir leurs contrats de travail afin de vérifier que leur indépendance professionnelle est préservée, et met à disposition de leurs employeurs des contrats-types. Du point de vue du droit, la subordination du médecin salarié se limite au contrôle administratif du travail (lieu, horaires) mais ne concerne pas l'acte médical lui-même. Ceci met cette catégorie de salariés dans une situation relativement paradoxale, comme en témoigne la situation juridiquement exceptionnelle des médecins du travail[209].

La déontologie médicale concerne des aspects divers de la pratique. D'un côté, il s'agit de la liberté du médecin (de prescription, d'installation, de fixation des honoraires), de l'autre, de la liberté du patient (du choix du médecin). Mais ces deux principes évoluent et leurs énoncés se modifient au fil des années, avec l'introduction d'une référence à la puissance publique comme organe régulateur et contraignant de ces libertés.

Nous prendrons ici quelques exemples permettant de comparer les Codes de déontologie de 1955, de 1978 et de 1996. Les différences observées portent sur plusieurs points. En premier lieu, il faut noter l'augmentation constante du nombre d'articles : 80 en 1955, 92 en 1978 et 112 en 1996. Cette augmentation est assez significative des évolutions techniques et éthiques des dernières décennies dans ce domaine et rend compte de la diversification des pratiques liées à la spécialisation croissante du corps professionnel. Par ailleurs, certains vocables ont été changés, correspondant aux évolutions du langage. Au-delà de ces modifications formelles ou justifiées d'un point de vue scientifique, des changements plus fondamentaux apparaissent, qui posent la question de la référence sur laquelle s'opère l'énoncé d'une déontologie. Ces textes permettent de repérer comment et sur quel objet s'exprime une autorité susceptible de réguler la pratique professionnelle. Nous citerons quelques exemples portant, d'une part sur la définition du devoir du médecin et, d'autre part, sur sa liberté de prescription.

Concernant le devoir du médecin, les modifications sont de deux ordres. En premier lieu, le texte introduit une notion de service public dans l'activité médicale, en indiquant que le praticien est « au service de l'individu *et de la santé publique* »[210]. S'il n'est pas fait mention

---

[209] Chaumette P., « Salariat, déontologie médicale et intérêt général à propos du statut des médecins », dans Bodiguel J.-L., Garbar C.-A., Supiot A. (dir), *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris, 2000, p. 252-270.

[210] Titre I, article 2 du code de déontologie médicale.

explicitement ici d'une tutelle institutionnelle, la notion de santé publique élargit le service médical au-delà du « colloque singulier ».

En second lieu apparaît, au fil des textes, une référence explicite aux données de la science. Cette évolution est clairement mentionnée dans le texte de 1996, concernant les *devoirs envers les patients* : « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués *et fondés sur les données acquises de la science*, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »[211] S'il s'agit d'une notion elliptique, l'idée que le médecin doive justifier sa pratique au regard d'un savoir légitime est introduite. Mais aussi, cette expression place le médecin dans une position d'exécutant de la science médicale (acquise), et non comme producteur de cette science. L'acte médical y apparaît plus reproductif d'une norme que créatif d'une science.

La liberté de prescription subit également deux types d'évolution. La première concerne le chapitre sous lequel elle est développée : en 1955, elle figurait au sein du titre II, concernant les « devoirs envers les malades ». À partir de 1978, elle passe au titre I, concernant les « devoirs généraux des médecins ». Cette liberté n'est alors plus considérée comme une condition de la qualité de la prestation au regard de la demande de soins, mais comme une attitude relevant autant de la qualité thérapeutique que d'un service public de la santé. C'est ce que confirme la deuxième modification, concernant la formulation, qui introduit une double contrainte, par la loi et la « qualité » : « *Dans les limites fixées par la loi*, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire, *à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles*[212] ». L'idée de limite de la prescription « à ce qui est nécessaire » était présente dans le code de 1955, mais relevait essentiellement de la protection du malade face à la surmédication. En 1996, cette limite fait référence à des normes qui, sans être explicitement dictées par des contingences économiques, n'en sont pas moins suggérées par la référence à la loi. Celle-ci en effet, depuis le plan Juppé, impose aux praticiens de référer leurs prescriptions aux *bonnes pratiques* inscrites dans les références médicales opposables (RMO)[213].

---

[211] Titre II, article 32 du code de déontologie médicale. Les passages *soulignés par moi* concernent les apports récents.

[212] Titre I, article 8 du code de déontologie médicale.

[213] Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet de travaux sociologiques qui permettent d'étudier les formes d'autorité qui s'exercent en médecine, plus souvent au regard des modifications qu'elles entraînent au

Progressivement, le praticien n'apparaît plus comme un professionnel mettant en œuvre sa propre thérapeutique, mais comme un prestataire de services conduit à rendre compte des choix qu'il opère parmi les protocoles à sa disposition. Le code de la sécurité sociale reprend ainsi cette limitation en indiquant que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (art. L. 162-2-1).

Ces quelques exemples posent la question du statut de l'indépendance du médecin, dite ici sous la forme d'une liberté contrainte. Il ne faut pas oublier que le code de déontologie constitue un recueil de règles susceptibles d'être opposées au médecin en cas de plainte, soit d'un patient, soit d'un représentant tutélaire.

On peut comprendre ces évolutions comme un déplacement de la contrainte médicale, un plus fort contrôle tutélaire et une perte de l'indépendance médicale. Cela suppose pourtant que l'on considère que le médecin était indépendant au départ, et qu'il n'avait de compte à rendre qu'à son patient. Ceci, nous l'avons montré, n'est pas tout à fait tenable. Ces évolutions ne montrent donc pas que le médecin est plus contraint aujourd'hui qu'avant, mais plutôt que la contrainte se déplace, tant du point de vue de son objet que du point de vue de sa forme. L'hypothèse que l'on peut ici formuler est la suivante : les médecins, membres d'une profession mais aussi de classes sociales désignées comme suffisamment « nobles » pour d'une part, se montrer digne de la délégation de pouvoir qui leur est accordée et, d'autre part, attirer la confiance des patients, ont semblé, à certaines périodes, particulièrement libres de leurs actes. Cette liberté a par ailleurs contribué à l'amélioration de leurs performances et à l'efficacité de leur science. L'évolution des normes et des valeurs sociales impose, selon ce principe, une évolution quant aux modalités de contrôle de l'action médicale. C'est peut-être ce qui apparaît dans ces restrictions apparentes de liberté de pratique. Le rôle du médecin évolue si sa fonction sociale se modifie et si son utilité sociale se déplace. C'est aussi ce que suggère l'évolution sociale du corps professionnel lui-même, à travers les reconstructions structurelles associées à sa féminisation. Car le primat accordé au caractère reproductif plus que créatif de l'acte médical, en lui proposant des modèles d'application de normes, trouve un écho parmi des catégories sociales qui fondent plus leur légitimité dans la conformité aux prescriptions sociales que dans leur autorité à les énoncer.

---

sein des hiérarchies médicales que d'un point de vue normatif, au regard de ce qu'elles induisent comme déplacement de la responsabilité médicale, cf. Castel P., « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine – commentaire », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°2, Juin 2006, p. 105-112.

*Le XXIe siècle et l'enseignement de l'éthique*

Ce qu'en 1955 les médecins avaient nommé la Morale médicale relève aujourd'hui de l'Éthique médicale. Ce changement de vocable témoigne d'une laïcisation des valeurs auxquelles se réfère aujourd'hui la profession médicale française. Par ailleurs l'éthique est aujourd'hui inscrite dans des lois, dites de bioéthique. Il est nécessaire de les distinguer de ce qui est plus généralement compris sous ce terme et qui constitue un principe moral d'action de la pratique médicale. Aujourd'hui, la bioéthique désigne « un espace public de débat, spécifiquement éthique, qui porte sur l'orientation de la recherche biomédicale et des pratiques thérapeutiques qui lui sont associées »[214]. Elle se distingue de la déontologie et sans doute aussi de la morale telle qu'elle était pensée en 1955, mais elle n'est pas, pour autant, totalement dissociée des pratiques.

Comme le congrès de morale médicale le dessinait, en 1955, les préoccupations de bioéthique ont été fortement corrélées avec, d'une part les expérimentations humaines menées dans plusieurs pays occidentaux avant la guerre, puis par l'Allemagne nazie, en particulier dans les camps de concentration. Mais c'est aussi autour des questions posées par la recherche médicale que l'éthique a vraiment pris sa place dans les institutions de soin, en particulier les hôpitaux. La France a marqué un temps de retard par rapport aux autres pays occidentaux, et tout particulièrement aux États-Unis, et il fallut attendre 1983 pour qu'un premier Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé soit constitué (CCNE)[215]. Ces dernières années, la notion d'éthique s'est, non seulement étendue à tous les aspects de la pratique médicale, mais elle est également présente dans les entreprises, dans la finance, dans le commerce etc. Cette méta-utilisation du terme montre son extraordinaire plasticité en même temps que sa capacité à supporter les discours les plus contradictoires. À côté d'une éthique volontairement subversive, qui consiste à interroger les pratiques scientifiques et médicales dans toutes leurs dimensions, et permet un débat argumenté autour des principes qui les dictent, existe une éthique plus normative, qui aboutit à une moralisation prescriptive des comportements. On en trouve un exemple éclairant dans certaines formes d'enseignement des « sciences humaines » en première année de médecine où l'on peut demander aux étudiants d'apprendre par cœur les lois de bioéthique, dont ils doivent, sur la seule indication du numéro de l'article, réciter son contenu.

---

[214] Bateman-Novaes S., « Bioéthique », dans Lecourt D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004, p. 158.

[215] *Ibid.*, p. 160.

On parle donc beaucoup d'éthique aujourd'hui, une éthique qui, loin de remplir sa mission subversive, peut devenir une « bonne conscience »[216], comme le dénonce Didier Sicard, lui-même ancien président du CCNE. L'éthique, fortement contrôlée par la profession médicale qui de ce fait, conserve le pouvoir d'évaluation sur sa propre pratique, prend le risque d'en rester à un « discours moral sécularisé qui voudrait se substituer au discours religieux » en ayant recours, de la même façon, à « des principes dits fondateurs [...] jusqu'ici d'obédience plutôt anglo-saxonne »[217]. Sicard fait ainsi remarquer que ces principes peuvent se mobiliser dans un sens comme dans l'autre et qu'ils ne constituent aucune garantie d'interrogation fondamentalement éthique. Ce professeur de médecine fait ainsi entendre une voix contestataire dans le chœur policé de certains « éthiciens » qui tendent à faire d'une posture une « matière ».

On peut en effet se demander si la mise en œuvre d'une régulation dite « éthique » de la pratique médicale relève d'un contrôle supplémentaire sur la pratique soignante ou, au contraire, si elle devient un moyen pour la profession de se débarrasser d'une tutelle juridique et bureaucratique écrasante. Il semble que les deux réponses sont possibles, parce que les usages aujourd'hui formalisés de l'éthique peuvent à peu près servir toutes sortes d'intérêts. Il ne s'agit donc pas ici de trancher, mais de montrer de quelle façon l'éthique, comme le « colloque singulier », constituent aujourd'hui des outils dont la manipulation peut tout aussi bien conduire à l'asservissement qu'à la libération d'un débat.

Si les médecins de demain doivent avoir une pratique « éthique », il semble qu'il faut leur « enseigner » ce qui devient une nouvelle « matière ». C'est à l'occasion de cet enseignement que sont fortement mobilisées les « sciences humaines et sociales », dites les SHS[218]. Les chercheurs en SHS ont été d'abord sollicités à l'occasion de la mise en place du CCNE, où pour la première fois, siégeait un collège, rassemblant non seulement diverses professions scientifiques, médicales et paramédicales, mais aussi des représentants de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, de la philosophie ou du droit[219]. Cette pluridisciplinarité large a soudainement donné une forme de légitimité aux savoirs issus de ces disciplines, mais

---

[216] « On n'a jamais autant parlé de l'autre comme on n'a jamais parlé autant d'éthique. Mais de la même façon que l'éthique est une bonne conscience à peu de frais, l'autre est la bonne conscience d'une éthique de pacotille tant que l'altérité n'est pas interrogée. Il y a des « autres » qui sont mieux que d'autres, plus acceptables ». Sicard D., *L'alibi éthique*, Plon, Paris, 2006, p. 132.

[217] *Ibid.*, p. 24.

[218] On pourrait presque dire « la » SHS, comme le font certains étudiants en médecine, désignant ainsi « une » matière de cours.

[219] Dominique Memmi trace un tableau complet de ce premier CCNE ainsi que des manifestations qui l'ont accompagné, à l'occasion d'une enquête minutieuse auprès de ses membres. Memmi D., *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*, Editions de l'EHESS, Paris, 1996.

en même temps, les a identifiés comme des soutiens à l'énonciation des critères éthiques. Cette visibilité soudaine d'un usage possible des SHS en médecine a suscité un intérêt nouveau pour ces chercheurs plutôt ignorés, mais aussi l'espoir d'un soutien bienveillant à l'action médicale dès lors que celle-ci se montre « humaniste ». C'est dans ce contexte que des postes en SHS ont commencé à être créés dans les facultés de médecine, dans l'idée de soutenir un enseignement de l'éthique.

En mai 2003, Alain Cordier, alors président du groupe de presse Bayard et futur membre du Comité national d'éthique, remet à Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, un rapport rédigé à sa demande et intitulé *Éthique et Professions de Santé*. La commande visait à proposer des dispositifs visant à améliorer la formation des professionnels de santé en matière d'éthique : « Vous analyserez la nature des besoins des professions de santé. Vous aurez soin de me proposer des organisations nouvelles facilitant l'exercice de la réflexion et le développement de la formation à l'éthique. Vous veillerez à me proposer de nouveaux cursus professionnels et universitaires de nature à répondre aux attentes »[220].

L'étude du document peut servir de support pour interroger les usages de l'éthique et leur évolution, tant du point de vue du contrôle des pratiques que de celui de la formation des médecins. Deux observations s'imposent en guise d'introduction. La première est que Cordier n'est pas médecin. Diplômé de l'IEP de Paris et de l'EHESS, il fut conseiller financier à l'AP-HP, puis directeur du groupe de presse Bayard de 1997 à 2005. Nommé inspecteur général des Finances en 2005, il est aujourd'hui membre du Comité national d'éthique. La commission réunie autour de lui ne compte pas que des médecins mais aussi un philosophe, un juriste, un cadre infirmier, un administrateur d'hôpital[221]. Ce n'est donc pas seulement l'éthique, mais aussi la formation médicale qui devient enjeu de débats impliquant les non-médecins. En revanche, Cordier représente les milieux catholiques[222], ce qui constitue une référence morale implicitement mentionnée dans la lettre de commande de Mattéi : « Vos fonctions de président du directoire de Bayard, sachant les initiatives prises par votre groupe… ».

---

[220] Cordier A., *Ethique et Professions de Santé. Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées*, La Documentation Française, Paris, 2003. (téléchargeable sur le site de la Documentation Française).

[221] Autant qu'il m'a été possible de cerner la composition de cette commission, dont la qualité des membres n'est pas signalée dans le rapport.

[222] Pour mémoire, on rappellera que le groupe Bayard est un groupe de presse spécialisé dans la presse religieuse, fondé à la fin du XIX$^{e}$ siècle par les Augustins de l'Assomption.

La seconde observation est qu'il ne s'agit pas d'un document élaboré au sein de la profession, mais une demande faite par un ministre (et même s'il est médecin, ce n'est pas à titre de représentant des médecins qu'il se manifeste) à un administrateur d'hôpitaux.

Ce texte peut servir de support comparatif avec les principes selon lesquels la déontologie médicale s'est instituée aux lendemains de la guerre, non pas d'un point de vue formel, mais à partir des leviers d'action proposés et des fonctions désormais attribuées à ce que l'on ne nomme plus la « morale » mais « l'éthique ».

Il n'y a plus, on s'en doutera, de remise en cause de l'indépendance médicale par les Assurances sociales. Le débat a fait long feu, et l'on n'oubliera pas non plus que le texte est écrit par un ancien administrateur des Hôpitaux de Paris. Ainsi, le malaise est beaucoup plus « politique », il exprime le contentieux entre une vision rationalisée d'une médecine qui s'inscrit dans un système, et une vision professionnelle d'une médecine qui se vit dans une relation. Nous avons déjà vu comment la déontologie médicale s'était placée sous la coupe de la santé publique, nous pouvons voir ici comment l'éthique médicale devient l'enjeu d'un système de santé.

Ce rapport est paradoxal dans la mesure où il alterne des envolées lyriques où l'on se croit revenu au temps de Duhamel …

> « Nous voici naissant à notre humanité dans le soin, lorsque nous transpercent l'expérience aiguë de la douleur de l'autre, l'audace de son cri furieux ou épuisé, l'impudeur de son gémissement de lutte ou d'abandon, la force de son murmure qui se reçoit au creux d'une écoute silencieuse et continue », [223]

… avec des considérations plutôt pragmatiques où la question du coût est au centre du débat.

> « La dimension éthique est certes présente au moment de l'arbitrage sur le "panier de soins", après qu'une évaluation ait été faite sur l'efficience comparée des différents actes ou produits. Mais elle doit surtout être présente beaucoup plus tôt, bien en amont, dans la manière dont chaque soignant effectue ses actes, prescrit, répond à ses patients. Autrement dit : **l'éthique commence dans le sérieux avec lequel on cherche à concilier, au quotidien, le devoir de toujours mieux soigner et la responsabilité d'engager l'argent de tous**. ».[224]

---

[223] *Ibid.*, p. 19.

[224] *Ibid.*, p. 56, *passages souligné par moi.*

On ne saurait mieux illustrer le chemin parcouru et l'évolution qui marque deux conceptions de l'éthique que les auteurs tentent, au sein d'un même rapport, de faire coïncider : l'humanisme au cœur de tout acte médical et l'économie que celui-ci est censé servir[225].

Que devient, dans ces conditions, le « colloque singulier » ? Il est là, toujours, porté par les mêmes références et mobilisé autour du même thème, qui est celui du consentement du patient. Mais la loi de 2002 est passée par là, le concept de « consentement libre et éclairé » s'est imposé et les auteurs proposent d'y adjoindre une nouvelle mention, qui est celle du consentement « profond ». Celui-ci vise à dépasser le consentement formel pour aller, par un « dialogue intime » avec le psychisme du patient, discerner ce qui recueille véritablement l'adhésion du patient.

> « En écrivant ainsi, nous sommes en réalité au cœur même de l'enjeu de ce rapport.
> La nécessité même du consentement répond d'une exigence déontologique. Le qualificatif "libre et éclairé" tel que retenu par la loi répond de l'exigence éthique. C'est à ce moment précis que se noue le colloque singulier entre le malade et le médecin ou le soignant. C'est à ce moment précis que se révèle la nature de la relation de confiance voulue par le malade et variable selon les malades. C'est à ce moment précis qu'intervient la responsabilité du médecin et du soignant et donc la liberté d'agir en "son âme et conscience". Ce que nous visons ici est un consentement "établi" dans le cadre du colloque singulier. »[226]

« Établir » un consentement apparaît cependant comme un concept nouveau, qui institue de fait celui-ci dans une « vérité » désormais accessible et instituée. Mais cette notion reste floue et ne peut être étayée qu'à travers les moyens préconisés pour y arriver. Ces moyens sont institutionnels et pluriels. Les évolutions souhaitées par la commission et répondant à la demande du ministre, s'inscrivent dans deux champs principaux : le premier est celui de la formation des médecins et le second la mise en place de lieux de réflexion et de débat, qui doivent pouvoir faire l'objet d'évaluations régulières et encadrées par des chartes élaborées par le Comité national d'éthique.

Au registre de la formation des médecins, un chapitre concerne la formation initiale. Le rapport pose d'abord comme principe que l'enseignement de l'éthique « repose sur un trépied : le légal, le moral et la pratique ». Il dénonce l'idée d'un « enseignement éthique » au profit d'une « trace du questionnement éthique ». Celui-ci apparaît donc très tôt, avant

---

[225] L'apparition d'une logique économique gestionnaire au sein même des dirigeants d'hôpitaux est relativement nouvelle, les directeurs d'hôpitaux étant plutôt réticents dans les années soixante-dix, à « rationnaliser » ces organisations. Cf. Schweyer F.-X., « Les directeur d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ? », dans Cresson G., Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, ENSP, Rennes, 2000, p. 149-170.

[226] *Ibid.*, p. 41.

même l'inscription en première année, puisqu'il est proposé de mettre en place des stages post-bac d'« éveil » à l'éthique. Le programme du PCEM1 devrait faire également une place importante aux sciences de l'homme : épidémiologie, démographie médicale, économie de la santé, questions sociales, psychologie, droit des malades, déontologie médicale, anthropologie, en particulier de la douleur et de la mort, connaissance des rôles propres aux professions de santé… Cet enseignement de base représente « l'humus » pour une véritable formation éthique sous la forme de séminaires et de travaux dirigés non-optionnels jusqu'à la fin du deuxième cycle.

Cette proposition fait écho à certaines de nos observations lorsque, interrogés sur leur niveau de préparation à leur métier, de jeunes médecins nous répondaient : « il nous manque des cours ». Ils signifiaient alors qu'entre ce qu'ils avaient appris de la médecine scientifique et clinique, et les difficultés relationnelles qu'ils rencontraient ensuite avec les patients, apparaissaient des « lacunes » formulées sous la forme d'un « savoir manquant ». D'autres étudiants en revanche, nous signalaient un problème ne concernant pas le contenu des « cours », mais le mode d'enseignement auquel ils étaient soumis. Il semble que cet aspect des choses n'ait pas échappé aux rédacteurs de la commission car ils le soulèvent dans un paragraphe particulier : « ces quelques pistes se heurtent à la difficile question de la qualité de la réflexion éthique des enseignants, des chefs de services et des Cadres supérieurs tout comme de celle des généralistes »[227]. Ce n'est pas sans un certain fatalisme que les auteurs constatent ainsi qu'il n'est pas en leur pouvoir de changer ce qui existe, mais peut-être plus simplement de proposer d'inclure dans l'évaluation des capacités pédagogiques des PU-PH, la vérification d'une capacité au questionnement éthique. On notera également que les cadres administratifs et directeurs d'hôpitaux sont invités à profiter d'un enseignement éthique de même nature, accordant au terme même d'éthique un sens large concernant l'ensemble du système de santé, non limité à une pratique médicale exercée au sein du « colloque singulier ».

Le deuxième ensemble de préconisations de la commission concerne les professionnels de santé et les lieux de réflexion éthique, qui « fleurissent » sur le territoire. Bien que s'y montrant favorables, les auteurs craignent un développement anarchique, « auto-proclamé » de ces lieux. Ils risqueraient alors de devenir des lieux de déresponsabilisation individuelle et de transmission idéologique. Qu'il s'agisse des comités d'éthique clinique, dont celui de Cochin est présenté comme un « pilote » et dont l'évaluation à venir devrait déterminer l'étendue des effets, ou des espaces de réflexion éthique, la commission défend la nécessité de

[227] *Ibid.*, p. 33.

les encadrer (mais pas trop…). La place des hôpitaux comme coordinateurs de cet encadrement est centrale. C'est autour d'eux que devraient s'organiser les espaces de réflexion éthique, avec des séminaires et des sessions de formation, permettant la mise en œuvre d'une double vocation d'échange et d'enseignement.

« L'Espace régional de réflexion éthique devrait se structurer autour :

- D'un Conseil « scientifique »[228], dont la tâche serait à la fois de valider les orientations annuelles de l'Espace régional de réflexion éthique, et de faire des propositions (par exemple : liste de trois noms) pour la nomination de son directeur.
- Cette nomination, pour une durée limitée renouvelable, serait faite par le Directeur Général du CHU, après avis du Président de la CME, du Coordonnateur des soins et du Doyen, ou bien par une Commission les rassemblant. Il pourrait être également envisagé de nommer en responsabilité de cet Espace régional une équipe issue de différents parcours professionnels.
- D'une Cellule régionale multidisciplinaire, composée de « correspondants » départementaux et locaux, professionnels ou universitaires, choisis à la fois parmi les disciplines médicales et non médicales.
- L'Espace régional de réflexion éthique devrait, en outre, pouvoir disposer des services attachés – par mise à disposition pour une durée limitée, par exemple deux ans, non renouvelable ou renouvelable une seule fois – de membres des corps du personnel universitaire et hospitalier, ou de praticiens détachés dans ces corps »[229]

La précision de l'organisation déjà pensée tranche avec le flou avec lequel certaines questions sont traitées. La légitimité de la composition même des espaces de réflexion éthique témoigne d'une pensée bureaucratique laissant peu de place à un débat hors normes hiérarchiques, mais surtout à une pensée non hospitalière.

Cette vision très hospitalo-universitaire de l'éthique médicale laisse dans le plus profond silence la pratique libérale de la médecine, comme si elle n'existait déjà plus. Dans la dernière partie du rapport, consacrée au système de santé, pourtant, le « tiers » s'invite : « la relation malade-médecin ou soigné-soignant[230] se noue comme exigence de l'altérité où se joue en premier lieu la Responsabilité. Mais « le tiers » n'est jamais absent »[231]. Contrairement à ce que l'on pourrait penser en premier lieu, le « tiers » en question n'est pas le payeur, il est cette obligation qui conduit toujours l'un et/ou l'autre des protagonistes à faire un choix. Et le choix ici c'est : ce malade-là ou cet autre ? ou ces autres ? moi ou le collectif ? Les choses sont claires et l'éthique, en fin de rapport, se dévoile : « L'éthique conduit à rechercher la transparence des coûts de telle manière que le choix thérapeutique soit aussi un choix clair

---

[228] On comprend mal la place de ces guillemets : s'agit-il de considérer que l'éthique n'est pas vraiment scientifique ou de préciser que ce Conseil ne doit pas être composé uniquement de scientifiques ?

[229] *Ibid.*, p. 48.

[230] On notera l'inversion des priorités, par rapport à la relation « médecin-malade ».

[231] *Ibid.*, p. 56.

au regard des si nombreux besoins qui se font jour et qui parfois n'osent même plus s'exprimer »[232].

En introduction à l'ouvrage collectif qu'il a dirigé, sur les sciences sociales et l'éthique médicale[233], Weisz s'étonne du peu d'intérêt des chercheurs de ces disciplines, en particulier de l'histoire et de la sociologie, pour l'éthique médicale. Plus précisément, il montre que ces chercheurs font preuve d'une certaine ambivalence lorsqu'ils rencontrent ces pratiques, et surtout ces discours, et qu'ils semblent en peine de les intégrer à leurs analyses. Pourtant, il y aurait divers intérêts, pour les sciences sociales, mais aussi pour le débat éthique, de se saisir plus radicalement de ces questions. Weisz en distingue trois. Le premier serait de fournir aux éthiciens des données issues de leurs travaux afin d'ouvrir l'espace, tant historique que sociologique, de leurs connaissances. Un usage peu conflictuel qui est sans doute le plus pratiqué. Le deuxième intérêt est plus subversif, puisqu'il s'agit d'étudier concrètement les pratiques éthiques et d'en rechercher le sens du point de vue des intérêts des individus impliqués et des groupes qu'ils représentent. Ce type de collaboration nécessite d'interroger l'éthique comme pratique politique autant que philosophique. Le troisième intérêt serait de contribuer aux conditions d'une réflexion autocritique du champ intellectuel aujourd'hui portée par l'éthique. Autant dire que ces « intérêts » pourraient souffrir quelques limites pour ceux qui sont censés en tirer profit.

Il y a plusieurs manières d'aborder l'éthique, du point de vue du sociologue. L'éthique comme objet en soi, comme Durkheim l'a fait de la morale, afin d'interroger les fondements d'une société qui ne serait pas que la compilation d'individus mais qui produit des valeurs qui les dépassent[234]. C'est ce que font certains sociologues, sous l'impulsion de Paul Ladrière, depuis la fin des années soixante-dix[235]. Une sociologie de l'éthique donc relativement récente et dont les liens sont limités avec les autres champs de la sociologie qui se prétend « objective ». Se basant sur une sociologie compréhensive wébérienne, mais mobilisant les concepts philosophiques, elle ouvre l'étude des phénomènes sociaux vers une réflexion plus fondamentale, au risque de remettre en cause certains principes structurants de la sociologie sur l'injustice et l'illégitimité des inégalités sociales. La sélection sociale, par exemple, doit-elle se penser en dehors de tout critère moral ? À partir de quel moment est-elle ou non acceptable par rapport aux normes que se fixe une société ? Ces questions méritent d'être

---

[232] *Ibid.*, p. 57.

[233] Weisz G., « Introduction », dans Weisz G. (dir.), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1990, p. 3-15.

[234] Durkheim E., *L'éducation morale*, PUF, Paris, 1963.

[235] Pharo P., *Morale et sociologie. Le sens et les valeurs entre nature et culture*, Folio Gallimard, Paris, 2004.

posées, qu'il s'agisse de la médecine, du travail, de la famille et de l'ensemble des champs de la vie sociale et il paraît nécessaire de s'y confronter, sous peine d'oublier de donner du sens, nous aussi, aux faits que l'on rapporte.

Une autre façon de traiter l'éthique en sociologie est d'en étudier les pratiques. Un exemple récent nous est fourni par l'ouvrage d'Anne Paillet sur les décisions des équipes médicales en réanimation néonatale. Son projet est d'étudier « l'éthique en actes », c'est-à-dire « les processus de production et de mobilisation des valeurs – et les rapports que les individus entretiennent avec elles – dans des *contextes pratiques* dans lesquels ils se jouent »[236]. Elle montre comment les dispositions professionnelles des membres de l'équipe médicale contribuent à la « fabrication » des opinions et aux conditions de leur confrontation.

En réalisant une étude auprès des membres du Comité consultatif national d'éthique, Dominique Memmi s'attaque à une autre façon d'analyser sociologiquement l'éthique médicale, en étudiant minutieusement à la fois la mise en œuvre de ce comité, les parcours et formes d'implication de ses membres, mais surtout les avis qu'ils produisent et leurs effets[237]. De cette « normalisation molle » émerge ainsi un « gouvernement des corps » qui l'est beaucoup moins, et qui reflète ce que ses membres sont, pensent, agissent. Une éthique en actes qui ne sont ici que des actes de parole, mais dont l'effet juridique, donc qualifiant des comportements, s'avère plus prescriptive qu'elle n'y prétend officiellement.

En ouvrant ce dernier chapitre à l'éthique médicale, mon objectif est nécessairement modeste, car cet objet ne fut jamais, directement, au cœur de mes travaux. Pourtant, dès que l'on interroge la profession et les pratiques médicales, elle surgit et il faut bien tenter de lui trouver une place. Paradoxalement, elle surgit comme concept destiné à d'autres, les médecins et plus généralement les professionnels de santé, mais elle impose aussi de s'en saisir pour soi. Il serait alors possible d'ajouter un quatrième intérêt à ceux énoncés par Weisz, plus réflexif et concernant les sciences sociales elles-mêmes, qui serait de nous conduire à interroger les catégories d'analyse à partir desquelles nous construisons des modèles d'interprétation de la pratique et de la profession médicale, et plus généralement nos objets. Car l'éthique, non pas comme système normatif, mais comme forme d'interrogation, dérange ceux qui s'y confrontent, et peut-être le malaise des chercheurs devant cet objet tient-il aussi à cette réflexivité de la question. Elle interroge aussi le sociologue sur sa capacité à se déplacer, comme le fait justement remarquer Simone Bateman

---

[236] Paillet A., *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, Paris, 2007, p. 12.

[237] Memmi D., *Les gardiens du corps, dix ans de magistère bioéthique*, Editions de l'EHESS, Paris,1996.

lors d'une discussion avec Ladrière autour de « Durkheim, lecteur de Kant »[238] : « je pressens qu'il y a un problème concernant la manière dont on acquiert la capacité de réfléchir sur la position particulière que l'on occupe dans un espace social. À mon avis, elle exige un déplacement, pas nécessairement physique, et la réflexion est un déplacement par rapport à une position à l'intérieur de l'espace »[239].

[238] Ladrière P., « Durkheim, lecteur de Kant », dans Bateman-Novaes, Ogien R., Pharo P. (coord.), *Raison pratique et sociologie de l'éthique. Autour des travaux de Paul Ladrière*, CNRS Editions, 2000, p. 25-59.

[239] *Ibid.*, p. 59.

## Conclusion de la deuxième partie : L'allégeance de la médecine

La notion d'indépendance est en général pensée, comme d'ailleurs celle d'autonomie, en opposition avec l'existence d'un cadre hiérarchique qui subordonne les actions et les décisions des individus et des groupes à des autorités qui leur sont supérieures. Penser l'indépendance médicale revient alors à accorder à la profession médicale le pouvoir de réguler par elle-même, dans un cadre hiérarchique qui lui est propre, les conditions de son exercice et de sa pratique. L'expression choisie par Supiot pour illustrer les rapprochements entre travail subordonné et travail indépendant est celle d'allégeance[240], qui présente l'avantage de reconnaître l'homme libre mais lié à un souverain (ou un suzerain) par une obligation de servir ses intérêts et par un contrat « moral » de fidélité. Cette notion présente un intérêt particulier du point de vue de la médecine, dans la mesure où rend compte de la cohabitation entre la reconnaissance d'une liberté individuelle et celle de l'existence d'un intérêt supérieur. Par ailleurs, elle accorde une visibilité au montage juridique qui encadre les professions libérales, peu contraignant en apparence, mais qui fait remonter aux origines les liens qui les unissent au pouvoir politique.

Le développement de la science médicale s'est probablement déroulé en dehors des institutions dans la mesure où elle a dû s'attaquer aux dogmes établis pour faire entendre sa propre interprétation des faits. Nul mieux que Claude Bernard n'a posé les bases d'une méthode expérimentale qui a permis à la médecine de faire des découvertes considérables, en rompant avec une tradition Hippocratique de l'observation de la nature. Au XIXe siècle, il a produit une méthode qui pose comme principe le possible abandon des doctrines et de la tradition et met à l'honneur le doute. Ses propositions sont, fondamentalement, révolutionnaires et elles ont le plus grand mal à se faire entendre des médecins eux-mêmes qui préfèrent un enseignement de vérités à une raison guidée par l'expérience[241]. Une telle posture nécessite qu'à côté d'universités souvent frileuses et soucieuses d'établir leur prestige, des savants expérimentent, imaginent, innovent, bousculent et ouvrent de nouvelles voies. Pour autant, Claude Bernard ne semble pas s'être pas posé de nombreuses questions éthiques relatives, par exemple, au consentement ou à l'information des patients sur lesquels il réalisait, au besoin, ses expérimentations. S'il l'avait fait, il aurait probablement été moins fécond et aurait dû limiter l'étendue de ses explorations[242]. Le

---

[240] Supiot A., « Les nouveaux visages de la subordination », *op. cit.*

[241] Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris, 1966.

[242] Si Claude Bernard ne donne pas de détails concernant les conditions concrètes dans lesquelles il effectue ses expériences, il recommande ce qu'aujourd'hui on appellerait une expérimentation en aveugle, quitte à laisser mourir une partie de ses malades pour tester l'efficacité des remèdes sur une autre. Pour lui, « les malades ne

savant est ainsi un homme libre et la principale critique adressée par Claude Bernard à l'encontre de ses collègues universitaires est bien leur aliénation à des théories qu'ils omettent souvent de soumettre à l'expérimentation critique, sous couvert de principes philosophiques peu compatibles avec une démarche scientifique.

La liberté accordée à la science au XIX^e^ siècle et qui a permis l'explosion des découvertes médicales mérite sans doute d'être distinguée des conditions dans laquelle les praticiens les mettaient en pratique. C'est peut-être autour de cette double face de la médecine que s'inscrit son allégeance. Le médecin est un homme libre car en capacité de penser et d'expérimenter sans limites, mais c'est un homme lié par ceux-là même qui lui accordent cette liberté et qui entendent en tirer des profits directs, symboliques et politiques autant qu'économiques.

L'indépendance médicale « par le haut », à savoir l'autonomie d'une profession qui obtient par sa puissance un monopole la rendant apte à réguler son propre champ, peut s'entendre aussi dans ces limites-là, celles d'une fidélité au pouvoir qui leur offre une telle liberté. Si l'on s'accorde avec Jean Savatier pour voir dans les professions libérales des formes particulières d'une fonction publique dont l'institutionnalisation permet d'étendre le pouvoir de la puissance d'État, il ne s'agit plus de subordination ou de soumission, mais d'une indépendance « lige », c'est-à-dire dévouée et partisane.

Ce schéma correspond mal à la fronde habituelle des médecins à l'égard d'un État qu'ils perçoivent comme une entrave à la liberté de leur exercice, et au « bien » de leurs malades. Le texte de Duhamel semble en constituer un bel exemple, tant l'intrusion des juges au sein du « colloque singulier » lui apparaît comme une atteinte grave à l'intégrité de l'exercice de la médecine. C'est que justement cet écrivain-médecin modélise la pratique médicale dans son rapport exclusif avec le malade et conçoit ainsi un espace autonome à la pratique. Cet espace est un enclos qui isole le médecin de toute influence extérieure et le dissocie du reste de la vie sociale en faisant disparaître sa mission d'agent de la force publique. Se dessinent ainsi les contours d'une autonomie de la médecine qui se révélerait par « le bas », c'est-à-dire plus dans son rapport direct avec le malade que dans les conditions de son établissement en tant que profession. Encore faut-il pour cela considérer le malade comme un être à part, qui « oublie » d'être un travailleur, un citoyen, un père, une mère ou un enfant, et n'intéresserait plus, à ces titres, la puissance publique.

Le malade aurait pourtant acquis, ces dernières années un « droit à l'autonomie », lui permettant de discuter et même de contester les décisions médicales. La loi lui accorde ces

---

sont au fond que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles qu'il s'agit de déterminer », *Ibid.*, p. 279.

droits et l'éthique est censée d'abord la mettre en œuvre. L'éthique médicale pourtant est-elle guidée par le souci de l'autonomie du patient ou, au contraire, par une volonté de le normaliser à travers une dialectique produite avant tout par et pour la médecine et ses décisions ? Le malade à son tour devra-t-il faire preuve d'allégeance au nom de principes universels qui guideraient à la fois son comportement et les décisions dont il est l'objet ? Un malade autonome certes, et même « libre » parce que libéré d'un asservissement direct qui l'assimilait à un mineur, mais qui se retrouve, comme le médecin, soumis à une manipulation de symboles dont il ne peut, au final, que reconnaître la supériorité et face auxquels il dispose souvent de peu de moyens pour faire entendre une parole de sujet.

L'hypothèse que nous pourrions formuler à l'issue de cette deuxième partie serait celle d'une évolution des formes de dépendance de la médecine, à travers les praticiens et les patients, vers des formes de normalisation qui s'appliquent en dehors des cadres juridiques classiques, par l'usage de concepts « plastiques » comme ceux de l'éthique ou de la compétence[243]. Ces concepts proposent des cadres moraux à partir desquels se déroulent des « débats » dont la force contradictoire est souvent limitée par le niveau de manipulation symbolique auquel ils donnent lieu, mais qui contribuent à l'élaboration d'un espace de représentations communes entre médecins et malades inscrit dans le cadre contraint des politiques publiques. Cet espace n'est pas strictement limité à la médecine, mais présente des liens étroits avec d'autres champs de la vie sociale, en particulier le travail et par son intermédiaire, l'économie.

---

[243] Nous avons étudié le paradoxe induit par l'usage du concept de « compétence » dans les milieux du travail, qui se retrouvent aussi dans la formulation des « protocoles éthiques ». Là aussi, il s'agit d'un concept au départ libérateur des cadres juridiques qui reconnaissaient mal les qualités des travailleurs et visait à leur attribuer une qualification individuelle et valorisante en dehors de tout jugement moral. Mais l'usage qui en est fait, en particulier dans le cadre des « bilans de compétences », aujourd'hui fortement encadrés par la loi mais indéfinis sur leur contenu, s'apparente à la mise en œuvre d'un espace fermé de représentation de soi au sein duquel l'individu est appelé à autodéfinir sa « valeur » à partir de procédures « scientifiques », en dehors de tout rapport social. Cf. Barragan K., Hardy-Dubernet A.-C., « Le bilan de compétences : un espace de transition ? - Les bilans de compétences et les bilans de compétences approfondis des points de vue du droit et de la sociologie », *Travail et Emploi* n°103, juillet-septembre 2005, p. 29-40 ; Hardy-Dubernet A.-C., « "Parce que je le vaux bien"… Bilan de compétences et promotion de soi », *Cahiers de recherche sociologique*, n°43 ; janvier 2007, p. 61-75.

# Troisième partie :

# Profession et objet du travail

---

*« Le travail se justifie en soi lorsque le travailleur voit les services qu'il rend »*

Georges Friedmann, *Où va le travail humain ?*

Au registre des variations musicales, il peut arriver de ne plus reconnaître le thème initial. Pourtant, c'est en l'entendant à nouveau que l'on perçoit alors une tonalité, un rythme ou une harmonie que l'on n'avait jamais perçus auparavant. C'est le risque que nous prendrons ici, de nous éloigner du thème de la médecine pour aller vers d'autres terrains : la coiffure et la Marine nationale. Il ne s'agit pas d'associer les médecins aux coiffeurs, le temps des barbiers est révolu, ni de les comparer à des militaires, car leurs « guerres » ne sont pas de même nature. C'est plutôt pour illustrer le concept d'objet du travail et de son déplacement à l'occasion des processus de professionnalisation, que ces terrains sont mobilisés. Cela permettra d'illustrer la définition de l'« objet du travail », la manière dont il est possible de le saisir, et les conséquences de son déplacement. Le processus de professionnalisation apparaît à travers le mouvement des objets du travail, selon deux formes : le glissement et l'emboîtement. Ces deux formes permettent à leur tour de comprendre les évolutions de la profession médicale.

S'il est trop tard pour observer le processus de professionnalisation de la médecine, celle-ci représentant ce que l'on appelle une « profession instituée », ce qui s'opère sur d'autres terrains au nom de la « professionnalisation des emplois » ou des « secteurs » permet d'interroger au moins la question de l'autonomie du travailleur dans la mise en œuvre de son activité. Pour cela, l'objet du travail doit être mis en question de façon systématique et n'être jamais préjugé par l'intitulé d'un poste, d'une fonction, d'un métier ou d'une profession. Postuler que l'on ne connaît pas *a priori* l'objet du travail du coiffeur, dont le métier nous est pourtant familier, répond à l'exigence de l'observation sociologique telle que Durkheim nous y convie, à savoir rompre avec ses prénotions : « il faut que le sociologue, soit au moment où il détermine l'objet de ses recherches, soit dans le cours de ses démonstrations, s'interdise résolument l'emploi de ces concepts qui se sont formés en dehors de la science et pour des besoins qui n'ont rien de scientifique. Il faut qu'il s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominent l'esprit du vulgaire, qu'il secoue une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyranniques »[244]. Un programme difficile à tenir s'il s'agit de ne pas tenir pour acquis que les coiffeurs coiffent, que les militaires font la guerre ou que les médecins soignent. Au moins est-il nécessaire de s'interroger sur l'objet de chacune de ces activités.

Appliqué à la médecine, le concept d'objet du travail ne peut s'étudier de façon univoque. En effet, il n'y a sans doute pas un objet, mais des objets du travail médical, comme il y a différentes formes d'exercice de la médecine et différentes spécialités. Cependant, les

[244] Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Paris, 1937, p. 32.

médecins sont d'abord recrutés puis formés dans des universités leur dispensant à tous, durant six années, le même enseignement. Celui-ci constitue alors la première étape de la mise en forme de cet objet qui se décline ensuite différemment selon sa mise en pratique. Nous y reviendrons dans les deux dernières parties en retenant l'exemple particulier de la cancérologie.

Freidson s'est interrogé sur la nature du travail médical et il en conclut que celui-ci consiste « à tenter de résoudre les problèmes concrets des individus, [...] il est par nature peu théorique, c'est plutôt un travail d'application et c'est en quoi il diffère nettement de celui du chercheur. »[245]. Selon lui, les connaissances abstraites acquises par le médecin ont un impact limité sur sa pratique concrète, dans la mesure où il est conduit à adapter ses décisions à une grande variabilité des cas individuels et qu'il ne peut donc se contenter d'appliquer des normes établies. C'est là un des fondements du constat de l'autonomie professionnelle, qui s'appuie sur la liberté thérapeutique du praticien et sur son expérience en situation de travail. En accord avec Becker, il considère que l'étudiant apprend surtout à se socialiser à un groupe de pairs et à acquérir des notions de responsabilité qu'il mettra ensuite en œuvre dans sa pratique.

Nous adopterons ici un point de vue moins catégorique dans la mesure où il nous semble que l'apprentissage de connaissances abstraites a un impact sur la façon dont le médecin construit l'objet de son travail, déterminant pour sa pratique. Rien ne permet en effet d'affirmer, *a priori*, que le médecin répond à une demande individuelle, si ce n'est le déroulement d'une consultation médicale où, en effet, une personne vient demander à un praticien de résoudre ses problèmes. Mais sommes-nous sûrs que les problèmes du patient deviennent les questions du médecin ? Que ce dont souffre le premier est ce qui va déterminer l'action du second ? L'approche par l'objet du travail permet de répondre, du moins en partie, à cette question.

---

[245] Freidson E., *La profession médicale*, *op.cit.*, p. 172.

## Chapitre VI : Professionnalisation et déplacement de l'objet du travail

Afin d'illustrer le déplacement de l'objet du travail à l'occasion du processus de professionnalisation d'une activité, nous avons retenu deux secteurs fort différents : la coiffure et la Marine nationale. La coiffure est un métier artisanal dont l'organisation diverge selon qu'il est pratiqué à titre individuel ou sous couvert d'une franchise. Cette évolution, à la fois commerciale, économique et juridique des salons de coiffure entraîne des modifications organisationnelles se traduisant par une élévation des niveaux d'embauche et une plus grande autonomie laissée aux salariés dans la pratique de leur métier, tout en contrôlant plus étroitement leur productivité et leur chiffre de vente des produits.

La professionnalisation de la Marine nationale s'est déroulée depuis 1996, comme dans l'ensemble des corps d'armée, avec la suppression de la conscription et la mise en place d'une « armée de métier ». Cette notion est ambivalente car s'il s'agit de professionnaliser les militaires, il s'agit aussi de leur offrir des compétences leur permettant, à leur sortie, d'être reconnus comme des « professionnels » dans ce qui s'appelle une « spécialité » dans l'armée, et une « profession » ou un « métier » dans le civil. Il s'agit donc d'une notion plus complexe, combinant des références multiples, relatives à un état, à un grade et à diverses fonctions.

### *Le glissement de l'objet : L'exemple des coiffeurs*

On connaît le métier de coiffeur comme on connaît celui de médecin. La plupart des Français ont eu affaire à l'un ou l'autre, souvent aux deux, pour eux ou leurs proches. Comme pour les médecins, la coiffure est une activité professionnelle, mais plus manuelle (donc un métier) dont l'objet ne semble pas bien compliqué à définir. Les coiffeurs nous coupent les cheveux, ils les teignent, les frisent ou les défrisent, les lissent ou les assemblent, ils s'occupent d'un de nos attributs corporels des plus visibles, attaché à notre visage et pouvant nous embellir ou nous enlaidir, nous rajeunir ou nous vieillir. Les coiffeurs nous coiffent donc, et c'est en général pour cela que nous leur rendons visite. Certains se placent sur le registre de la « haute coiffure », d'autres se déclarent « visagistes », d'autres encore proposent quelques soins esthétiques en complément, mais tous semblent faire le même métier. Et ce métier vise à modifier notre apparence naturelle, en lui infligeant un traitement particulier qui, en général, répond à la représentation que l'on a (ou que l'on veut donner) de soi, et s'inspire souvent les normes esthétiques de l'époque, des modes. Ainsi, le travail du coiffeur est un travail assez simple à définir, si l'on s'en tient à ces représentations, qui partent en fait du désir du client. Certains vont y ajouter des fonctions annexes, comme la discussion, la

détente, la circulation d'informations confidentielles qui élargissent plus qu'elles ne compliquent le schéma. Du côté du coiffeur, il s'agit d'une prestation de service : le coiffeur fait ce que son client lui demande, et afin de lui donner satisfaction et le conduire à revenir.

Les choses paraissent donc relativement simples, et pourtant c'est en étudiant le métier de coiffeur que la question du sens d'un objet de travail s'est posée, et même à vrai dire, imposée. L'étude à l'origine de cette interrogation poursuivait l'objectif d'enquêter parmi ceux-là comme parmi d'autres, à propos de la formation professionnelle dans les Très Petites Entreprises (TPE)[246]. Il s'agissait de coiffeurs, mais aussi de garagistes, de maçons, de toiletteurs canins, d'experts-comptables, tout un ensemble de métiers qui se pratiquent en équipes restreintes, à la croisée de l'artisanat et des professions libérales. Leur point commun était d'avoir fait l'objet d'une loi, en 1991, qui leur faisait obligation (à la suite de la loi de 1971 pour les moyennes et grandes entreprises), de cotiser auprès d'organismes paritaires afin de mutualiser des fonds destinés à la formation continue de leurs salariés, considérés comme étant moins bien formés que leurs camarades des plus gros établissements. Une loi dont les effets méritaient d'être discutés, dans la mesure où elle contribuait à financer, donc à définir une activité de formation dite continue à l'intérieur de petits établissements qui jusqu'alors avaient plutôt l'habitude de fonctionner de façon plutôt informelle.

C'est dans ce contexte qu'une petite investigation était prévue auprès de coiffeurs sur la base de quelques entretiens qu'il m'a semblé opportun de compléter de façon plus personnelle par de l'observation, me rendant dans plusieurs salons de coiffure différents afin de comparer, sur le terrain, les différentes façons de travailler. Ma compréhension des récits a été largement améliorée par ces observations spontanées de certaines situations du travail, même si la position du client masque un grand nombre des interactions entre les professionnels.

Ainsi, au-delà de la question posée sur la formation professionnelle, il m'est apparu que celle-ci était très étroitement liée au sens même du travail qui se déroulait dans ces établissements. En particulier, j'ai très vite perçu que ce qui se faisait dans un salon de coiffure franchisé contrastait avec les pratiques des coiffeurs que je qualifierai d'indépendants.

Cette recherche a montré d'abord le lien étroit existant entre des pratiques de recrutement, des stratégies de formation et des conditions d'emploi, l'ensemble constituant le socle des

---

[246] Bentabet E., Foucher C., Dubernet A.-C., Michun S. (CRPEE), Lamanthe A. (LEST), Monnet M., Trouvé P. (ESC-CER), *Pratiques et représentations de la formation continue dans les très petites entreprises, approche sectorielle*, Céreq, février 1997 ; Hardy-Dubernet A.-C., « Des "métiers traditionnels aux vrais métiers", à propos du rôle de la certification professionnelle dans la définition des "nouveaux métiers" », dans Piotet F. (dir.), *La révolution des métiers*, PUF, Paris, 2002.

composants de la définition du travail lui-même. La combinaison de ces trois entrées contribue à la compréhension de la spécificité d'une activité, à la fois d'un point de vue individuel et du point de vue du collectif. Elle permet également de comprendre la nature des liens qui unissent ses membres. La notion de professionnalisation prend un sens totalement différent dans les deux types d'établissements. Globalement, on voit s'opposer un modèle artisanal, où le métier est le support du travail dans les salons indépendants, à un modèle se réclamant d'une professionnalisation des salariés, où l'expertise et l'organisation se présentent comme un système plus abouti, non pas de la coiffure, mais de la profession[247].

Pour montrer comment le terrain rend compte de cette divergence, on peut comparer quatre niveaux d'observation : le lieu de travail, autrement dit le salon ; l'organisation du travail dans le salon ; les modalités d'embauche et les pratiques de formation continue.

Les salons franchisés se distinguent des salons indépendants d'abord par leur nom. Une grande partie des salons indépendants adopte le prénom du patron, alors que les salons indépendants appartiennent à une enseigne qui, souvent, porte le prénom et le nom de son propriétaire. Se faire coiffer *chez Sylvie* ou *Jean-Paul et Véronique* n'est pas la même chose que d'aller chez *Luc Bibolet*, *Yves Saint-Laurent* ou *Luc Dessanges*. L'apparition d'un patronyme annonce la propriété quand le « petit nom » prépare une relation plus intime et familière.

L'espace ensuite n'est pas conçu selon les mêmes principes. Tous les salons franchisés d'une même enseigne sont aménagés et décorés sur un même modèle. Les accessoires sont les mêmes, les salariés portent les mêmes vêtements, et la couleur des serviettes peut signaler des opérations spécifiques (la serviette pour essuyer les cheveux est différente de celle qui sera enroulée sur la tête du client pour passer du bac au fauteuil). Les salons des coiffeurs indépendants reflètent en revanche les goûts personnels de leur propriétaire, ils sont très personnalisés, dépouillés ou au contraire surchargés, afin d'attirer une clientèle qui se sente « comme chez elle ».

Au-delà de cet aspect extérieur, les modalités d'embauche dans les deux types de salons sont différentes et significatives des valeurs sur lesquelles les chefs d'entreprises fondent la relation qui les lie à leurs salariés. Dans les salons franchisés, l'embauche se fait le plus souvent au niveau du Brevet Professionnel (BP), diplôme requis pour s'installer. Ainsi, du point de vue de la coiffure, les salariés sont l'égal du patron, mais celui-ci a souvent complété sa formation de coiffeur par des formations en gestion, en management ou en vente. De façon logique, l'expérience professionnelle est un prérequis indispensable à l'embauche dans

[247] On observe dans le secteur de la coiffure, une rhétorique autour de l'expression « la profession » qui s'oppose à celle du « métier », sorte d'archaïsme que les « professionnels » méprisent au nom d'une vision dite dépassée de ce qui fait désormais leur principale compétence.

un salon franchisé. Pour autant, les salariés sont moins souvent embauchés directement sous CDI. S'ils peuvent être embauchés pour des contrats de qualification ou d'apprentissage, il s'agit toujours de niveaux IV et les salariés sont très fréquemment embauchés sous CDD avant une titularisation qu'il leur faut mériter.

Dans les salons indépendants, les embauches au niveau du BP sont rares. Le plus souvent les salariés sont recrutés au niveau du CAP, fréquemment en contrat d'apprentissage, parfois en formation BP, mais plus rarement. Ils se situent donc toujours à un niveau inférieur de leur patron, du point de vue de la coiffure. Cependant, les embauches sur des postes stables (quand ils existent) se font plus fréquemment sous la forme d'un CDI, en particulier lorsqu'elles succèdent à un apprentissage. Surtout, les patrons cherchent à former des salariés à leur propre technique et à les fidéliser, espérant aussi par ce biais fidéliser une clientèle attachée à retrouver à chacun de leur passage « leur » coiffeur. La fidélisation des salariés est moins une préoccupation des salons franchisés, car la personnalisation du coiffeur n'est pas recherchée, dans la mesure où ce qui doit apparaître, c'est moins le professionnel de la coiffure que la marque vendue par la franchise.

Ceci nous conduit à l'organisation du travail dans ces deux types de salons. Dans les salons indépendants, la division du travail est laissée à l'initiative des chefs d'entreprise, et dépend du niveau de formation et d'autonomie de chaque salarié. Au mieux, pour ceux qui sont embauchés sous CDI ainsi que pour les patrons, qui coiffent aussi, les clients sont pris en charge du début à la fin, et les différentes techniques sont à peu près maîtrisées par tous les salariés. Dans les salons franchisés, on distingue deux types de salariés : ceux qui suivent le client du début à la fin et ceux qui interviennent pour certains actes techniques : couleurs, permanentes etc. Selon les cas, tous ne font pas les tâches annexes, comme les shampoings ou le balayage, tâches routinières et fréquentes au long de la journée. S'il n'est pas possible de refuser à un client de retrouver toujours le même coiffeur, il est conseillé aux employés de tourner, afin de diminuer la tendance à l'individualisation de la relation. Quant au gérant du salon, il ne coiffe souvent plus, ou très rarement, pour certains clients privilégiés. Il dispose d'un bureau à part, d'où il supervise la gestion de ses salons, car il est fréquent qu'il en possède plusieurs.

Dans les salons franchisés, les relations de travail se caractérisent par des règlements formalisés, et les contrôles s'effectuent de façon impersonnelle. Il est fréquent que les salariés reçoivent des lettres d'avertissement à leur domicile, alors que la vie du salon est « lissée » afin de ne rien laisser transparaître des éventuelles tensions. Dans les salons indépendants, tout se passe dans un même lieu, le patron peut intervenir à tout moment s'il constate que

son salarié a du mal à réaliser un geste et « prendre les choses en main » pour lui montrer ce qu'il convient de faire. Il n'hésite pas non plus à rendre public ses appréciations, devant des clients qui identifient ainsi très vite, qui tient le salon.

La gestion du temps de travail n'est pas non plus la même. Sur le modèle de l'engagement artisanal, le travail des salariés comme des patrons, dans un salon indépendant, se cale sur les flux de clientèle : quand il n'y a personne, le salarié est libéré, mais il doit rester plus longtemps si les clients sont là. Il n'est pas rare, en revanche, de voir un salarié inoccupé dans un salon franchisé, attendant l'heure de la débauche, de même qu'un client sera refusé si sa prise en charge nécessite un temps de travail supplémentaire et non planifié. Si tous les coiffeurs réalisent une marge importante dans la vente des produits dérivés, une partie du salaire des salariés des salons franchisés peut être indexée sur la commercialisation de ces produits.

Enfin, le rapport à la formation, et tout particulièrement à la formation continue, est très différent dans ces deux types de salons. Dans les salons indépendants, c'est plus souvent le patron qui va en formation et qui ensuite prend des temps spécifiques dans son salon pour transmettre à ses salariés ce qu'il a appris. L'idée d'envoyer ses salariés en formation entraîne des résistances de sa part car il craint une dépense qui profitera peut-être à d'autres, mais surtout il tient à contrôler l'ensemble des gestes et des compétences en coiffure exécutés au sein de son établissement. En revanche, les formations sont très fréquentes dans les salons franchisés, elles sont d'ailleurs obligatoires pour une partie d'entre elles, organisées par la franchise. Celles-ci sont très peu centrées sur la coiffure, ce sont les marques des produits de coiffure, comme *Loréal*, qui organisent ces formations, quel que soit le salon. Les formations dispensées par la franchise concernent la communication, la relation, la mise en valeur des produits et leur commercialisation.

Pour terminer et pour illustrer ces quelques éléments d'observation, nous laisserons la parole à deux coiffeurs à qui nous avons demandé quelles sont les qualités requises par eux, pour être un « bon coiffeur ».

La question a été posée à un couple tenant ensemble un salon de coiffure depuis plus de vingt ans :

> *Elle : ben déjà, aimer son métier, c'est déjà important… je crois qu'il faut quand même… et puis, faut déjà être doué, faut quand même, y'a quand même…*
>
> *Lui : Je crois que techniquement, manuellement, faut quand même être doué hein… ah oui, ah oui, je vois la différence, hein, c'est affolant, les apprenties qu'on a eues, on voit bien, c'est comme n'importe quoi, puisque j'ai donné beaucoup aussi. Je me suis occupé pendant dix ans aussi d'un club de tennis, bon ben je m'occupais des gamins au niveau du tennis. Bon un gamin au niveau du tennis, au bout de deux heures de cours on sait très bien si ça va être superbe ou si ça va pas être bon ! et bien là je crois que c'est pareil, on voit tout de suite. Sabrina, c'est*

> *extraordinaire la dextérité et comment le, le visuel qu'elle peut avoir ! elle a pas besoin, elle regarde, elle enregistre…*
>
> *Elle : En plus, l'approche de la coiffure, que Carole, elle m'a fait une coupe, bon, elle fiche les doigts dedans, elle regarde, elle voit pas quoi…*
>
> *Lui : L'autre, elle voit, l'autre, bon ben…*
>
> *Elle : Les coiffeurs qui marquent visagiste ! ben si vous êtes pas visagiste, vous pouvez pas être un bon coiffeur, c'est pas possible.*

La même question a été posée à un gérant de salon de coiffure franchisé, possédant trois établissements :

> *La présentation est importante. On est dans un métier d'esthétique. La présentation ça veut pas dire forcément qu'il, qu'il faut répondre à des critères de mannequin, pas du tout mais, tout au moins être soigné, avoir une apparence… soignée, et de montrer qu'on a du goût quelque part dans sa manière d'être, oui. Je crois que c'est très important. Il faut être doué pour le contact humain, ça aussi c'est important, c'est-à-dire, la politique du sourire et, et la, oui, la facilité à communiquer avec les gens c'est… On vend 40 % de communication au moins ! Donc c'est très important ! Et puis, bon ben bien sûr une… des possibilités manuelles aussi de le faire, bien sûr, de ne pas être gauche, ça paraît… évident. Mais, oui, je crois que c'est ça, oui.*

Ces deux extraits montrent de façon très éclairante comment le même métier est décrit à partir de critères presque opposés, tout en utilisant les mêmes références de qualités naturelles relevant du *goût* ou du *don*. Le *visuel* qui est décrit dans le premier extrait est la capacité, pour le professionnel, de voir à la fois ce qu'il fait et ce que cela produit sur l'autre ; la qualité du travail dépend de cette symbiose entre le geste et son résultat, représentant le cœur du métier. *L'apparence* dont parle le deuxième interviewé ne se situe pas aux mêmes endroits. Il s'agit de ce que l'on va donner à voir de soi à l'autre. Autrement dit, on ne vend plus le geste, mais l'image de soi dont l'appropriation par le client, comme en miroir, est censée lui procurer une satisfaction et combler ses aspirations narcissiques. Symboliquement, le miroir, accessoire central des salons de coiffure, n'est pas orienté de la même façon dans les deux salons. Dans un salon indépendant, il insiste sur le visage et la chevelure du client, tous se concentrent sur cet objet à la fois unique et délicat. Au contraire, les miroirs des salons franchisés reflètent tout ce qui entoure le client et auquel on le conduit à s'identifier. Ils détournent l'attention des cheveux, et c'est pour cela que les salariés doivent être suffisamment compétents techniquement pour ne pas créer de blocage sur la coiffure (qui ne doit pas constituer un problème) et permettre de décentrer le regard du client et le déporter vers la marque, désormais objet stratégique du salon.

Les coiffeurs franchisés et les coiffeurs indépendants sont soumis aux mêmes règles concernant l'accès au métier, ils relèvent de la même convention collective, cotisent aux mêmes fonds d'assurance formation (FAF), ils se partagent, en partie, la même clientèle. S'ils sont comparés de ce point de vue, les coiffeurs franchisés semblent accorder plus d'importance aux compétences professionnelles et techniques que les coiffeurs indépendants :

leurs niveaux d'exigence à l'embauche sont plus élevés, leurs employés suivent plus de formation, la technicité est irréprochable. Il existe d'ailleurs, chez les uns comme chez les autres, une gamme de salons allant jusqu'à l'excellence représentée par le label « haute coiffure », et l'on retrouvera sans doute dans un salon indépendant de haute coiffure des niveaux d'embauche encore plus élevés que dans la moyenne des salons franchisés.

En revanche, si l'on interroge l'objet du travail de ces coiffeurs, sans le nommer d'emblée, on s'aperçoit que les compétences techniques ne sont pas au premier rang des exigences dans les salons franchisés, mais que les niveaux d'embauche sont en fait un moyen simple de garantir ce qui constitue désormais une base annexe du travail, à savoir la capacité à coiffer sans faire de dégâts. Cette compétence devient ce qui permet ensuite de faire disparaître la coiffure comme objet du travail, en la reléguant au rang des activités de support de l'activité principale. La distinction ne se fait pas là, elle est dictée par des règles supérieures qui s'imposent aux salariés comme au gérant, dont il ne fait que relayer les consignes induites par une dépendance de type économique. C'est la franchise, autrement dit la marque, qui dicte l'objet du travail, et il s'agit simplement de vendre cette marque.

C'est parce qu'il fallait dire si la loi sur la formation professionnelle continue dans les TPE était suivie d'effets dans les entreprises que j'ai été confrontée à la question de la nature d'une formation professionnelle continue au regard de la nature du travail accompli dans les entreprises. Car si les chiffres montraient que les coiffeurs franchisés « formaient » beaucoup plus leurs salariés que les coiffeurs indépendants, l'observation du terrain montre des patrons des petits salons de coiffure sans cesse derrière leurs apprentis ou leurs jeunes salariés pour leur montrer comment faire[248]. Qu'est-ce que la formation ? Qu'est-ce qu'être coiffeur ?

Ainsi, l'objet d'un travail ne serait pas toujours celui qui est désigné. Le coiffeur franchisé est un commercial, représentant d'une marque et dont l'activité (ici la coiffure, mais ce pourrait être autre chose) consiste à diffuser le plus largement possible cette marque. Le coiffeur indépendant vend son savoir-faire à travers une relation de service dans un rapport individualisé avec la clientèle sur laquelle il intervient et sans laquelle il n'a pas de raison d'exister. La marque en revanche, n'a pas toujours besoin de cheveux ni de visages pour être vendue, elle s'en passe d'ailleurs très largement. La coiffure est prétexte et support d'une autre activité.

---

[248] Dubernet A.-C., « La formation professionnelle continue : du devoir à l'obligation », *Travail et Emploi*, n°77, décembre-janvier 1998, p. 41-51.

Ces observations permettent d'illustrer un mécanisme de glissement de l'objet du travail qui s'opère autour d'un processus paradoxal. En effet, l'élévation du niveau de formation, l'autonomie des salariés, l'individualisation des responsabilités sont autant de critères qui permettent de qualifier les salariés des salons franchisés plus souvent de « professionnels » que ceux des salons indépendants. La division du travail dans les salons spécialise et complexifie les actes techniques, ce qui incite d'ailleurs les salariés à les fréquenter afin d'améliorer leurs compétences, avant de s'installer à leur compte. Le paradoxe réside dans le fait que l'expertise individuelle permet le déplacement de l'objet collectif. Concrètement, donc physiquement, les salariés prennent totalement en charge la fonction de la coiffure, dont est débarrassé le gérant qui s'emploie à une autre activité : le commerce d'une marque. Les salariés sont les représentants de la coiffure et sont subordonnés au gérant, représentant de la marque. Cela permet de comprendre un peu mieux comment la professionnalisation des salariés peut signifier à la fois des compétences améliorées, une autonomie accrue et des responsabilités plus fortes en même temps qu'une moindre reconnaissance du travail, qui est instrumentalisé par un autre objectif, dominant.

Signalons simplement ici un indice que l'on retrouve de façon assez fréquente dans ce type de processus, c'est le symbole à double entrée. Étymologiquement, « franchise » est un terme tiré de l'adjectif « franc », désignant une forme de liberté d'action et de mouvement. Il définit un lien si l'on considère la nature juridique du contrat qui relie le gérant de l'établissement à son franchiseur, mais il désigne aussi, fondamentalement, une forme de libération du travail dans sa composante la plus astreignante et la moins rentable. La franchise, ce serait ainsi ce qui permet de récolter les fruits du travail en se débarrassant du travail lui-même et c'est d'ailleurs ce qui permet, par l'intermédiaire des petites entreprises, d'alimenter les profits d'enseignes présentes sur le marché financier.

### *L'emboîtement des objets : l'exemple des militaires*

Si la définition du travail du coiffeur n'est plus une évidence, que dire alors du travail du militaire ? Ce n'était pourtant pas sur ce point que portait au départ l'enquête. Plus exactement, l'Observatoire social de la défense avait passé contrat avec le Laboratoire Georges Friedmann pour réaliser une étude sur le temps de travail des militaires[249]. Il faut évidemment replacer cette demande dans son contexte. À la fin des années quatre-vingt-dix, la suppression du service national obligatoire posait la question des conditions de professionnalisation de l'armée. Celle-ci ne devenant plus objet de service mais un travail, la

[249] Piotet F. (dir.), Dassa S., Dubernet A.-C., de Villeneuve A., Fleuriel S., Pinaud H., *L'exercice de l'activité dans les armées*, recherche réalisée à la demande de l'Observatoire Social de la Défense, 279 p.

Défense nationale était désireuse de le présenter comme un « métier comme un autre », sans toutefois le banaliser totalement. Fleurissaient alors sur nos murs de nombreuses publicités visant à recruter des militaires, vantant moins le mérite des armes que les métiers et les compétences professionnelles que les jeunes pouvaient y acquérir. Une armée de métier pour y apprendre des métiers qui déclinaient de nombreuses appellations civiles, allant des métiers de service (hôtellerie et restauration), d'administration (secrétariat, comptabilité etc.), et techniques (mécanique, informatique, logistique, sécurité…). Les jeunes hommes et les jeunes femmes intéressés par ces carrières pouvaient espérer apprendre un métier, avoir une garantie d'emploi durant plusieurs années (3 ou 5 ans) et ensuite valoriser dans le civil une expérience notable. Le site officiel de la Marine nationale nous offre aujourd'hui encore un exemple d'une rhétorique professionnelle se déclinant à plusieurs niveaux :

> *Devenir marin, c'est faire le choix de devenir :*
> ** Un professionnel dans son métier.*
> ** Un professionnel de la mer.*
> ** Un professionnel de la défense, au profit d'une mission : "servir son pays".*
> *Quels que soient votre parcours scolaire et professionnel et vos aspirations, vous trouverez au sein de la marine le moyen de vous former, de mettre vos connaissances en pratique, d'acquérir une première expérience professionnelle valorisante, d'encadrer du personnel et d'accéder à des niveaux de responsabilités supérieures.*
> *En 2009, la marine propose près de 3.500 emplois dans de nombreux domaines de compétences : scientifique, technique, opérationnel, administratif, restauration, santé*[250].

En suivant la logique de ce descriptif, le « marin » a d'abord un métier, il l'exerce ensuite, « sur la mer » et en troisième lieu, au sein de l'armée. Cette déclinaison place en tête de « l'accroche publicitaire » l'acquisition d'une compétence avant tout civile, ainsi que le texte le confirme : « formation », « connaissance », « expérience » se déclinent sous la forme d'une offre « d'emploi » plutôt éloignée d'un appel à un engagement patriote.[251]

La question du temps était au cœur de la demande qui avait été faite aux chercheurs, puisqu'il fallait trouver le moyen de décliner le « temps de travail » de ces professionnels sous une forme compatible avec les représentations de l'emploi civil, au moment où les négociations autour des 35 heures étaient lancées. Les membres de l'équipe se sont répartis

---

[250] http://www.defense.gouv.fr/marine/votre_espace/formation_et_carriere/ou_s_informer/devenez_marin. Extrait relevé le 12 novembre 2009.

[251] S'y retrouvent d'ailleurs tous les ingrédients caractérisant une offre d'emploi construite sur un mode séducteur, telle qu'elles sont apparues d'abord pour attirer les cadres puis à destination de l'ensemble des salariés qualifiés. Cf. Hardy-Dubernet A.-C., « La représentation de l'aptitude dans les annonces d'embauche », dans Omnès C. et Bruno A.-S., *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*. Belin, Paris, 2004, p. 147-162.

dans les différents « corps d'armée » et, en tant que « Bretonne » du groupe, je me suis vue attribuer la mission d'aller enquêter sur la Marine nationale[252]. L'étude, qualitative et largement encadrée par nos commanditaires, s'est essentiellement limitée à des visites de bâtiments et de locaux et à des entretiens approfondis avec un échantillon « choisi » de militaires. Le thème étant le temps de travail, nous avons cherché à repérer les temporalités marquant l'activité du travail dans la Marine nationale, en mer mais aussi à quai ou à terre, où exercent la grande majorité de ces militaires.

Quel que soit le corps d'armée sur lequel nous enquêtions, une première interrogation nous a tous assez rapidement assaillis : pour déterminer le temps de travail d'un militaire, il faut savoir comment on le distingue du temps de non-travail. Or, cela posait immédiatement une autre question : les militaires travaillent-ils ? Et si oui, quel est leur « travail » ? Nous voici revenus à la question de l'objet du travail. Entre une campagne de recrutement axée tout entière sur des métiers proches de ceux du civil et la réalité du travail du militaire, que devions-nous prendre en compte ?

Nous nous attacherons ici à restituer une partie de nos résultats autour des temporalités bien spécifiques de la Marine, attachées à des fonctions diverses. Les rythmes d'activités des marins sont déterminés par un ensemble de contingences qui définissent, de façon assez précise, les significations des activités de ces militaires.

À travers les temps, c'est toute l'activité de l'armée, mais plus encore de la Marine, qui s'entrevoit. Au milieu de la mer, le bâtiment de guerre **est** la patrie et c'est lui/elle qu'il faut défendre sans discontinuité, 24 heures sur 24. C'est donc d'abord le rythme de ce bâtiment, symbole du pays, qui guide l'activité du marin.

On peut prendre l'exemple de l'activité d'une frégate de lutte anti-sous-marine. Le rythme que nous présentons ici est théorique, car il est toujours susceptible d'être perturbé par les aléas, mais ces imprévus font partie du « normal ».

**Le cycle d'activité d'une frégate** est de trois années durant lesquelles alterne une période de grande réparation où le bâtiment est indisponible avec différentes périodes de navigation reportées dans le tableau ci-dessous. L'équipage affecté suit le bâtiment tout au long du cycle, à l'exception des grandes réparations où il est immobilisé sur un chantier avant une nouvelle affectation.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Grande Réparation | Environ 6 mois | Révision générale des installations lourdes |
| 2 | Remise en condition | Environ 5 semaines | Préparation à la navigation |

[252] J'ai réalisé ce travail en collaboration avec Sébastien Fleuriel, avec qui j'ai conduit les entretiens et mené leurs analyses. Il est par ailleurs co-auteur des résultats.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | opérationnelle (RECO) | | |
| 3 | Qualification à la navigation | Environ 29 mois | Bâtiment opérationnel |
| 3.1 | Période d'entretien intermédiaire (PEI) | Variable | Réparations ne rendant pas le bâtiment indisponible |
| 3.2 | Période d'entretien | Variable | Réparations légères, entretien courant |
| 3.3 | En alerte | Variable | Le bâtiment peut appareiller sous 24 heures |
| 3.4 | En navigation | Quota annuel de jours de mer | Transit, exercices, manœuvres, missions |

L'équipage d'affectation s'approprie le bâtiment à partir de la remise en condition opérationnelle et planifie dès lors son emploi du temps en fonction des exigences du bord. Les membres de l'équipage connaissent globalement le rythme du bâtiment, mais, même le commandant ne maîtrise pas précisément la planification générale des opérations, qui relève d'une stratégie d'ensemble où tous les bâtiments d'un même type sont interchangeables. De même, bien que l'équipage semble stable tout au long d'un cycle, les durées d'affectation du personnel, qui varient de deux ans pour les officiers et les contrats « courte-marine », à trois ans pour les autres, entraînent un turn-over régulier. Ainsi, les nécessités du bord, inscrites dans la continuité du bâtiment et au-delà, des missions stratégiques, priment sur celles des marins, contraints à une adaptation permanente.

Les rythmes de la Marine sont caractérisés par un principe de substitution des éléments entre eux : une frégate en alerte peut appareiller rapidement pour remplacer un bâtiment du même type empêché de mener à bien une mission pour une raison technique. Mais ce rythme permet aussi de maintenir un état d'incertitude proche de celui de l'armée en cas de conflit. On perçoit alors un premier principe de définition de l'objet du travail de ces militaires : faire fonctionner des bâtiments en système continu, conformément à une stratégie générale à laquelle ils n'ont pas accès. Selon cette logique, l'imprévisible est « normal » et contribue même à donner du sens à la finalité globale de l'activité, c'est-à-dire à maintenir l'armée en état opérationnel permanent.

Cet état n'est pas seulement un état de fonctionnement, c'est un état de guerre, et ce temps la vie des bâtiments est rythmée d'abord par les opérations de combat. Même si les marins sont rarement sur les zones de conflit, les exercices de simulation d'attaques, menés en coopération avec les forces de l'OTAN en particulier, ne laissent aux bâtiments aucun moment de « paix ».

Les périodes de navigation ne sont toujours pas les plus importantes quantitativement dans une carrière de marin, mais elles la justifient totalement. En mer, l'organisation interne est entièrement sous la responsabilité du commandant, qui est seul maître à bord. L'équipage

doit alors s'acquitter de tâches diverses qui relèvent de trois grandes fonctions : la navigation, la réalisation des opérations de combat et la logistique interne, liée à la vie à bord. Chacune de ces fonctions connaît un rythme et des exigences qui lui sont propres et obéissent à une division et à une organisation du travail spécifique[253]. La navigation et les opérations sont en grande partie assurées selon le rythme des quarts, permettant une continuité des fonctions. Les imprévus sont organisés sur le mode d'exercices ponctuels mais récurrents. Enfin, les activités de service sont effectuées sur un temps « hors quart » et selon des rythmes adaptés à la vie courante. Un quart découpe 24 heures en plusieurs tranches durant lesquelles un nombre déterminé d'équipes se relaie aux fonctions opérationnelles, comme l'aide à la navigation, les transmissions, la détection radar, l'assistance aux mouvements aériens etc. Sur le principe, l'activité opérationnelle est l'objectif visé en priorité, elle figure ce pourquoi le bâtiment est mis en service. Le cycle des quarts n'est donc pas une organisation du temps conçue en fonction des équipes, mais selon des opérations indépendantes du nombre d'équipes concernées par les rotations.

Lorsque la nature des opérations militaires nécessite un découpage du temps restrictif, c'est la bordée (2 équipes), sinon c'est le tiers (3 équipes) ou la demi-bordée (4 équipes). Le tableau suivant illustre ce que représente le rythme du tiers, en termes de temps d'activité pour un membre de l'équipage :

| Tranches horaires | Tiers | Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 08-12 | Q | | |
| 2 | 12-15 | | | Q |
| 3 | 15-18 | | Q | |
| 4 | 18-20 | Q | | |
| 5 | 20-24 | | | Q |
| 6 | 00-04 | | Q | |
| 7 | 04-08 | Q | | |

Quelle que soit la méthode utilisée, le principe même du quart impose, d'une part un découpage des 24 heures selon un schéma régulier et, d'autre part, une alternance sur plusieurs jours, ce qui induit pour chaque membre des phases de sommeil systématiquement décalées, dont les répercussions sur l'horloge biologique sont durables.

Conjointement au relevé des rythmes de quarts, nous avons cherché à restituer la hiérarchie des espaces et des lieux d'activité en fonction de leur place dans la chaîne opérationnelle. Notre démarche était fondée sur le fait que le caractère légitimant de la fonction militaire, *a*

[253] Dufoulon S., Saglio J., Trompette P., *Les marins du Georges Leygues. Analyse sociologique du fonctionnement d'un bâtiment de combat*, rapport de synthèse, décembre 1995.

*fortiori* celle du marin, est fortement indexé à la mise en œuvre du bâtiment en tant qu'élément de force maritime. Autrement dit, c'est la fonction opérationnelle de guerre qui distingue le marin de la Marine nationale de tous les autres marins, et c'est de là qu'il tire les principaux profits symboliques liés à son état.

À partir de ce constat, nous avons émis l'hypothèse que la place occupée dans la chaîne opérationnelle pendant les quarts conditionne la manière dont les marins acceptent et supportent les conditions particulières de leur activité. La hiérarchie symbolique des espaces à bord du bâtiment se présente comme un indicateur opératoire du degré de contribution aux opérations spécifiquement militaires où le central opérations (le CO) et la passerelle figurent les hauts lieux des stratégies de guerre et où, inversement, les machines et les espaces réservés à la vie courante sont faiblement dotés du même pouvoir symbolique. Suivant cette hiérarchie, les espaces les plus proches des opérations sont également les lieux qui distribuent les individus appelés à intervenir en fonction de compétences ou de spécialités militaires, quand les espaces réservés à la vie courante reproduisent la structure sociale du corps d'armée en fonction des grades, comme c'est le cas des « carrés »[254].

Cette rotation des activités provoque une alternance entre l'occupation de fonctions spécifiques en rapport avec les compétences « professionnelles » du marin, et des fonctions partagées entre militaires d'un même grade. Certaines des spécialités couvrent des activités identiques à celles des métiers du civil, mais le rythme selon lequel ils s'exercent rappelle toujours l'état de militaire.

En soixante-douze heures, qui comprennent la rotation complète des cycles d'une bordée allégée, nos données montrent qu'un marin pouvait accomplir 34 heures d'activité dont 22 heures de quart, 10 heures de service et 2 heures de poste de propreté. Sa spécialité peut difficilement, ici, lui tenir lieu de « seul » métier dans la mesure où elle n'est mise en œuvre que pour moins d'un tiers de son temps « de travail ».

L'organisation des temps d'activité des militaires par quarts n'est pas restreinte aux militaires embarqués. Elle concerne aussi les temps durant lesquels le bâtiment est à quai ou en petites réparations. Nous avons souligné que l'équipage le prend en charge durant toute la durée de sa qualification, et c'est donc, à quai compris, aussi 24 heures sur 24 qu'il va assurer le fonctionnement du bateau. On pourrait ainsi multiplier les exemples pour décrire la façon dont les rythmes se succèdent, allant jusqu'au personnel à terre, dont la vigilance stratégique impose des organisations similaires. Cette planification des temps signale la disponibilité perpétuelle des marins aux forces pour lesquelles ils combattent. Elle empêche

[254] Espaces séparés selon les grades : les officiers, sous-officiers et matelots ont chacun leur propre « carré ».

que se mette en place une ritualisation des activités qui trancherait avec les contraintes de l'embarquement et perpétue la dépendance à l'objet de combat, y compris lorsque ce dernier n'est pas mobilisé.

Le système d'affectation des marins suit une autre logique. Nous n'allons pas ici retracer les carrières, mais plutôt les ordres de représentation selon lesquels chacun perçoit la logique selon laquelle il s'engage. Et ces ordres suivent ceux des grades, c'est pourquoi il faut distinguer les officiers, les sous-officiers et les quartiers-maîtres et matelots (QMM)

Les officiers perçoivent leurs affectations sous la forme d'une offre… qui ne se refuse pas. Les termes sont ceux d'un échange sur la base d'une proposition assez peu négociable, mais dont la formule respecte l'officier en qualité de sujet décidant. Leur proximité avec l'État-major leur permet d'intégrer plus facilement les aléas de la programmation et d'accepter, jusqu'à certaines limites, les changements nombreux pouvant intervenir dans une programmation de carrière. Il reste que le discours des officiers témoigne de la nécessité d'aménager leur sentiment d'obéissance par un espace ouvert leur laissant la possibilité de se libérer de leur engagement si celui-ci ne leur procure plus suffisamment de gratifications. Ce qui se dit de cette façon : « ce métier vous rend à la hauteur de ce que vous investissez », mais aussi de cette autre façon : « si la Marine me dit, mon cher ami, vous êtes cuit comme une rave, on va vous envoyer compter les B.O.S. à Cherbourg, moi je regarderai dans le civil. C'est complètement clair ».

Les affectations des sous-officiers sont complexes. Elles résultent de la combinaison de trois facteurs : les notes obtenues à l'issue des cours et des différentes affectations, les propositions d'embarquement qui arrivent « de Paris » et l'évolution des systèmes de notation qui s'adaptent aux fluctuations conjoncturelles. On voit que la gestion des carrières intègre celle de l'obéissance aux ordres qui ne s'établit plus sous la forme d'un pseudo-échange, mais clairement sur la capacité de l'individu à ne pas remettre en question la décision. Le pire, pour les sous-officiers, serait de fonctionner sur le système de la récompense. L'extrait qui suit témoigne bien de ce piège : « Parce qu'on m'a dit, il faut que tu fasses ça, j'ai fait ça. On m'a dit il faut faire ci, j'ai fait ci. On m'a dit il faut faire ça aussi, ben j'ai fait ça aussi et on m'a dit, oh ben là, c'est clair, tu pars ! On reçoit la liste… euh… surtout qu'il y avait des personnes qui avaient fini soixantième derrière moi qui partent, et moi je pars pas. » L'absence apparente de rationalité de certaines décisions supérieures rappelle à tous, leur inscription dans un objectif dont ils ne peuvent, et ne doivent, pas saisir les enjeux.

On perçoit dès lors les difficultés de l'armée à présenter ses offres d'engagement comme des « offres d'emploi » puisqu'il n'y a pas réellement « contrat » entre parties pleinement

informées. Il faut comprendre aussi que les sous-officiers investissent énormément à leur entrée dans la Marine, et jouent la possibilité ou non d'y faire carrière. C'est pourquoi ils doivent intérioriser ces règles, quitte à tenter certaines négociations, mais apprendre aussi très vite à quel niveau ils peuvent faire tenir leurs exigences.

Les QMM sont au bas de l'échelle hiérarchique, et c'est à eux que s'adressent en priorité les publicités de recrutement de la Marine. Depuis la suppression des appelés occupant les postes ingrats, ils se retrouvent aux derniers niveaux hiérarchiques et le supportent d'autant moins bien que l'image professionnalisée d'une « armée de métier(s) » contraste avec une réalité quotidienne les assignant aux fonctions les moins qualifiées.

La posture des QMM est quasiment l'inverse de celle des officiers, puisqu'ils intègrent tôt l'idée que ce n'est pas eux qui choisissent, mais la Marine qui les choisit. Dans les discours, les décideurs sont devenus plus anonymes, ce n'est plus « la Marine » ou « l'État-major », mais « eux », « ils », basés à Paris, comme le dit cette jeune femme : « Il y avait quatre filles de prises donc, sur Paris c'est eux qui choisissaient, après on nous contacte et on part faire notre service ». Le système du choix n'est pas transparent et il fait intervenir un nombre complexe de facteurs parmi lesquels les compétences techniques ou les notes obtenues lors des cours ne sont pas toujours prioritaires. Pour les QMM, accepter leur affectation, même sans la comprendre, est une condition de leur engagement et de sa pérennisation.

Enfin, il faut dire quelques mots sur la perméabilité des temps et des fonctions. Il est difficile de distinguer, concernant ces marins, les temps de travail des temps consacrés à la vie privée. Les familles sont fortement mises à contribution car un certain nombre d'entre elles ne réside pas à proximité du lieu de stationnement du bâtiment où est affecté le marin. Les « célibataires géographiques » ne peuvent donc compter que sur des permissions relativement longues pour rejoindre les leurs. Durant toute sa vie professionnelle, la vie du marin est « à la Marine », comme le dit cet interviewé à la veille de sa retraite : « d'ailleurs maintenant, moi je vais quitter, va falloir réapprendre à vivre, parce que ça fait 30 ans que moi je suis à la Marine et maintenant ben, je vais arriver à la maison ! ».

Les militaires travaillent-ils ? Si oui, quel est leur travail ? Si non, que font-ils ? Il y a plusieurs niveaux de réponses à ces questions, qui dépendent essentiellement du point de vue selon lequel on se place.

Du point de vue de la finalité générale de l'armée, il s'agit de « faire la guerre », y compris en temps de paix et y compris dans ses missions « humanitaires ». L'armée ne produit rien, ni biens ni services, elle ne fait pas commerce, elle n'est même pas un « service public ». En fait,

les textes qui régissent le statut des militaires sont très explicites et contrastent avec les publicités de recrutement qui tentent de banaliser cet « état » :

> « L'armée de la République est au service de la Nation. Sa mission est de préparer et d'assurer par la force des armes la défense de la patrie et des intérêts supérieurs de la Nation.
>
> L'état militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême, discipline, disponibilité, loyalisme et neutralité. Les devoirs qu'il comporte et les sujétions qu'il implique méritent le respect des citoyens et la considération de la Nation.
>
> Le statut énoncé au présent livre assure à ceux qui ont choisi cet état les garanties répondant aux obligations particulières imposées par la loi. Il prévoit des compensations aux contraintes et exigences de la vie dans les forces armées. Il offre à ceux qui quittent l'état militaire les moyens d'un retour à une activité professionnelle dans la vie civile et assure aux retraités militaires le maintien d'un lien avec l'institution »[255].

Si l'on adopte ce point de vue, les militaires ne travaillent pas car leur activité est un engagement de leur personne dans un « état » qui peut les conduire au « sacrifice ». Nous ne sommes plus sur le registre d'un contrat de travail où l'aliénation de la liberté et l'altération du corps donnaient lieu à compensations et à l'édiction de limites, nous sommes sur un autre registre, où les compensations s'opèrent une fois l'état de militaire quitté. Il y a donc un total abandon de la personne au profit de la Nation.

C'est cette disponibilité permanente à la mission des armées que le rythme des bâtiments incarne et auquel est soumis l'ensemble du personnel de la Marine nationale, qu'il soit embarqué ou non.

Le second point de vue est celui qui consiste à s'attacher aux activités concrètes des marins. Celles-ci se découpent, nous l'avons vu, selon des temps consacrés à des tâches spécifiques dont une partie seulement relève d'une compétence technique assimilable à un métier ou à une profession civile. C'est ce qu'on appelle les « spécialités », qui se distinguent des « grades ». Au registre de ces spécialités, on retrouve alors un ensemble très vaste de fonctions, allant de l'intendance quotidienne à la mise en œuvre d'expertises spécifiques (les « oreilles d'or » qui écoutent les émissions radars des sous-marins par exemple) en passant par des compétences techniques plus courantes comme la mécanique, l'électronique ou la comptabilité. Sur chacun de ces registres et dans les limites temporelles dont ils dépendent, les marins jouissent d'une relative autonomie et d'une certaine reconnaissance de leur spécificité qui peut les assimiler à des « professionnels » opérant à des places précises dans une organisation du travail. C'est cette organisation qui a été étudiée par l'équipe de

[255] Article L4111-1 du Code de la défense, portant sur le statut du militaire.

sociologues embarquée à bord du Georges Leygues pour observer *in situ* l'organisation du travail sur un bâtiment. Ils ont constaté que les modes d'adhésion des membres de l'équipage au projet collectif porté par l'armée étaient variables et qu'ils ne pouvaient représenter de façon uniforme les conditions d'engagement dans une carrière militaire. L'identité des marins se construit sur l'articulation complexe des supports représentés par l'armée, par la mer et par un métier[256] et peut se dire en termes de corps, de grade ou de fonctions. Paradoxalement, c'est sur la référence aux identités professionnelles, au sens « civil » du terme, que l'armée organise sa campagne de recrutement médiatique. Ce déplacement de l'objet de travail qui contribue à fabriquer le concept de professionnalisation de l'armée n'est plus ici opéré sous la forme d'un glissement mais sous la forme d'un emboîtement entre différents niveaux.

L'autonomie professionnelle n'existe, dans la Marine, qu'au niveau le plus « petit », à savoir au strict point de vue de la responsabilité individuelle de l'expert face à sa tâche spécialisée. Ce niveau est celui du mécanicien, du cuisinier ou du comptable. Ce niveau est cependant enchâssé dans un autre, qui est celui du bâtiment lui-même et de son organisation générale à laquelle chacun contribue alternativement, c'est-à-dire sans distinction de spécialité. Enfin, la mission générale du bâtiment intégrée à une stratégie militaire nationale, voire internationale, n'est plus du tout inscrite dans la fonction de chaque individu, mais dans son état, pouvant aller jusqu'au sacrifice de sa personne, ici comprise au sens physique du terme.

Ce principe d'emboîtement de l'objet du travail peut donner lieu à une certaine autonomie du spécialiste dans le cadre très précis de tâches qu'il est le seul, ou presque, à pouvoir exécuter, mais cette expertise n'a de sens que dans des limites très étroites (faire fonctionner une machine, nourrir l'équipage etc.) et dissociées de la mission du groupe et encore plus de l'institution, au sein de laquelle le militaire n'a pas de rôle individuel.

C'est un sous-marinier qui peut nous livrer la clé de cette distinction, lui qui, lorsqu'il embarque, reste des semaines durant sans voir le jour. Dans cet espace sous la mer, les cartes se redistribuent et l'identité professionnelle peut « faire surface » :

> Q : Alors, sur la conception maintenant du métier. C'est-à-dire à partir de quel moment vous vous considérez au travail ?
>
> *Tout le temps, même quand je suis dans la chambre, il y a un téléphone dans la coursive, je m'attends à tout moment à ce qu'on m'appelle.*
>
> Q : Mais vous faites une différence entre le fait d'être militaire et le fait d'être mécanicien, c'est pour vous deux choses différentes ou ça se mélange ?
>
> *Oh non, pour moi, ce n'est qu'une fonction.*
>
> Q : Parce qu'on ne demande pas les mêmes compétences à un maître de centrale et un mécanicien, ce n'est pas les mêmes tâches.…

[256] Dufoulon S. et alii., *Les marins du Georges Leygues…*, *op.cit.*, p. 154 et s.

> *Oui mais si vous voulez, mais le problème, je suis d'abord militaire, c'est sûr, parce que bon, je suis rentré dans l'armée, c'était d'abord pour être militaire, mais quand je suis à bord du sous-marin, je suis plus mécanicien parce que quand le commandant vient me voir, il me parlera… il dira pas « vous avez vu comment vous êtes habillé ? » C'est un exemple, ça fait partie d'être militaire, il va me dire : il y a telle installation qui ne fonctionne pas, essayez de jeter un coup d'œil, pourquoi ça ne marche pas, voilà. C'est exactement comme ça, si vous voulez sur les sous-marins classiques, on est peut-être moins confrontés à l'aspect militaire même que les autres bâtiments ou que du personnel à terre.*
>
> Q : Il y a une raison à ça ?
>
> *Oui, parce qu'on nous demande d'être plus professionnels au point de vue spécialité qu'au point de vue militaire.*
>
> Q : Alors c'est quoi un bon professionnel ?
>
> *Un bon professionnel pour moi, c'est quelqu'un qui… c'est le militaire qui arrive à être… à être mécanicien, dans sa spécialité quoi, qui arrive à être mécanicien tout en respectant, tout en sachant qu'il est militaire quoi. C'est-à-dire qu'il va quand même respecter sa hiérarchie, il va être poli, il va… […] enfin pour moi c'est ça un bon professionnel militaire, voilà.*

Cet emboîtement est bien symbolisé ici par l'espace du sous-marin, espace clos, et bien séparé du reste du monde. Dans cet espace, qui fonctionne en autarcie, ce sous-marinier ne se distingue pas par son statut militaire ni par son appartenance au corps de la Marine, il se distingue par sa fonction de mécanicien. Pour le reste, il est « comme les autres » qui sont aussi sous-mariniers. À l'extérieur (et pas seulement hors de l'eau), il est militaire parce que cette qualité le distingue du monde « civil », incarnant un état qui s'impose devant toute autre identité.

On pourrait, d'un point de vue strictement théorique, comparer les coiffeurs et les marins à partir de la façon dont l'objet de leur travail se déplace dans la rhétorique de la « professionnalisation ». Chez les coiffeurs, cette rhétorique fait glisser l'objet de leur travail de l'acte technique sur une chevelure à une activité support de la vente d'une marque : ils coiffent pour vendre une marque. Chez les militaires, l'engagement dans l'armée englobe celui de la Marine, impliquant à son tour l'exercice d'une spécialité devenue le premier argument du recrutement professionnel. Dans les faits, le mécanicien fait tourner une machine afin de rendre les bâtiments de la Marine opérationnels à l'attaque, dans un but au mieux protecteur, et au pire, destructeur. Mais sa professionnalité n'est pas liée à la finalité de l'action du bâtiment puisque ce qu'il apprend comme mécanicien peut être transféré dans d'autres contextes, civils en l'occurrence. La professionnalisation, ici rapportée à sa spécialité et non à son état de militaire, détache l'objet de son travail de sa finalité. Le but collectif de l'action (la guerre) est séparé du but individuel de l'activité (faire fonctionner les machines). La finalité de l'activité est rendue invisible par la valorisation de l'acte dit « professionnel », comme s'il contenait sa propre justification. D'où l'hypothèse selon laquelle l'individualisation du travail, avec ses spécificités présentées comme autant de spécialisations expertes, permet de rendre invisible le but collectif de l'action et même son usage social.

Cette prétendue valorisation du travail ressemble à une opération de déni du travail réel et lui ôte sa valeur en tant que réalisation humaine collective, en rendant possible son asservissement au profit d'autres systèmes dominants, bureaucratiques ou économiques.

*Autonomie de l'action et isolement du professionnel*

Le travail et l'objet du travail sont deux concepts qu'il faut distinguer. Le travail peut être réel ou prescrit, il s'observe à partir des actes concrets de ceux qui l'exercent et des liens dans lesquels les travailleurs s'inscrivent lors de la réalisation de leurs activités. Le travail des coiffeurs n'est pas très différent d'un salon à un autre, c'est l'objet du travail qui diffère. Si l'on regarde le mécanicien sur sa machine à bord d'un sous-marin, on ne voit pas qu'il « fait la guerre ». Comment alors saisir l'objet du travail ?

L'objet du travail n'existe pas dans la réalité, c'est un objet construit qui n'a d'intérêt qu'au regard de l'analyse qui en est faite. Il transparaît à travers un ensemble de questions plus ou moins générales concernant le but, les qualités ou les frontières du travail. Chacune de ces questions est complexe. Le but du travail ne se saisit pas en direct, il nécessite que soient interrogées les raisons de satisfaction du travailleur, le signal lui permettant de savoir qu'il a accompli son travail, les actes qu'il effectue et ceux qu'il se refuse à effectuer. La qualité du travail est à la fois une évaluation personnelle de ses qualités par le travailleur et les critères permettant de considérer qu'un travail est « bien fait », tant d'un point de vue individuel que hiérarchique ou collectif. Les frontières sont spatiales et temporelles, et elles sont aussi dessinées par le sentiment d'incompétence et les situations où le travailleur « passe la main » à un autre.

Il peut être nécessaire d'ouvrir sur des questions qui ne portent pas directement sur la pratique concrète, par exemple en étudiant la formation des professionnels afin de comprendre comment cet objet est théorisé, transmis, acquis et évalué. L'objet du travail s'inscrit aussi dans les rapports formels qui encadrent l'exercice de l'activité : nature des contrats de travail ou du statut du travailleur, modes de rémunération, systèmes d'évaluation et de gratifications. Cet objet enfin doit pouvoir se penser à différents niveaux : individuel, collectif, social. L'objet du travail d'un médecin n'est pas forcément le même d'une spécialité à une autre, et même d'un individu à un autre. Cependant, dans sa dimension professionnelle, il peut se définir à travers les normes comportementales et scientifiques par lesquelles il se transmet et s'affirme dans les systèmes d'évaluation des étudiants.

C'est cette capacité à bouger et à faire apparaître des références peu visibles au regard d'une définition figée de l'activité ou du métier, qui confère à l'objet du travail son caractère heuristique s'il est mobilisé pour comprendre les transformations des organisations et des

institutions du travail. C'est pourquoi il est nécessaire de l'interroger et de ne jamais considérer qu'il est donné, une fois pour toutes, à travers une mission, un mandat ou un référentiel.

Les exemples de déplacements de l'objet du travail que nous avons retracés à partir des secteurs de la coiffure ou de la Marine nationale présentent des convergences permettant d'esquisser un principe d'efficience du mécanisme sous-tendu par la professionnalisation.

Dans les deux cas, il y a la mise en valeur de l'expertise du professionnel. Celui-ci est reconnu comme disposant de compétences spécialisées, certifiées à l'issue d'une formation qualifiant cette expertise. Mais il s'agit plus que d'une mise en valeur, puisque cette expertise est mise en œuvre dans le cadre d'opérations au cours desquelles le professionnel est réellement autonome. Le patron du salon de coiffure franchisé n'est pas derrière ses salariés pour vérifier la façon dont ils réalisent une coupe puisqu'ils doivent savoir le faire correctement. L'évaluation de leur travail ne porte pas sur la qualité d'un geste tenu pour acquis, dès lors que le client ne se plaint pas. En revanche, le niveau des ventes de produits est évalué et constitue une mesure de la capacité du salarié à « communiquer », autrement dit, à vendre. L'espace d'autonomie est modifié : il est renforcé au niveau de la coiffure, mais l'objet de l'activité du salon est désormais ailleurs. Et sur cet objet qui est la commercialisation de la marque, c'est le gérant, lui-même contrôlé par la franchise, qui a le contrôle de l'évaluation du travail. La professionnalisation du salarié d'un salon de coiffure consiste ainsi à lui accorder l'autonomie quasi complète dans l'exercice de son activité de coiffeur, tout en le plaçant dans une dépendance directe, parce qu'économique, avec sa capacité à générer des ventes, donc à augmenter les profits de l'entreprise. Le travail de coiffure s'est déplacé en tant qu'objet, il est devenu secondaire et c'est à ce titre qu'il est confié à des salariés qui le prennent en charge de façon autonome.

Chez les militaires, ce déplacement est plus complexe puisque les missions de l'armée ne changent pas, seul leur agencement symbolique se modifie. Il y a coexistence de plusieurs objets, de l'activité du spécialiste aux fonctions du gradé jusqu'aux missions du militaire. La spécialité ainsi constitue une poche d'autonomie au sein d'un « état » qui n'est pas seulement subordonné, mais engage la personnalité complète de l'individu. Cette autonomie est ainsi enchâssée dans un ensemble de contraintes mais ne s'exprime que dans l'acte lui-même (par exemple réparer une machine) et disparaît dès qu'il s'agit de donner une finalité à cet acte (rendre un bâtiment opérationnel).

Il y aurait sûrement de nombreuses façons de décrire d'autres mécanismes de déplacement de l'objet du travail à l'occasion de processus de professionnalisation plus ou moins déclarés ou achevés. Mais le principe qui se dégage montre deux opérations simultanées :

- d'un côté, la centration de l'activité du professionnel sur des opérations pour lesquelles il a acquis une expertise souvent certifiée qu'il mène de façon autonome ;
- de l'autre côté, une dissociation entre l'objet du travail du professionnel et celui de l'organisation dans laquelle il travaille, qui lui échappe plus ou moins complètement.

De ce point de vue, l'autonomie professionnelle apparaît comme étant source d'une liberté d'action si celle-ci porte sur un objet spécifique, mais aussi source d'isolement ou d'enfermement si elle n'est pas reliée à un projet collectif, la vidant en partie de son sens.

La notion d'objet du travail est absente, telle quelle, de la sociologie du travail. La description du travail permet pourtant de l'approcher et d'en percevoir la dimension tout particulièrement à l'occasion de changements. Georges Friedmann s'y est intéressé lorsqu'il a observé l'industrie américaine au lendemain de la guerre [257]. Ses espoirs dans les bienfaits d'une science humaine au service du travail étaient intacts. En s'associant au projet de l'école interactionniste de Chicago, en particulier aux travaux de l'équipe de Hugues, Friedmann admire les efforts des sociologues américains pour contribuer à une meilleure organisation scientifique du travail. L'analyse était tout entière tournée vers l'action et celle-ci au service de réelles transformations des rapports de travail.

L'analyse de Friedmann est connue : elle montre les effets dévastateurs et surtout démotivants de la parcellisation des tâches, d'une prescription atomisée d'actes qui ne trouvent pas de sens collectif, du contrôle étroit des nouveaux experts du travail sur son exécution. À la fin de son ouvrage, Friedmann s'interroge sur le moyen d'arriver à donner au salarié de la « joie au travail ». On notera d'ailleurs qu'il n'aborde jamais directement la question de la santé, si ce n'est par l'intermédiaire du contrôle des médecins d'usine, lesquels veillent plus à la sécurité sanitaire des installations qu'à la santé (au sens individuel) des ouvriers. Les « counselors » en revanche, ont pour mission de permettre aux travailleurs d'évacuer leurs problèmes, mais pour l'auteur, ce n'est pas vraiment intéressant car en France, il est certain que jamais les syndicats ne laisseraient passer de telles pratiques individualisantes.

Mais en quoi la sociologie peut-elle donc apporter « conscience professionnelle et joie au travail » ? Les propositions de Friedmann portent sur trois points. Le premier est le retour à

[257] G. Friedmann, *Où va le travail humain ?*, Gallimard, Paris, 1950.

la cohérence des tâches et la conscientisation du travail. Autrement dit, il faut en finir avec des actes automatiques qui ne réclament pas la conscience des opérateurs, mais au contraire leur confier la finalité de leur action. Très clairement, Friedmann préconise l'autonomie du travailleur. En deuxième lieu, il propose d'élever la formation des ouvriers, en leur dispensant, y compris au niveau des ateliers, des connaissances suffisantes pour qu'ils donnent du sens à leur activité. Ces formations ne seraient pas seulement techniques, elles viseraient à améliorer la compréhension que l'ouvrier a de l'entreprise dans laquelle il travaille et ainsi de se sentir plus concerné par sa gestion. Au-delà de la conscience professionnelle (apportée par l'autonomie), on accéderait alors à la « satisfaction professionnelle ». Enfin, le troisième point achève le schéma en proposant la participation ouvrière à la rationalisation. Ainsi, les tâches de l'opérateur « sont définies et coordonnées selon son *initiative*, sa *volonté* et, par définition, [demeurent] d'une certaine *plasticité* ; tâches qui possèdent à ses yeux une *finalité* (qu'il comprend et domine) et sont tendues vers un achèvement maintenu sous son contrôle, vers un but plus ou moins lointain, mais qui reste dans son champ de vision et d'action ; tâches qui, par conséquent, mettent en jeu sa *responsabilité* et constituent une *épreuve*, toujours renouvelée et surmontée, de ses *capacités*. On le voit, les bases concrètes de la « joie au travail » sont donc complexes… »[258]. Le modèle que Friedmann propose après avoir étudié auprès de ses collègues américains ressemble à celui de la professionnalisation des emplois.

Le modèle de l'analyse de la profession à partir du concept d'autonomie contient ainsi en lui-même son propre paradoxe : il montre que la profession est la situation d'activité la plus enviable, socialement, économiquement et individuellement, mais aussi que les organisations du travail reposant sur les pratiques d'autonomisation des tâches, déclenchent, non pas de la joie, mais de l'insatisfaction.

Qu'en est-il de professions instituées comme la médecine ? Nous consacrerons les chapitres suivants à chercher comment définir cet objet du travail médical dont il faut accepter *a priori* qu'il ne soit pas de soigner, guérir, soulager, traiter ou de « résoudre les problèmes concrets des individus ».

---

[258] *Ibid*, p. 341, les mots en italique le sont par l'auteur.

## Chapitre VII : La formation de l'objet du travail médical

L'objet du travail médical est ici approché dans un premier temps par sa « mise en forme », autrement dit à travers la formation des médecins. Dans les parties suivantes, nous étudierons sa mise en pratique dans le champ de la cancérologie.

Ce chapitre est ainsi consacré aux études médicales, sur lesquelles nous revenons afin d'en dégager la logique pédagogique à partir de laquelle les professionnels s'emparent de leur objet. Nous mobiliserons largement les entretiens menés au cours d'une étude réalisée auprès d'étudiants des facultés de Saint-Antoine, à Paris et de Nantes, dont nous précisons les conditions dans l'encadré ci-dessous. Nous mobiliserons également les résultats des deux autres études présentées précédemment et portant sur les concours de médecine. Ces travaux nous ont donné l'occasion d'étudier le contenu des cours dispensés aux étudiants et d'en constater les écarts d'une faculté à l'autre. Cependant, les principes généraux de la formation restent proches ; ils suivent un processus qui commence par une rupture initiatique opérée à l'occasion de la première année, fortement sélective, se poursuit par une formation alternant stages et apprentissages théoriques jusqu'à la sixième année, où l'épreuve des ECN (ou de l'internat, pour les promotions plus anciennes) ouvre sur un troisième cycle qui transforme l'étudiant en professionnel.

La formation médicale ne consiste pas seulement à apprendre à être étudiant en médecine, comme l'équipe de Becker l'a bien montré dans *Boys in White*, ou même à être médecin, elle permet aussi l'élaboration de cet objet particulier au cœur d'une vie professionnelle. Les études de médecine apparaissent très normatives, organisées, structurées, elles imposent aux étudiants un alignement sur des représentations du métier pouvant heurter leurs dispositions d'origine. La première année est décisive sur ce point, puisqu'elle oblige les étudiants à inverser leurs représentations spontanées du corps, de la maladie, et même de la médecine. On pourrait considérer qu'elle contribue à faire d'eux des « déviants », dans la mesure où elle contribue à les placer dans un espace « à part ».

Nous nous attacherons ensuite à montrer comment certaines étapes du parcours étudiant renforcent cette première rupture en distinguant l'apprentissage sur le terrain de l'hôpital et l'acquisition de savoirs abstraits, dispensés par les cours. Durant ces années, l'université semble jouer un rôle assez faible, elle est peu fédératrice dans le sens où elle ne représente pas un lieu de socialisation fréquenté par les étudiants, peu nombreux aux cours. Mais cette forme d'apprentissage est aussi « formatrice », elle contribue à l'acquisition d'un ethos individuel et à une disposition à l'organisation individuelle du travail.

Enfin, nous nous arrêterons sur une révélation paradoxale, souvent mentionnée par les étudiants et même les médecins, y compris lorsqu'ils tentent de la dénier. Cette révélation est celle du « sens du mal » qu'il faut entendre ici comme le mal qu'on leur apprend à faire sur les patients, pour leur « faire du bien ». Apprendre à agresser le corps de l'autre n'est pas simple lorsqu'un étudiant vient en médecine avec le projet de « soulager » et de « guérir ».

***De « faire médecine » à « faire de la médecine »***, A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa (dir.), S. Divay, C. Horellou-Lafarge, F. Le Roy, avec la collaboration de S. Bekhat, J. Nenoumeur, V. Gosseaume, S. Hervieu, Y. Zaouari, DREES, *Série Études*, *Document de travail* n° 53, octobre 2005, http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/

Ce travail a été élaboré en collaboration avec la DREES, à partir d'une demande bien spécifique. Il s'agissait d'approcher, d'une manière qualitative, les conditions de la formation médicale, afin d'envisager la possibilité de construire une grande enquête quantitative interrogeant les étudiants en médecine sur leurs représentations du métier. Pour cela, nous avons choisi d'opérer à partir de deux facultés de médecine qui présentent des caractéristiques contrastées : l'une (Saint-Antoine), sur Paris, dont la réputation est celle d'une faculté performante au regard des résultats de l'internat ; l'autre, sur Nantes, plus restreinte et d'une réputation moins élitiste.

Dans chacune des facultés, nous avons sélectionné un échantillon de cinquante individus : 10 étudiants de PCEM1, PCEM2, DCEM4, résidents et jeunes médecins généralistes. Au total, nous avons pu exploiter 91 entretiens. Il s'agit d'entretiens semi-directifs, à savoir que nous avions une trame commune à partir de laquelle nous laissions nos interviewés dérouler le fil de leurs parcours, mais aussi des questions précises que nous avons posées à tous dans des termes communs. Ceci nous permettait de tester l'effectivité de questions standard et de recueillir des réactions plus spontanées sur ce qu'ils étaient en train de vivre. Ces entretiens, qui ont duré entre une demi-heure et deux heures, nous ont mis devant une masse imposante d'informations que nous avons traitée selon une méthode commune. Au fur et à mesure du déroulement de notre travail, et surtout de l'exploitation de nos matériaux, il nous est apparu que si le traitement qualitatif d'un grand nombre d'entretiens posait des problèmes méthodologiques, leur diversité nous permettait de saisir le mécanisme subtil et complexe de la formation professionnelle des médecins, mieux que ne l'aurait fait une grande enquête par questionnaires.

L'enquête s'est déroulée entre octobre 2003 et septembre 2004. Après avoir étudié les fichiers des inscrits dans les deux universités, et avec le concours des services de scolarité, nous avons sélectionné des populations répondant à un minimum de représentativité (sexe, origine sociale) et couvrant l'ensemble des profils existant dans les facultés. Les étudiants ont ensuite reçu un courrier signé des doyens, les avertissant qu'ils pouvaient être contactés, et nous les appelions pour prendre un rendez-vous. À Paris, les entretiens ont eu lieu à la faculté de Saint-Antoine, dans une salle mise à notre disposition. À Nantes, les entretiens avaient lieu, soit au domicile des étudiants, soit à la Maison des Sciences de l'Homme *Ange-Guépin*, située à proximité de la faculté de médecine. Nous n'avons eu que très peu de refus et ceux-ci étaient en général motivés par une surcharge de travail, chez les DCEM4 et les PCEM1. Mais nous avons eu du mal à contacter tous les résidents du fait de leur mobilité et nous n'en avons interrogé que douze, plus deux internes de médecine interne.

Les choses ont été différentes pour les médecins généralistes. À Nantes, nous avons procédé avec l'aide du Conseil départemental de l'ordre de Loire-Atlantique. Ce dernier nous a fourni un fichier anonyme des médecins installés depuis moins de cinq ans dans le département et ayant fait leur thèse à Nantes, à partir duquel nous avons constitué notre échantillon à partir de ces données et le président du Conseil départemental a envoyé un courrier aux médecins retenus pour les informer de notre enquête. En général, ils ont répondu avec beaucoup d'intérêt à notre sollicitation.

À Paris, nous avons reconstitué un échantillon à partir des thèses réalisées à la faculté de Saint-Antoine les années précédentes, en utilisant la base de données *Rosenwald* pour retrouver ceux qui étaient installés. La faculté de Saint-Antoine nous a aidés à entrer en contact avec certains de ses

anciens étudiants. Cette précision est importante car nos populations ont été sélectionnées de façon un peu différente et ne répondent pas exactement aux mêmes critères de base. Mais dans les deux cas, il s'agit de médecins peu mobiles géographiquement, ce qui homogénéise notre population.

Les entretiens ont été analysés par plusieurs personnes, ce qui nécessitait de mettre en place une procédure commune permettant à chacun, ensuite, de disposer de l'ensemble du panel pour réaliser les analyses transversales. Pour cela, nous avons procédé de deux façons. La première a consisté à saisir des informations objectives et subjectives dans un fichier de données, nous permettant ensuite de sélectionner les entretiens correspondant à certaines caractéristiques, mais aussi de mieux connaître les grandes tendances et lignes de clivage de notre population. La seconde fut plus qualitative. Chaque analyste a procédé à une analyse thématique et structurale de l'entretien et a produit une synthèse à partir des principaux thèmes abordés. Ce travail nous a permis d'exploiter au mieux la totalité de nos entretiens et de mesurer les tendances que nous observions.

### *La rupture initiatique du PCEM1*

Le concours de fin de première année de médecine opère une sélection sociale élevée tout en procédant à une forme d'initiation des candidats à la profession. Le principe de cette initiation est, comme dans de nombreux rites de passage, la rupture. L'étudiant en médecine, s'il veut accéder à la profession médicale, doit larguer plusieurs amarres, sauf s'il fait déjà partie du cercle des initiés. Ce mécanisme de rupture mérite que l'on s'y arrête car il permet d'entrevoir la complexité du travail de la médecine.

On a coutume de présenter la première année des études médicales comme une année de sélection, dont l'objectif est essentiellement de faire passer « les meilleurs » et surtout, de limiter le nombre de prétendants à la profession. Mais cette année n'est pas que sélective, elle est aussi formatrice. Elle l'est dans différents sens qui sont essentiels pour préparer l'étudiant à son futur métier.

D'abord, elle donne le ton des études médicales, le PCEM1 fait l'objet d'un système d'enseignement dual : les cours en faculté se doublent de préparations privées. Celles-ci s'inscrivent dans la continuité d'une histoire de l'enseignement médical qui n'a jamais été uniforme, les cours privés, comme nous l'avons vu, ayant depuis toujours coexisté avec l'enseignement universitaire de la médecine. Aujourd'hui, seule la préparation aux concours subsiste de ces cours privés, assurés par des établissements commerciaux fréquentés par les étudiants de première année de médecine. Ces « boîtes à concours » embauchent des étudiants des années supérieures qui y trouvent un complément de revenu et se font concurrence, malgré un système de tutorat mis en place dans les universités afin de maintenir les étudiants dans leurs murs.

En PCEM1, l'étudiant expérimente une discrimination autant intellectuelle, qu'économique et sociale. Celle-ci porte sur l'accessibilité à ces cours privés, mais aussi sur la totale disponibilité exigée pour le concours, rendant impossible toute activité rémunérée.

L'étudiant doit mobiliser toute une famille « derrière lui », et ce soutien diffère selon les situations. Il se manifeste par le sacrifice financier que représente une inscription en faculté de médecine d'un enfant issu des classes populaires, surtout si la famille ne réside pas dans une ville de faculté. Dans les milieux plus aisés et urbains, il se manifeste par un accompagnement de l'étudiant qui est à la fois coaché à la façon d'un sportif (alimentation surveillée, sorties limitées, exercices physiques etc.) et protégé de toute agression ou distraction extérieure. Ces conditions inégales de préparation sont discriminantes, mais elles ne sont pas nécessairement perçues comme telles par les étudiants, qui adhèrent au principe du concours recrutant les « meilleurs ».

*Vouloir « faire médecine »*

Nous avons vu que la sélection sociale s'opérant à l'issue de cette première année présente des similitudes avec les Classes préparatoires aux grandes écoles, mais le mécanisme du choix diverge puisque l'orientation est d'emblée déterminée vers une profession médicale. Si certains entrent en PCEM1 pour être dentistes ou sages-femmes, la plupart veut devenir médecins et la façon dont ils justifient ce désir permet de distinguer plusieurs types d'étudiants.

Une première catégorie peut être décrite à travers l'idée de « vocation », telle que les étudiants la déclarent spontanément. Les récits font état de cette certitude apparue souvent dès le plus jeune âge, de cette idée qu'ils ont « toujours » eue et qui, même si elle a pu être discutée à un moment donné, s'impose à eux comme un destin évident.

> *« J'ai toujours voulu faire médecine » ; « J'ai toujours, quand on me demandait ce que je voulais faire depuis l'école primaire, je disais médecin » ; « dès la seconde je sais que je veux être médecin » ; « Ah oui j'étais déterminée, j'ai toujours travaillé pour faire ça. Dès l'âge de 7 ans mon objectif, c'était ça. J'étais vraiment bornée pour échelonner les étapes pour arriver à généraliste » ; « pourquoi j'ai fait médecine ? j'ai toujours voulu faire médecine… depuis que j'ai… dix ans je pense ».*

Si la « vocation » médicale apparaît spontanément relever du même ordre de dispositions que la « vocation » sacerdotale[259], l'usage qui en est fait dans le champ médical diffère de celui du champ religieux. En effet, Charles Suaud montre que la vocation religieuse à la base du recrutement des prêtres fait l'objet d'un travail de repérage et d'éducation qui conduit le futur séminariste à « entendre » l'appel de Dieu, lequel serait assez inaudible sans un travail de traduction porté par des guides spirituels[260]. La sélection en médecine ne vise pas à repérer de telles dispositions, ni même à les susciter, mais en revanche elle s'appuie

---

[259] En particulier une expression sous la forme d'un « désir » ou d'un « appel ».

[260] Suaud C., « L'imposition de la vocation sacerdotale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.1, n°3, p. 2-17.

fortement sur l'idée de « motivation »[261], qui est traduite par la quantité d'efforts, voire de « sacrifices » que l'étudiant est en mesure de fournir pour réussir.

On retrouve dans cette catégorie d'étudiants par « vocation », deux types d'appelés : les premiers, plutôt éloignés des milieux médicaux, sont habités par une représentation abstraite, quasiment idéalisée, du médecin. C'est « celui qui savait », celui qui « avait les mains douces » ou qui « décidait et tout le monde lui obéissait ». Le médecin y est volontiers représenté comme une personne toute-puissante, qui fascine par la nature du pouvoir qu'il détient. Les étudiants marqués par cette image de puissance médicale la traduisent à leur niveau par un idéal humaniste : c'est pour « soigner les gens », « rendre service », « être utile », « aider les autres », qu'ils s'engagent dans ces études. Comme chez leurs aînés, et traduit avec les mots d'aujourd'hui, la « charité » est le ciment moral de cette forme de pouvoir.

L'autre type d'appelés est représenté par les étudiants ne se situant pas du côté d'une « question », mais d'une imposition, ayant été désignés, d'emblée, pour ce destin-là. On trouve parmi eux des médecins inscrits dans une dynastie familiale, assignés à cette profession par leurs parents, et s'y dirigeant presque « malgré eux ».

> Q : Et qu'est-ce qui vous a amené à faire médecine ?
>
> *…. (elle rit doucement) ça c'est le genre de question ! j'avais envie de faire médecine c'est tout. Moi je suis d'une famille où il y a plusieurs médecins…*
>
> Q : Il y a des médecins dans votre famille ?
>
> *Oui oui, mon père est médecin, et mes grands-pères, ma tante… mais c'est tout. Donc chez moi on est sept enfants, je suis la seule… ah si, il y a ma petite sœur qui fait médecine aussi. Mais…*
>
> Q : Vous avez toujours eu envie de faire médecine ?
>
> *Oui. J'ai failli pas le faire en opposition, pour ne pas faire comme mon père ! (rires) et puis en fait, je l'ai fait quand même.*
>
> Q : Oui d'accord. Donc vous vouliez faire ça depuis longtemps…
>
> *Mais c'est des idées en fait, c'est très difficile de savoir. Moi mon père étant, il était chirurgien, on n'a jamais vu un médecin de notre vie hein, moi je ne savais pas ce que c'était qu'un médecin généraliste, hein ! on se faisait des idées comme ça, parce qu'on sait très mal ! et puis après on découvre au fur et à mesure.*
>
> *(femme généraliste)*

Cet extrait révèle la distance ressentie de l'enfant issu d'un milieu médical à l'égard du médecin « en exercice », c'est par son côté intime qu'il est d'abord connu. Le médecin est une figure familiale et familière, il est d'abord un membre de la famille et sa qualité professionnelle s'adosse à cette proximité qui lui confère une identité pour les autres. Il

---

[261] La « motivation » est une « valeur sûre » durant les études médicales, condensant les vertus de la volonté plus que du désir, transcendant la vocation tout au long du parcours. L'invocation de cette « qualité » est bien analysée par E. Zolésio, à propos de l'abandon par une étudiante de son internat de chirurgie. Cf. Zolésio E., « Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée », *Sociétés contemporaines*, vol.2, n°74, 2009, p. 147-165.

s'oppose à cette autre figure du médecin étranger, non seulement inconnu de la famille, mais surtout possédant ce savoir « étrange » et presque magique :

> *Ah ! ah ! ah ! l'image du médecin… Celui qui savait. Celui qui savait et une certaine partie de mystère qui entourait son savoir… Bon, je dois vous dire après que j'ai déchanté assez rapidement, mais c'était l'image que j'avais quand j'avais 6 ans, de ce bon docteur qui savait et qui savait réparer les… les casses, et qui savait ce qu'il fallait donner et qui savait faire un diagnostic, il savait ce que le patient avait et qui savait ce qu'il fallait donner. Alors c'était ce savoir et ce mystère qui entourait ce savoir. Ce grand livre rouge quand j'étais gamine quand on m'emmenait chez un médecin et on aurait dit que tout était là-dedans. Vous savez quand on est enfant, hein ! C'est ça !*
>
> *(femme généraliste).*

Lors de notre première étude, portant sur des générations plus anciennes, nous avons rencontré plusieurs héritiers directs assumant mal un destin imposé. Un fils de médecins commence ainsi à raconter son parcours en disant : « malheureusement pour moi, j'ai réussi le concours », un autre affirme qu'il « n'a pas eu d'autres possibilités ». Chez les plus jeunes générations, ces orientations forcées semblent avoir disparu, mais le conflit s'est inversé. Des étudiants affirment ainsi avoir choisi ces études « malgré » des parents qui leur déconseillaient un métier dévalorisé et peu lucratif. Une dévalorisation de la médecine qui apparaît toujours dans les discours des médecins, mais qui n'est jamais mentionnée de la part de parents enseignants, cadres et, encore moins, agriculteurs ou ouvriers. Ce discours de dévalorisation a fortement accompagné la fuite des jeunes hommes vers d'autres carrières supérieures.

Enfin, d'autres « vocations » apparaissent à l'issue d'un épisode particulier de leur vie personnelle : maladie grave chez eux ou chez un proche, décès prématuré d'un membre de leur fratrie ; erreur médicale aux conséquences dramatiques etc. La « vocation » naît d'un besoin de réparer un échec, d'atténuer une souffrance, d'espérer la guérison.

> *Je vais tout vous dire. Je suis le fils cadet d'une famille dont le frère aîné… mon frère aîné a eu une infection aux oreilles. On l'a amené chez le médecin qui a diagnostiqué une crise de paludisme. Il lui a fait une piqûre de quinine et l'a assourdi à vie. Donc, forcément il n'a pas eu le langage développé parce qu'il était devenu sourd par une forte dose de quinine et devenu muet forcément parce qu'il n'a pas appris à parler. Donc ça devient un sourd et muet. À l'époque, nous n'avions pas toutes les structures pour les malentendants, ça n'existait pas encore. Et quand je repense à ça, c'était pour moi un contrat existentiel. Mais pour moi, c'est une espèce de contrat et voilà. Voilà pourquoi la médecine ça a été pour moi ma passion et pourquoi je n'ai jamais changé.*
>
> *(homme généraliste)*

Aux vocations précoces s'opposent des choix tardifs qui se disent peu en termes de vocation. Ils apparaissent au lycée, parfois même après le bac, au moment où l'urgence d'une inscription oblige à se décider, dans ces familles où l'enseignement supérieur est une suite logique du secondaire. La médecine est, pour les sortants de bacs scientifiques peu pressés

d'entrer dans la vie active, une « aubaine » : des études longues débutant par une « course » assez scolaire, un métier au bout et du temps pour décider comment l'exercer. L'inscription en médecine peut aussi prendre une allure de revanche chez les étudiants dont l'inscription en « classes prépa » a été refusée et qui entendent bien se montrer capables de se distinguer dans un concours réputé difficile. La désinvolture du choix de la médecine[262] est pourtant rare et ne se rencontre pas chez les plus distants du milieu médical. Tenter d'approcher ce monde-là ne se décide pas à la légère et s'inscrire en médecine n'est pas un acte toujours facile.

Dans une enquête réalisée auprès d'étudiants de première année de médecine, Catherine Déchamp-Le Roux avait catégorisé en trois groupes les candidats à la profession médicale[263]. Le premier était marqué par l'expérience de la maladie (le groupe « initiation »), le second se situait dans un projet familial (le groupe « héritage ») et le troisième faisait état de la combinaison de diverses motivations (le groupe « figures complexes »). Ces distinctions se retrouvent dans chacune de nos enquêtes, mais il est difficile de les quantifier, d'autant plus que ces « profils » ne sont pas exclusifs les uns des autres.

Les « vocations précoces » et les « orientations tardives » représentent pourtant des tendances qui s'opposent du point de vue des justifications mais aussi des caractéristiques des étudiants. À l'exception des « héritiers », les vocations précoces sont plus souvent rencontrées chez des étudiants socialement éloignés des milieux médicaux, comme si l'intériorisation d'un tel destin nécessitait du temps et une longue mise à l'épreuve, tant de l'étudiant que de ses parents, ses enseignants etc. Une étudiante, fille d'ouvrier du bâtiment raconte comment son professeur de sciences économiques et sociales de seconde lui a expliqué qu'étant donné son origine sociale elle n'avait aucun intérêt à tenter le concours car elle perdrait son temps… Furieuse, elle y est allée, s'y est reprise à trois fois et a réussi à franchir le cap du PCEM1.

En revanche, il nous a semblé assez évident que plus la médecine était idéalisée, plus les chances de réussite au concours étaient faibles[264]. L'attirance pour le « monde de la

---

[262]Qui se traduit par des justifications de type « par hasard » ou « pour accompagner une copine »…

[263]Déchamp-Le Roux C., « Vocation médicale et choix professionnel », dans *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Aïach P. et Fassin D. (dir), Anthropos, Paris, 1994, p. 87-119.

[264] Cela peut se traduire par des « détails » de l'enquête. En téléphonant chez les étudiants pour avoir un rendez-vous, les parents répondaient parfois et nous proposaient de laisser un message. Certains profitaient de l'occason pour « filtrer » les appels chez son fils, comme ce père nous répondant de façon peu aimable qu'il était hors de question que son fils, participe à notre enquête devant exclusivement se concentrer sur son concours. Un autre, dans la même situation, s'est montré très heureux de notre proposition et nous a assuré qu'il insisterait pour que son fils nous rappelle, tellement c'était « bien pour lui » d'avoir l'occasion de répondre à une enquête sur les étudiants en médecine. Sans doute notre demande était-elle entendue comme une forme d'encouragement à l'intégration dans ce « nouveau monde ». Nous avons rencontré cet étudiant, fils d'ouvrier,

médecine », à la fois comme position sociale et comme mission supérieure dédiée à « l'humanité », s'oppose à des « goûts » pour la « matière » scientifique. Cette dernière disposition prépare plus sûrement à une sélection fondée sur la capacité de l'étudiant à accepter de se soumettre à un apprentissage apparemment dissocié d'une pratique soignante.

*Une discrimination élective*[265]

Le concours de première année de médecine représente une opération de discrimination que nous avons qualifiée d'élective. La discrimination décrit un phénomène de séparation des objets ou, par extension, des personnes et son sens est souvent péjoratif dans la mesure où il est associé à un mécanisme d'exclusion. Mais on peut aussi entendre une discrimination visant à l'intégration, dans le sens d'un tri permettant l'entrée dans un groupe.

Le processus discriminant opérant lors du concours de PCEM1 ne se limite pas à l'épreuve elle-même, il s'inscrit sur un temps long, en amont et en aval de celle-ci. Pierre Bourdieu a montré, à l'occasion des concours d'entrée dans les Grandes écoles, comment ces épreuves consacraient une séparation préexistant à l'épreuve[266], et le concours de PCEM1 s'inscrit dans cette logique. Il contribue à la fabrication des médecins car il en fait des élus d'un type particulier, irréductible à une élite intellectuelle ou scientifique mais définie aussi par la possession de qualités personnelles jugées nécessaires à l'exercice de leur futur métier. La discrimination élective s'oppose à la disqualification sociale[267] en ce qu'elle désengage les institutions : ce ne sont pas elles qui disqualifient, c'est l'étudiant qui se qualifie et il le fait en se montrant capable de se distinguer, au sens propre, en se séparant réellement de ses anciens camarades, de ses habitudes scolaires, parfois de sa famille et même de son idéal humaniste. Le concours de première année de médecine consacre un engagement et fait entrer dans un « état » différent, comme le montrent certains indices repérés au cours de nos travaux.

Les étudiants de première année de médecine ont des amis dans diverses facultés et écoles supérieures, ils fréquentaient des littéraires, des futurs ingénieurs ou techniciens. Pour réussir au concours, ces « fréquentations » deviennent néfastes, les décentrent par rapport à

---

qui avait des difficultés à s'intégrer et à comprendre « les règles du jeu ». Quelques mois plus tard le verdict est tombé : le fils « protégé » a été très bien reçu, le classement de l'autre lui laissait peu de chances d'espérer passer l'année suivante. Se mettre « hors jeu » faisait aussi partie des règles du jeu, encore faut-il avoir accès à ces règles-là.

[265] Hardy-Dubernet A.-C., Le Roy F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », dans Berthet T. (ed.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés, Céreq coll. Relief* n°17, novembre 2006, p. 25-34.

[266] Bourdieu P., *La Noblesse d'Etat, Grandes écoles et esprit de corps*, Les éditions de Minuit, Paris, 1989.

[267] Paugam S., *La disqualification sociale*, PUF, Paris, 1991.

leur objectif et leurs chances de réussite s'accroissent à mesure qu'ils se séparent de ces anciennes relations.

Ils rompent aussi avec un système scolaire qui leur a appris la soumission aux règles de l'établissement et aux consignes des enseignants. En PCEM1, les chahuts ne sont pas maîtrisés par les enseignants, ceux-ci peuvent quitter l'amphi sans finir un cours, l'université ne leur apporte aucune indication. C'est ailleurs qu'ils vont chercher conseil : chez des anciens étudiants ou dans les « boîtes à concours » où ils ont l'impression d'être vraiment préparés. En faculté de médecine, les étudiants apprennent à ne pas compter sur le système éducatif.

Ce concours réputé « difficile » leur apparaît paradoxalement facile dans son contenu, mais les conditions dans lesquelles ils doivent le passer en constituent la véritable difficulté : manque de temps, manque de solidarité, manque d'explication, manque de sens. Certains termes sont plus radicaux : débile, idiot, bourrage de crâne, sans intérêt etc. De fait, très peu de points peuvent séparer le premier reçu du premier collé, dévalorisant le mérite des élus, comme l'exprime un étudiant : « C'est rien. N'importe qui peut aller en médecine s'il travaille. N'importe qui, qui sait cocher des cases et est capable d'apprendre des cours peut devenir médecin. C'est étrange. C'est que du par cœur, ça se dit scientifique mais il n'y a pas de trucs scientifiques qui puissent faire la sélection vraiment. C'est celui qui bosse le plus ». Cet étudiant est surpris de tout comprendre, on lui avait dit que la barre était très haute. En fait il n'y voit aucune difficulté et va mettre du temps à se convaincre de ne pas chercher à approfondir. C'est peut-être cette nouvelle posture, apprendre sans comprendre, que les étudiants ont le plus de mal à intégrer. La difficulté des QCM n'est pas dans la complexité scientifique des questions, mais dans leurs pièges, les « questions pour faire de la sélection » disent les étudiants, et dans le temps très court imparti pour les traiter : « Si tout le monde avait le temps, tout le monde aurait 20/20, c'est pas difficile ».

Il est donc nécessaire de bien comprendre cette distinction : c'est la réussite à l'épreuve qui fait l'élite, ce n'est pas le concours ; c'est la nature du travail fourni et non ce que l'on a appris. La distinction, pour ces étudiants en médecine, commence là.

Enfin, il leur faut rompre avec leur « humanité », et ce n'est pas une mince affaire lorsque les motivations s'inspirent des sentiments les plus nobles envers son prochain. En fait, la relative facilité du concours implique de faire jouer des facteurs non scolaires en plus des capacités de mémorisation et d'endurance. De l'avis de la majorité des étudiants, ce concours sélectionne le travail, la motivation, la capacité à gérer le stress, à résister à la pression, la solidité psychologique. Le facteur humain joue sur la concurrence directe, dans la capacité à

résister aux pressions et à en faire subir aux autres (« ça fait un de moins »). Il s'agit symboliquement d'éliminer le concurrent plus que de le dépasser, parce qu'*a priori* le concurrent est au même niveau que soi.

Il n'y a pas de solidarité possible entre ces étudiants rivaux, sauf à constituer un petit groupe de personnes « sûres » parce que se connaissant avant et capable d'élaborer une stratégie précoce. Pour les autres, pas d'échanges de cours, pas d'information pour « aider » l'autre, ou celle-ci est inexacte, il faut courir plus vite que ses camarades, pour prendre les meilleures places dans l'amphi, : « faut pas compter sur les autres », « la fac rend plus dur l'esprit, on se supporte moins ».

Les étudiants se trouvent dans cette situation ambiguë où ils ne peuvent pas faire confiance à l'autre mais où ils sont obligés d'en tenir compte, de le surveiller, de l'évaluer. Cette situation crée également une ambiance générale de suspicion, où le masque et l'hypocrisie (terme très souvent utilisé pour décrire la première année) dominent : « en P1, la personnalité des gens est totalement masquée, enfin la majorité est masquée, c'est chacun pour sa peau et puis voilà ». C'est dans ce cadre que les premières mentions de l'expression « esprit médecine » font leur apparition.

De quel esprit s'agit-il donc ? Non seulement la fac endurcit, mais la dureté est quelque chose que l'on doit s'imposer à soi-même quelle que soit sa personnalité. Ainsi les expressions foisonnent pour expliquer cette obligation : « j'espère que je vais pas rester comme ça », « j'espère que je l'ai pas attrapé [cet esprit] », « on est obligé même si on n'a pas envie », « on se dit ça fera un de moins, même si on n'a pas envie ». Certains disent qu'ils ont du mal, et d'autres qu'ils n'y arrivent pas, certains (très peu) choisissent de ne pas jouer ce jeu : « Il faut faire confiance sinon c'est pas la peine », « je préfère me mettre en recul que de me mettre dans cet état d'esprit malsain ». Mais le risque de contamination guette : « c'est vrai que c'est n'importe quoi. J'espère que moi cette année, et l'année prochaine, que je ferai pas de bêtises, c'est-à-dire que je mettrai pas des bâtons dans les roues. Je pense que je le ferai pas, mais j'espère… surtout de reprendre vraiment l'esprit humain. Je suis pas dans la tête des autres, il y en a, il n'y a aucun problème, ils peuvent gérer tout ça mais moi non ».

Ce concours n'est pas « difficile », les étudiants le disent « pas insurmontable », « pas infaisable », en revanche c'est la gestion et la maîtrise de plusieurs facteurs, d'ordre très différent, – psychologiques, personnels, techniques, financiers – qui les séparent.

Au final, la discrimination est le résultat de la façon dont les étudiants sont traités par l'université plus que le résultat d'un apprentissage des connaissances dispensées par l'établissement. Car cette ambiance particulière est le résultat des conditions de la sélection

et de l'enseignement, où il ne s'agit pas d'un retrait pédagogique mais bien d'une pédagogie particulière. La qualité de cette sélection reflète la qualité des élus, car ils seront des « battants », ils auront vaincu lors d'une première guerre volontiers fratricide. Un étudiant, après avoir critiqué l'apprentissage par cœur et la faiblesse scientifique du concours, le loue. À la question : est-ce une bonne manière de sélectionner les médecins ? il répond : « oui oui oui, c'est ceux qui mettront le plus de courage. Ça donne une valeur au diplôme. Faut passer par là ».

Il s'agit donc bien d'une épreuve, d'un rituel d'initiation. La valeur du diplôme n'est pas dans les quelques points de plus obtenus aux épreuves. C'est pourquoi cette année peut être véritablement considérée comme une année de médecine, une année qui ouvre à la médecine. Elle n'est pas seulement un concours d'accès, c'est un concours d'entrée, parce que se mettent déjà en place des mécanismes, des réflexes, des modes d'évaluation de soi et des autres constituant le terreau sur lequel les médecins vont apprendre leur métier. Parmi ces mécanismes, se trouve par exemple le processus de légitimation, donc d'intériorisation et d'appropriation de ces nouvelles valeurs, comme on le comprend bien au travers des réflexions des étudiants. Et si tout le monde peut s'inscrire en médecine, la première année ne sélectionne pas n'importe qui. C'est là que le professionnel commence à se construire, ne serait-ce que parce qu'il se distingue de celui qui restera à jamais un profane, voire un malade.

En deuxième année, ces futurs médecins se retrouvent, cette fois, entre eux. Les mots qu'ils utilisent diffèrent de leurs compagnons de l'année précédente en ce qu'ils dénoncent plus ouvertement l'ambiance délétère du PCEM1 : ils parlent de *carnage*, *de couteaux*, *de kalachnikov*, *d'arène* , *d'ennemi*, *de cage aux lions*. Les jugements sont éloquents : *horrible*, *moche*, *inhumain*, *nul*, *dur*, *cauchemar*, *etc.* Ainsi, ce qu'a défait la première année, la seconde le reconstruit, mais différemment. Là où il s'agissait de rompre, il s'agit alors de recoller, de rassembler, d'unifier. La deuxième année fabrique du lien social, elle fonctionne comme une PCEM1 inversée et les étudiants la trouvent particulièrement agréable, ils coopèrent, sont solidaires, travaillent et font la fête ensemble. De leur côté, les enseignants changent de ton : c'est à des futurs collègues qu'ils s'adressent désormais et ils les flattent. Profs et étudiants commencent à faire corps, certains étudiants racontent même des épisodes de triche organisée où tous sont complices. La faculté elle-même joue le jeu en organisant des animations ou des week-ends d'intégration, pour ré-unir les étudiants.

Le PCEM2 est une année pour réparer les dégâts du PCEM1 et pour construire « l'esprit médecine », l'esprit de corps. Mais cette union toute neuve, c'est bien du concours qu'elle se

nourrit comme l'exprime un étudiant en deuxième année : " mes amis sont en médecine : passer une épreuve comme ça, ça crée des liens forcément, autant que ça peut en détruire ". Un autre parle d'une unité très forte des étudiants en médecine, qu'il oppose aux étudiants d'autres facs comme histoire et lettres : « il y a un travail d'intégration qui est que tout le monde a travaillé énormément en P1 et ça, ça unit ».

L'année du concours est donc celle qui provoque une rupture et, sur cette rupture, se construit un groupe qui repose sur une valeur commune : celle d'avoir, individuellement, survécu au « massacre ». Les étudiants se retrouvent quasiment contraints de naturaliser la sélection dont ils ont été l'objet en considérant que c'est eux qui ont été choisis, parce qu'ils possédaient les qualités requises pour l'être, parce qu'ils ont été élus, car pour devenir « un tueur », il faut avoir de « bonnes » raisons.

La construction de l'objet médical commence là, à l'occasion de cette année de sélection qui est aussi une année d'initiation plaçant les élus dans un autre espace que celui d'où ils viennent. Il leur faut rompre avec l'idée qu'ils se faisaient du médecin (qu'ils se la soient forgée à la maison et dans le cabinet de leur médecin), quitter leurs amis d'avant, et se constituer en corps, désormais séparé de celui des profanes. Du point de vue des connaissances médicales, ils ont peu appris, du moins en apparence, pas de physiologie ni de pathologie, encore moins de soin. Le « malade » n'existe pas encore, il faut d'abord faire apparaître le médecin.

*Les stages hospitaliers : être et faire*

Cette approche de la médecine constitue la « matière » des cours des premières années, au cours desquelles les étudiants vont aussi se familiariser avec l'univers hospitalier. Nous nous arrêterons un moment sur le premier de ces stages, moment décisif bien que relativement nouveau, puisqu'il a été introduit dans les études médicales en 1992. Ce stage « d'initiation aux soins », dit plus couramment « stage infirmier », oblige tous les étudiants entrant en deuxième année de médecine à passer quatre semaines dans un service hospitalier. Il a lieu à un moment très particulier du cursus, après les résultats du concours de PCEM1 mais avant le début du PCEM2, donc durant l'été qui les sépare. Sa position même renseigne sur son statut peu intégré au cursus de la formation médicale elle-même : il n'entre pas vraiment dans les maquettes de la deuxième année, sans faire partie de la première année non plus, puisqu'il ne concerne que les reçus.

Au départ, ce stage était présenté comme un moyen, pour les étudiants, d'approcher les métiers et les fonctions paramédicales, de suivre d'abord des aides-soignants puis des infirmiers, dans leur quotidien. Récemment, ce stage s'est spécialisé dans des tâches plus

médicalisées, dans le sens où il spécifie, sous le couvert d'un cadre médical, un objectif plus technique et moins socialisateur, visant à les initier « aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premiers secours »[268].

Lors de sa mise en place, ce stage était un peu à la profession médicale ce qu'est le stage ouvrier dans les écoles d'ingénieurs. Il avait une mission « sociale » : montrer aux étudiants le travail de ceux qu'ils ont tendance, ensuite, à ne plus voir : les agents hospitaliers, les aides-soignantes, les infirmières.

Ce stage marque les étudiants : tous s'en souviennent car il concrétise leur réussite au concours : « ça y est, j'y suis. ». Après s'être emplis la tête de connaissances abstraites et apparemment inutiles, ils sont mis en contact direct avec les corps souffrants tandis que la maladie, comme objet d'une connaissance particulière, est reportée à plus tard. Ce stage est l'occasion de mettre en scène, de façon un peu abrupte, les projections professionnelles des étudiants à un moment où tout est encore ouvert et où leur seule certitude est d'avoir franchi le cap de la première année. Les avis sont alors tranchés entre deux positions : la découverte et l'humiliation. Dans ce sens, il prolonge efficacement l'épreuve initiatique du concours.

Si le contenu du stage pouvait varier selon les hôpitaux et les services, les étudiants que nous avons rencontrés ont parfois eu à faire le « sale boulot »[269] des aides-soignantes avant de suivre le personnel infirmier. Cela signifie qu'ils changent les lits, lavent les malades, les manipulent, les nourrissent etc. Ils doivent alors, sans transition, passer de leur sensibilité profane à une professionnalité active. Mais ces tâches, qualifiées d'« ingrates » et « rebutantes », sont en même temps rattachées à des catégories morales qui les anoblissent en partie. Les extraits suivants donnent des exemples assez éclairants des différentes évaluations de ces étudiants :

---

[268] Article 15 de l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. Art. 15., version initiale ; « Avant le début de la deuxième année d'études, les étudiants effectuent, sous la conduite de cadres infirmiers, un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier ».

Version du 8 mai 2007 : « Avant le début de la deuxième année d'études, les étudiants effectuent, sous la conduite de cadres infirmiers, un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier. Pendant ce stage les étudiants sont également initiés aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premiers secours. Ces gestes sont enseignés sous la responsabilité du professeur d'université - praticien hospitalier, désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, après avis du conseil de cette dernière, pour organiser cette formation en seconde année de premier cycle et en première année de deuxième cycle des études médicales. Les objectifs des enseignements dispensés au cours de ces deux années doivent comprendre ceux fixés par l'arrêté du 3 mars 2006, relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, afin de permettre aux étudiants d'acquérir l'attestation mentionnée au troisième alinéa de l'article 1er de cet arrêté, avant la fin du deuxième cycle ».

[269] Arborio A.-M., « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans l'univers professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n° 3, 1995, p. 93-126.

> *" Bah le stage infirmier enfin… C'était hyper important de le faire, donc c'est quelque chose de bien parce que c'est un premier contact avec l'hôpital. Je n'étais jamais vraiment allé à l'hôpital avant. J'ai pas adoré mon stage infirmier parce qu'on était pas mal avec des élèves infirmières qui étaient… Donc nous, on était les boulets entre guillemets parce qu'on ne savait rien faire… " (étudiante en PCEM2, fille d'ingénieur)*
>
> *" Il y en a pas mal qui apprécient beaucoup et il y en a quelques-unes qui ont trouvé ça horrible, qui voyaient pas pourquoi ils allaient aller changer les gens avec les aides-soignantes et que, ils avaient pas fait ça pour ça ! (rires) et qu'ils trouvaient ça scandaleux de leur faire faire ça. Voilà ! " (étudiante en PCEM2, fille d'ingénieur)*
>
> *" Forcément j'ai trouvé ça dur mais je pense que c'est quand même une bonne expérience. En gériatrie long séjour, je sais pas si un premier stage infirmier c'est très… très… surtout que… en fait parce que le but du stage c'était l'approche avec le patient bien savoir se placer. Mais il y a aussi pas mal d'impératifs techniques, que dans un service comme S, il n'y a pas énormément de gestes techniques que beaucoup d'autres ont fait dans leur stage. Maintenant c'est pas un problème, parce quand on veut vraiment faire on trouve toujours quelqu'un. Surtout moi, au labo de mon père je peux toujours essayer de faire des prises de sang, des trucs comme ça, les gestes de base. Et même, je suis sûr que n'importe quel médecin est content de parler de son expérience professionnelle et de dire comment on fait les gestes. " (étudiante en PCEM2, fille de médecins)*
>
> *" Concrètement j'ai passé une semaine à faire, une semaine en tant qu'aide-soignant, à faire la toilette des gens, à leur apporter leur petit-déjeuner, à faire manger certains parce qu'ils étaient paralysés d'une moitié de corps, ils avaient des, il y en avait qui avaient des problèmes de déglutition. Il fallait prendre le temps… Faire manger quelqu'un pendant une demi-heure c'est quelque chose quand même et euh… Non, ça m'a… C'était plaisant au départ mais un petit peu… C'est pas que c'était désagréable, je me disais un peu vulgairement " j'en ai chié pour être médecin c'est quelque chose d'autre que je veux faire, je veux faire autre chose ". (étudiante en PCEM2, fille de médecins)*

Les étudiants ne retiennent pas seulement à l'issue de ce stage, qu'ils ont vu des malades « en vrai », ils se sont surtout confrontés à l'hôpital, avec ses groupes professionnels, ses catégories d'agents, ses hiérarchies. Ils mentionnent tous leur difficulté à trouver leur place dans cet univers : pas avec les élèves infirmières, évidemment, mais pas non plus avec les aides-soignantes qui sont pourtant plus compétentes qu'eux. Le stage infirmier est un bon moyen de percevoir d'où part l'étudiant et où il se place spontanément, alors qu'il n'est pas préparé à une fonction particulière. Chez les enfants de médecins, il n'y avait pas trop de problème : ils sont renseignés sur la hiérarchie hospitalière et ils savent qu'ils ne sont là que « de passage », quasiment en touristes. Ils « apprécient » plus ou moins mais ne sont pas interpellés par cette expérience. Chez les étudiants d'origine sociale supérieure mais non médicale, les choses se compliquent. Peu familiarisés avec les hiérarchies hospitalières, ils ne comprennent pas où se mettre, ce qu'ils doivent faire, et ils se demandent s'il n'y a pas une « erreur d'aiguillage ». Leur incompétence leur est plus insupportable que le « sale boulot » qu'on leur demande de faire. Chez les étudiants d'origine sociale plus modeste, cette expérience se révèle à double tranchant. Spontanément proches des autres catégories de personnel, ils s'intègrent assez vite aux équipes, mais ils perçoivent en même temps que leur destin n'est plus de faire partie de ces équipes. Cette intégration provisoire peut alors devenir douloureuse puisqu'elle est aussi le début d'une autre rupture, celle d'avec les leurs.

Ce stage place les étudiants dans une position inconfortable, où de rescapés d'un concours qui les a placés parmi les « meilleurs », ils se retrouvent dans un *No man's land*, sur une

frontière indéterminée entre les médecins et « les autres », les « professionnels » et les « profanes », les soignants et les malades. Ce stage est celui de l'ailleurs, d'un monde qu'ils doivent quitter.

Le stage infirmier a évolué depuis nos enquêtes et il semble placé dorénavant plus sous surveillance médicale et moins à proximité des soignants. Mais ce qui frappe toujours, c'est cette nécessité d'y apprendre des gestes auprès des équipes, ces gestes dissociés des connaissances théoriques, tant du point de vue des lieux que des personnes. Dès la deuxième année en revanche, les stages deviennent ceux de futurs médecins, et ils n'ont plus du tout la même fonction mais n'en sont pas plus « confortables » pour autant.

« Les thrombus de couloir » : ainsi sont surnommés les étudiants en médecine qui encombrent les services, les mains dans les poches, et souvent désœuvrés. S'il leur a fallu manipuler des corps durant le « stage infirmier », ils sont maintenant condamnés à ne sortir leurs mains que pour trier des dossiers (éventuellement). Le changement est significatif : du côté de ceux qui ne « savent pas », ils avaient le droit d'agir ; passés du côté de ceux qui « savent », ils doivent se contenter de regarder, écouter, apprendre, et ils ne sont plus autorisés à toucher. L'étudiant de deuxième année est un étudiant passif, sauf s'il prend l'initiative et force l'équipe à lui donner une tâche. Il y apprend ainsi très vite que personne ne dit à un médecin quoi faire, c'est à lui d'entrer dans l'action. Il faut donc aux étudiants peu avertis un certain temps « d'errance » et de « ballade », selon leurs propres expressions avant de se saisir, activement, de cet objet.

Plus tard, durant leur stage d'étudiant hospitalier (l'ancien externat, du DCEM2 au DCEM4), ils devront aller plus loin dans la pratique et cet apprentissage s'inscrit en concurrence directe avec la préparation au concours. Le choix est parfois compliqué : soit ils investissent leur temps à l'hôpital pour apprendre la pratique, soit ils le réduisent au minimum pour se consacrer à la préparation du concours. Cela conduit à des situations paradoxales où les mieux classés au concours reconnaissent, une fois internes, être moins bien préparés à leurs nouvelles responsabilités que leurs camarades qui, se destinant à la médecine générale, ont privilégié les stages. Cette concurrence entre les deux types de formation produit une croyance paradoxale : c'est à l'hôpital que l'on apprend la médecine, le métier, que l'on devient compétent, mais c'est en cours, et plus encore lors des préparations au concours, que l'on se donne toutes les chances d'être parmi « les meilleurs », c'est-à-dire d'obtenir les places les plus prestigieuses au sein de la profession. Ces dernières années de formation sont donc celles des paradoxes les plus forts et des tensions les plus vives. Alors que, après six années d'études, ces étudiants aspirent à une relative stabilité professionnelle

et personnelle, l'approche d'un nouveau concours dorénavant inévitable et la réactivation des rivalités les plongent à nouveau dans l'incertitude.

*La « matière » des cours*

Le contenu des cours de médecine et leur évolution au fil des années sont assez significatifs de la forme que prend l'objet de l'apprentissage théorique. Il n'y a pas, au début, de contact avec un corps humain vivant, parlant, inscrit dans une histoire individuelle et sociale. Les cours partent du plus petit et du plus abstrait (biochimie, biophysique, statistiques) et du plus statique (l'anatomie) pour, lentement, prendre place dans des organes et des fonctions, puis s'exprimer par des symptômes qui signent des maladies, lesquelles finalement s'investiguent et, au mieux, se disent et se soignent[270]. La science médicale repose sur un principe biomédical où le patient semble le récipiendaire d'une connaissance sans vie. Suggérer que cette connaissance porte sur des objets morts ne signifie pas que l'ambition de la médecine ne soit pas de capter les secrets de la vie. La cancérologie, sur laquelle nous nous arrêterons plus loin, en constitue un bel exemple. Mais c'est une vie qui n'a pas accès au symbolique, c'est une vie biologique, animale, voire végétale, mais peu humaine. Cette représentation de la vie est tout entière comprise dans les études médicales, et il ne semble pas que l'introduction des sciences humaines et sociales dans le programme de la première année ait changé cet état de fait.

L'approche des corps se fait d'abord auprès de corps morts, cadavres ou squelettes, réels ou reconstitués, ces corps inertes deviennent des objets à apprendre et non des sujets de maladie. Ils ne s'interrogent pas, il suffit de les « faire parler », ce qui représente l'expertise ultime : celle qui consiste à déterminer la normativité de l'autre sans que l'autre n'ait à en dire quoi que ce soit. Le savant est celui qui sait plus que l'ignorant, et en médecine, il en sait plus aussi, sur l'ignorant lui-même, il le transcende puisqu'il a même accès à son corps au-delà de sa mort. Pour Emmanuelle Godeau[271], le cadavre occupe une place intermédiaire entre le schéma abstrait du corps et le malade vivant. Elle montre que selon la logique académique, il s'agit de passer de l'abstraction au cadavre (par les travaux pratiques), puis du

---

[270] Arrêté du 18 mars 1992- Art. 12. – "L'enseignement de la première année du premier cycle des études médicales et odontologiques porte obligatoirement sur la physique et la biophysique, la chimie, la biochimie et la biologie moléculaire, la biologie cellulaire. Le volume horaire de ces enseignements, correspondant à trois modules, ne peut être inférieur à 225 heures ni supérieur à 270 heures."

L'enseignement de la première année comporte également un module de culture générale, pouvant porter notamment sur les techniques d'expression et de communication, et sur la philosophie et l'histoire des sciences." Ce dernier paragraphe est modifié depuis 2002 comme suit : "L'enseignement de la première année comporte également un module de sciences humaines et sociales dont le contenu, arrêté par l'université, est porté à la connaissance des étudiants au plus tard à la fin du premier mois de l'année universitaire".

[271] Godeau E., *L'« esprit de corps », Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Editions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 2007.

cadavre au corps vivant (par les stages hospitaliers). C'est en effet ainsi que l'on pourrait représenter les étapes des études médicales. Pourtant, la force symbolique que représente l'étape de la dissection du cadavre dans les facultés de médecine permet de comprendre une autre logique à l'œuvre auprès des étudiants, que l'auteur qualifie de coutumière, et qui subvertit cette logique académique. Le cadavre permet aux étudiants d'objectiver le malade vivant, ramené au statut de cadavre ; ils le manipulent et l'explorent, avant de fixer leurs connaissances dans des schémas abstraits, synthèses de la désincarnation du malade. L'ensemble des rituels accompagnant ces séances permet de mettre en scène des phantasmes de bourreaux sans limites devant des corps totalement offerts aux supplices imaginés et imaginables par les étudiants. Godeau rappelle d'ailleurs très justement que cette maltraitance à l'égard des cadavres se situe dans le prolongement même des supplices que les premiers d'entre eux subissaient avant de décéder, car il s'agissait d'anciens détenus et condamnés à mort.

Les séances de dissection sur les cadavres tendent à disparaître des facultés de médecine, qui usent d'autres artifices pour objectiver les corps humains, en un temps où l'approche des corps et leur contact n'apparaissent plus aussi indispensables au raisonnement clinique. La représentation virtuelle du corps se présente ainsi comme une nouvelle étape où le corps n'est plus un objet mais une image. La médiation se fait aussi entre les formules biochimiques et les clichés de l'imagerie médicale où l'on voit agir des zones du cerveau et circuler les influx nerveux autant que les produits.

Les matières fondamentales laissent ensuite progressivement la place à l'enseignement de la sémiologie et de la thérapeutique. À ce moment commence l'apprentissage des « maladies », enseignées selon une typologie qui recouvre globalement les spécialités médicales. L'organisation de cet enseignement, dont le programme général est établi à l'échelle nationale, est laissée à l'initiative de chaque faculté. Nous n'entrerons pas dans le détail de cet enseignement sur lequel nous ne disposons pas de compétences. Cependant, nous avons observé des variations significatives dans le temps et selon les universités, dans les modalités d'apprentissage et d'évaluation de ces connaissances. Celles-ci ont subi des transformations visant à rapprocher le programme des facultés de médecine de celui de l'internat de spécialité. Depuis 2005, ce programme est unique et la coexistence de formations privées, de cours polycopiés, d'annales de concours rend la fréquentation de l'université particulièrement faible. Pour les plus jeunes générations que nous avons rencontrées, environ un tiers des étudiants se rendait régulièrement (mais pas systématiquement) aux cours, et un étudiant sur cinq n'y allait jamais.

Quel est le rôle des facultés de médecine ? Sont-elles des lieux de socialisation étudiante ? En troisième cycle, les formations théoriques sont prévues mais rarement suivies, en dehors de séminaires pour lesquels les internes arrivent difficilement à se rendre disponibles. Les cours s'apprennent « à la maison » et ne font pas l'objet d'un enseignement dialectique, même si les universités tentent de trouver les moyens de faire revenir les étudiants dans leurs murs.

L'objet théorique de la médecine n'est pas un objet partagé, il s'apprend seul, il ne paraît socialisé qu'à travers la concurrence qu'il suscite. Les étudiants font un apprentissage individuel du savoir, peu confronté aux autres, et rarement objet de débats. L'objet de la pratique médicale s'apprend au milieu des autres, à l'hôpital, mais il n'a pas de « valeur » dans le sens où il n'apporte pas de « points ». L'objet de la théorie médicale s'apprend chacun chez soi, se partage et se discute peu, mais il « rapporte » dans les classements et offre les « meilleures places ».

Quel est donc cet objet du travail médical qui s'apprend durant les études de médecine ? Comment se montre-t-il et qu'est-ce qu'il ne montre pas ? Où se situe l'articulation entre ces deux formes d'apprentissage qui reposent sur des systèmes paradoxaux ?

*« On fait mal aux gens »*

Le corps est toujours présent dans les études de médecine, vivant et mort, violenté et excité, lieu de souffrance et de jouissance. On ne peut qu'être frappé par cette contradiction constante entre un objet de l'étude médicale, désincorporé, voire inerte, particulièrement abstrait, neutre donc sans affect, et l'abondance des références corporelles, des humeurs du corps, de ses sensations, de ses sollicitations qui accompagnent la socialisation carabine. La violence des mots, des discours, des chansons, et même des pratiques des étudiants, mais surtout des internes voire ensuite de certains chirurgiens, ne peut être comprise seulement comme la manifestation d'une domination masculine dans le champ de la médecine, et tout particulièrement de la chirurgie. Et le fait que les femmes chirurgiennes participent plus ou moins à cette entreprise ne change pas fondamentalement les choses[272]. Il vaut mieux écouter ceux qui en parlent, du corps et de ce qu'ils leur font. Et ceux qui en parlent le mieux sont ces médecins qui ont eu tout à apprendre, à la fois l'ethos et le savoir, fournissant des efforts considérables pour tenter une insertion réussie dans ce nouveau milieu qu'ils veulent faire leur.

Voici, pour éclairer mon propos, un large extrait tiré d'un entretien réalisé au début de mes recherches sur la profession médicale :

---

[272] E. Zolésio, « "Chirurchiennes de garde" et humour "chirurchical". Posture féminine de surenchère dans l'humour sexuel et scatologique », *¿Interrogations ?*, n°8, juin 2009, p. 159-177.

J'ai rendez-vous avec un jeune chef de clinique dans un service de chirurgie urologique d'un grand hôpital. Il me reçoit dans une salle de travail équipée de quelques tables, des chaises et trois ordinateurs sur lesquels défilent les images publicitaires d'une grande marque de lingerie fine. Des corps de femmes occupaient ces écrans placés juste derrière lui, femmes-troncs dont les formes parfaites donnaient une singulière tonalité à ses propos.

Ce chirurgien a eu un début de parcours difficile. De famille modeste (père mécanicien, mère secrétaire, atteinte d'une sclérose en plaques) il se destinait à la profession d'infirmier. Il passe le concours d'entrée et le rate pour cause « d'immaturité » lorsque sa mère lui annonce qu'elle l'a inscrit en médecine sans le lui dire. Il commence ses études, mais rencontre de grosses difficultés avec les matières scientifiques. Il redouble et sa mère décède au cours de sa deuxième année, qu'il rate également. Ensuite, il veut absolument continuer et obtient une dérogation pour une troisième année dans une autre ville, où il fait plus d'anatomie. Il « revit » et obtient une place en PCEM2. Il commence alors à apprendre à être médecin :

*Moi j'ai rencontré certains médecins qui m'ont beaucoup marqué dans leur raisonnement, et c'est marrant je les ai rencontrés en deuxième année. Ben disons, ma deuxième année, ça a été très… j'ai beaucoup lu, j'ai beaucoup, lu sur la communication médicale, et puis j'ai, du coup j'ai profité, peut-être que je les aurais rencontrés après, mais, j'ai profité des gens qui me donnaient les conseils, et puis la manière de se conduire et tout ça. Notamment, un médecin qui venait quand on était en stage hospitalier en P2, on servait à rien, et qui venait nous expliquer comment, ce qu'il fallait faire, comment il fallait se tenir dans un hôpital etc. et, il me, il nous a donné des conseils qui étaient très justes et, de très bons conseils, peut-être que j'en ai profité plus parce que j'étais en P2, j'étais ouvert à… mais j'ai trouvé des conseils qui m'ont servi tout le temps et, plus les livres et tout ça. Non, sur la communication médicale, la manière d'être avec les patients de, de se comporter de, non ça m'a beaucoup marqué et c'est vrai que ça… bon après j'ai… [...]*

Q : Je voulais vous demander quelles étaient, pour vous, les principales qualités pour être médecin et en particulier chirurgien ?

*Euh… ouais… bon, il y a des qualités qui sont propres aux deux. Bon déjà l'écoute, l'observation… puis, pour être chirurgien… pour être chirurgien il faut déjà une assurance en soi assez colossale qui peut se forger d'ailleurs, qui peut se travailler, faut travailler son estime de soi, ça c'est sûr, parce que bon, faut pouvoir supporter certaines, coups de bâton ! (rires) il faut… aussi…*

Q : Par rapport au milieu ou par rapport à la pratique ?

*Non, par rapport à la pratique hein ! par rapport à la pratique parce que bon, il faut assumer les difficultés hein, si on s'arrête à chaque échec, on en a forcément… donc il faut quand même une bonne estime de soi et puis… je crois que c'est le plus important, la confiance qu'on… mais qu'on acquiert d'ailleurs, c'est à nos aînés de nous aider à l'acquérir hein, faut pas, faut pas non plus (rires) ça se travaille hein !*

[courte interruption de l'entretien : un collègue était rentré quelques minutes avant dans la pièce. Alors qu'il ramasse ses affaires, l'interviewé lui demande s'il a besoin d'être conduit à la gare. L'autre décline la proposition et quitte la pièce. Nous poursuivons sans témoin].

Q : On oppose souvent la chirurgie et la médecine, en opposant un peu les techniciens et les humanistes…

*Ouais ! humanistes, peut-être pas ! les techniciens ! ouais c'est vrai. Mais les médecins sont de plus en plus techniciens hein, les cardiologues hein, pour moi c'est, c'est plus des techniciens que des humanistes hein ! les gastro-entérologues aussi maintenant hein ! non non, moi ce que j'aime bien en chirurgie, c'est le côté aussi, qui reste un petit peu compagnonnage, c'est-à-dire que, y'a un esprit artisanal un petit peu dans la chirurgie, qui se maintient. Ce que ne connaissent pas les spécialités un peu nouvelles techniquement comme la, comme la cardiologie, la gastro-entérologie où ce sont des techniciens, comme on l'entend d'un informaticien, dans l'aspect moderne du technicien. Alors que le chirurgien a gardé le côté un petit peu artisanal avec une histoire et un passé, de compagnonnage, c'est-à-dire que, on a vraiment un travail de compagnonnage, on tombe toujours sur un aîné qui vous prend un petit peu pour l'apprenti et qui vous, avec qui on sympathise plus, forcément, avec qui on a des atomes crochus et qui vous prend un petit peu pour l'apprenti comme, je sais pas certains apprentis pour graver les pierres ou… Y'a plus un côté artisan et c'est vrai qu'on retrouve beaucoup beaucoup cet esprit dans, dans la chirurgie, qu'on ne retrouve pas du tout dans les, au niveau médical. C'est-à-dire qu'ils ont pas la connotation artisanale et compagnonnage que l'on retrouve très souvent. Ça en chirurgie, c'est assez fréquent.*

Q : Il y a des traditions… Je pense que l'apprentissage du métier, il s'apprend…

*Voilà. Qu'au contact, il y a des traditions, je dirais même pas que des traditions carabines hein, des traditions de, de manière de faire des choses de, de principes de base à respecter… Et bon ça je, ça c'est très riche ça et puis bon, avec l'enseignement que ça amène parce que les gens sont obligés, même en périphérie, de faire de l'enseignement quoi. Et de l'enseignement pratique quoi. Et puis… y'a autre chose aussi en chirurgie… bon faut être manuel quand même quoi. Donc, c'est vrai qu'on apprend aussi, moi je sais que pendant mon internat, j'ai beaucoup bricolé parce que, j'apprenais autant en bricolant que en travaillant quoi en fait. À notamment utiliser ses mains, à avoir*

> *la dextérité des mains, à apprendre la dextérité, ça s'apprend hein ! et ça s'apprend, il faut, il faut utiliser, il faut faire du bricolage. Je conseille aux internes, toujours, de faire du bricolage à la maison et il faut apprendre à mettre une vis parfaitement, tout ça, ça fait aussi partie du boulot parce que, on passe en orthopédie, on nous demande de mettre des vis parfaitement, et à la maison, c'est pas plus compliqué ! mais… bon… donc, y'a beaucoup de choses… c'est assez manuel quand même hein ! donc ça c'est assez, c'est assez sympa parce que c'est assez défrustrant ça par contre.C'est vrai que, on a un côté, assez défrustrant dans ce métier, on peut, on peut, même si ça peut être stressant, ça a aussi un côté, quand on connaît bien ces choses, on peut… défrustrant, on n'est pas obligé de… on est vraiment…*
>
> Q : Ce que vous voulez dire, c'est ce côté, acte technique, manuel, évite d'être toujours pris par le côté…
>
> *Voilà, on évite de toujours être bloqué par une réflexion, par quelque chose, on devrait faire ça, on devrait faire ça, là on le fait et on se pose pas la question, on le fait et…*
>
> Q : On a l'impression d'agir vraiment…
>
> *Oui, on a l'impression de, d'agir.Même qu'au début, c'est pas évident hein, ça vient pas tout seul hein, parce que au début, quand on est interne en chirurgie, on trouve que les gens ont mal, c'est pas facile de travailler avec des gens… On voit qu'on fait mal aux gens hein. Puisque, faut être vraiment convaincu de ce qu'on fait et de la qualité de ce qu'on fait parce que moi, au début, j'étais pas convaincu que les opérations, ça amenait quelque chose aux gens et je me disais, leur faire mal pour… pour quelque chose… Ah oui oui ! les premiers semestres, ça fait mal hein ! ça fait mal aux gens hein ! mais bon ! quand vous faites mal et que vous savez qu'après il y a bon, mais bon, on fait mal hein ! on oublie parce qu'il y a l'anesthésie mais, on est tout le temps en train de faire mal hein !*
>
> Q : Oui, il faut ramener un peu le corps à un statut d'objet parce qu'autrement ça doit être…
>
> *Exactement. Faut savoir manipuler… tout à fait et puis il faut utiliser le corps humain, c'est travailler sur le corps humain. Moi j'aime bien, j'aime bien toucher les choses, et toucher les gens et puis… Donc c'est vrai que là, on a un métier de contact hein, c'est vrai que, on touche, on tire, on apprend à manipuler, un corps humain. C'est, c'est vrai que, y'a des différences avec l'objet, y'a une connotation objet tout en étant… humain avec le respect que l'on a… de soi-même, enfin c'est… je trouve que c'est… c'est pas mal ! c'est vraiment un aspect, un autre aspect de l'humain.*

Ce médecin raconte ce que peu dévoilent, parce qu'il était étranger à ce milieu et qu'il a dû franchir des étapes inaperçues chez d'autres. Ce médecin a « appris » vraiment à être médecin. Il le raconte de façon très précise et utilise des termes peu courants dans la profession, comme celui de « communication ». Il voulait être infirmier et il a fait médecine en répondant à un ultime désir de sa mère mais ne se sent pas, en arrivant en deuxième année dans « la peau » d'un médecin. Les livres et les conseils sur la façon de se comporter tant avec les collègues qu'avec les patients, montre sa conscience aiguë du chemin à parcourir. Il incorpore très studieusement les conseils qui lui sont prodigués. Son choix de la médecine urologique est rationnel — il décrit comment il s'est glissé là où d'autres n'étaient pas déjà cooptés — et il acquiert un ethos de chirurgien par « le travail ». Ce travail justement, il le décrit et c'est en cela que ce récit est éclairant.

Le travail du chirurgien se décline sous trois angles : un angle technique, un angle collectif et un angle personnel, plus intime. L'angle technique relève d'apprentissages simples qui ne lui posent pas de problème, puisqu'il s'agit presque de « mécanique » pratiquée selon une méthode artisanale. Il est en terrain connu, puisque son père est mécanicien et comme bricoleur, il se sent plutôt à son aise. Plus encore, cet aspect du métier est « défrustrant ». Cette expression revient souvent chez les chirurgiens, s'opposant au côté intellectuel des autres spécialités médicales.

L'autre aspect de son métier se décline autour du collectif médical, mais surtout chirurgical. Il y a des « principes » entre chirurgiens, une façon de se comporter, des « traditions » qu'il ne réduit pas à des rites carabins, procédant d'un ensemble de dispositions partagées permettant la transmission du métier, accompagnant l'incorporation d'un rôle dont les rituels relevant de sa « mise à distance » contribuent à l'engagement du chirurgien dans son activité[273]. Le compagnonnage, où l'on retrouve sa référence à « l'artisan », fortement valorisé parmi les chirurgiens, est, au sens propre, un encadrement, une protection en même temps qu'une direction.

Enfin, ce chirurgien fait état d'un questionnement personnel à propos de son « estime de soi ». Celle-ci pourrait être mise à mal dès lors qu'il entre dans un collectif fortement structuré et vers lequel il doit faire de nouveaux efforts de socialisation. Pourtant, il aborde en fait un autre aspect de sa pratique : la contradiction entre l'acte définissant la pratique du chirurgien et la justification de cet acte. L'acte du chirurgien est agressif, il consiste à ouvrir un corps, à le faire saigner, à entailler des organes, et finalement à faire souffrir le patient. Pratiquant l'urologie, il s'agit en plus d'un acte qui agresse les parties génitales masculines, acte proscrit d'ailleurs curieusement par Hippocrate lui-même[274]. S'il se défend de faire du mal, il ne le dénie pas, ce qui n'est pas souvent le cas des chirurgiens, lesquels prennent souvent le soin de préciser en préambule à toute discussion concernant leur métier que ce qu'ils font est toujours « pour le bien » de leur patient. C'est que faire du mal dans ces conditions-là, c'est aussi se faire du mal à soi-même, et c'est peut-être ce que ce chirurgien exprime lorsqu'il dit que certes, il manipule un corps comme un objet, mais « avec le respect que l'on a… de soi-même ».

Le lien entre la pratique et la théorie médicales ne pourrait-il pas se trouver à cet endroit particulier où se rejoignent un acte et son explication ? Une jonction apparemment difficile à faire dans la mesure où la théorie objective l'acte en l'intégrant à une chaîne d'opérations abstraites qui ne se déduisent plus d'un être vivant mais à partir d'éléments biologiques, organiques, anatomiques relevant d'une théorie de type universel. La pratique implique, à un

---

[273] Goffman E., « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n°143, 2002, p. 80-87.

[274] Le sermet d'Hippocrate précise en effet : « je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent ». Jean Salem, annotant cette version, précise : « Il s'agit d'une opération consistant à inciser la vessie afin d'en extraire une pierre, un calcul. "On ne comprend pas", écrit Littré (t.IV, p.616), "pourquoi le Serment interdit la pratique de cette opération". Peut-être s'agit-il, comme d'autres l'ont suggéré depuis, d'une interdiction de la castration ». L'association entre la chirurgie urologique et le risque de castration ne semble pas forcément mal fondé et ces images érotiques posées là, sur les écrans des ordinateurs, pourraient illustrer la possible crainte de ces jeunes hommes apprenant le métier, d'une impuissance contre laquelle ils ont besoin de se prémunir. Cf. Hippocrate, *Connaître, soigner, aimer, Le Serment et autres textes*, présentés et annotés par Jean Salem, Le Seuil, Paris, 1999, p. 18.

moment donné, l'irruption d'un être humain, unique donc incertain, dont il faut bien violer l'intégrité au nom d'une théorie générale.

## Conclusion de la troisième partie : L'objet visible d'un travail indicible

« La chirurgie a ce caractère quasi magique, voire sacré, de guérir en « taillant dans le vif de la chair du patient ». Par ces spécificités, l'acte chirurgical peut être considéré comme une véritable agression physique et assimilé juridiquement à une « voie de fait » ou à des « coups et blessures volontaires » mais perpétrés avec l'intention – louable - de rétablir la santé du patient »[275]. Ce sont les chirurgiens qui parlent le mieux de la violence de l'acte médical, car ils sont sans doute plus au fait de cette intrusion dans le corps d'autrui. Celle-ci caractérise la médecine moderne, y compris dans des spécialités comme la radiologie, où l'absence de contacts avec le corps pourrait être imaginable[276]. Cette évolution des pratiques conduit le radiologue Pierre Lasjaunias à chercher le moyen de faire coexister une agression assimilée à la transgression d'une intimité et des principes éthiques, afin de résoudre la tension suscitée par l'intrusion :

> « Le caractère intrusif de certaines procédures diagnostiques ou thérapeutiques par les radiologues les range avec les chirurgiens dans les champs de l'homicide, puisqu'il s'agit de rompre l'intégrité physique de l'individu en franchissant la barrière cutanée, voire les orifices naturels, sans être poursuivi pour cela au mépris de l'inviolabilité du corps. Cette intrusion mécanique et parfois ce voyage dans l'intime, cette nudité intérieure révélée, imposent là encore une très grande compétence, une maîtrise des savoirs requis, et des qualités de relations humaines pour lesquelles les spécialistes ne sont ni prêts ni préparés.
>
> Cette transparence du corps qu'offrent les explorations modernes vise le caché, le hors-vision, la relation interne, intrinsèque qui finalement éclaire la forme et ses finalités. La transparence révèle l'identité de l'individu autant que la forme elle-même. On peut ainsi définir l'intime comme tout ce qui singularise et discrimine : la morphologie, l'imagerie interne, le génome. L'intime est à soi, même si le corps n'est juridiquement à personne. L'intime est aussi inviolable que le corps. Grâce aux outils modernes, l'imageur, ce spécialiste moderne, se saisit de l'intimité en la révélant : il faut qu'il la restitue. L'image construite et vue s'interprète, sa lecture s'écrit, elle se dit dans un colloque singulier. La réunion du visible, du lisible et du dicible se trouve alors obtenue. Le champ de la connaissance et des questions peut alors rester ouvert ; la dictature des réponses conférées par l'image est repoussée. La transparence renvoie au sens. La parole reste bien le support de la liberté. »[277]

---

[275] Kilani T., « la relation médecin-malade en chirurgie », communication à la *cinquième conférence annuelle du comité national d'éthique médicale*, Tunis, le 16 novembre 2000. Dans le texte d'origine, l'auteur utilise le soulignement, les caractères majuscules et gras pour insister sur les mots : « voies de fait », « coups et blessures volontaires » mais perpétrés avec l'intention – louable – de rétablir la santé du patient ».

[276] La radiologie nous a été présentée par certains étudiants comme un choix délibéré de pratiquer une médecine autorisant une absence de contact direct avec des corps malades à l'égard desquels ils reconnaissent avoir éprouvés tôt, dans leurs études, un profond dégoût. D'autres étudiants avouent ne pas supporter de pratiquer des actes agressifs et s'être orientés vers des spécialités comme la radiologie, mais aussi la biologie ou la santé publique, pour éviter cette lourde responsabilité.

[277] Lasjaunias P., « Le corps transparent », dans A.-C. Masquelet (dir.) *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, PUF, Paris, 2007, p. 78.

L'auteur relate une opération physique, corporelle, d'un type « mécanique », et définie comme une agression par ce franchissement de la « barrière cutanée ». Cependant, dans cette représentation médicale du geste, « l'intime » est révélé en direct, se distinguant de l'image de l'intérieur reconstituée par des rayons X ou par résonance magnétique. La nouveauté n'est donc pas l'accès à une information sur le contenu du corps et ses éventuelles anomalies, mais la façon dont cette information est obtenue : l'agression physique. Ce changement de technique conduit le radiologue à s'interroger sur l'accompagnement éthique nécessaire afin de rendre ce geste moralement acceptable. Sur le fond, la révélation de l'intime est de même nature quel que soit le chemin qu'elle prend : le malade subissant une échographie peut voir des images sur un écran mais seul le médecin est en mesure de lui traduire ses images, de donner à ces formes une signification. Le changement n'est donc pas dans l'appropriation d'un savoir sur l'intérieur du corps de l'autre, mais dans la violation de ce corps, transformant l'acte d'investigation en un acte de transformation. La transformation d'un corps, donc d'une personne, par agression chirurgicale ou investigatrice directe, mais aussi par prescription de substances chimiques voire par l'effet de parole lors d'une relation psychothérapique, est indissociable de la pratique médicale. Pour autant, ce corps transgressé n'est pas l'objet du travail du médecin, il n'en est que le contenant, il en constitue une frontière à franchir selon des méthodes plus ou moins ouvertement agressives et violentes.

Comment comprendre autrement cette confusion entre l'autre et son corps ? Comment penser que l'on peut pénétrer l'intimité d'un individu en ayant accès à ses entrailles ? Pourquoi cet accès est-il différent de la lecture qu'un médecin peut faire d'une analyse sanguine ? Ne serait-ce pas parce qu'il y a confusion entre le malade et sa maladie, ainsi que l'on pourrait entendre cet autre passage du texte de Lasjaunias : « l'image qui révèle trahit ; elle dénude et vulnérabilise l'individu qui ne peut pas choisir ce qu'il révèle. Finalement, il vit passivement la typologie dans laquelle il sera rangé »[278]. Le médecin range-t-il un « individu » ou une « pathologie » dans une typologie ?

« La réunion du visible, du lisible et du dicible » n'est rendue possible que par le « dire » dans le « colloque singulier ». Le dicible n'est pourtant pas l'insupportable, c'est l'interprétation du lisible qui semble difficile, cette lecture de l'information produite par l'image que le médecin tente de restituer à son patient, en réparation du mal qu'il a dû lui faire pour accéder à cette information.

---

[278] *Ibid.*, p. 77.

L'objet du travail médical pourrait s'approcher à partir de cette double dimension qui s'acquiert d'abord dans les études : sa dimension lisible et dicible, écrite sur des polycopiés et évaluée lors des examens, représentant son véritable objet ; sa dimension indicible, transmise « d'homme à homme » dans la pratique quotidienne, assumée collectivement par le « corps » médical, dont l'évaluation est impossible car elle conduirait à lever l'anonymat du praticien. Pour accéder à cet objet de la médecine qui est un objet théorique, il faut que des hommes et des femmes agressent leurs semblables, opération qui n'est supportable que par le déni, puisque cette « permission de la loi » ne s'inscrit pas dans un échange socialisé et humanisant. La recherche d'une solution pour « rendre » à l'autre ce qu'il pense lui avoir dérobé est la clé de ce texte de Lasjaunias, à la fois pris dans son piège « singulier » et soucieux de trouver le moyen d'en sortir dignement. Les deux obligations du « don »[279] que sont « donner » et « recevoir » sont inscrites dans le schéma du « colloque singulier » qui échange une « confiance » et une « conscience », mais la troisième obligation, celle du « rendre », comment la satisfaire ? N'est-ce pas le grand oubli du « contrat innomé » ?

« On ne voit désormais le visible que parce qu'on connaît le Langage ; les choses sont offertes à celui qui a pénétré dans le monde clos des mots ; et si ces mots communiquent avec les choses, c'est qu'ils obéissent à une règle qui est intrinsèque à leur grammaire »[280]. Ce langage de la clinique décrit par Foucault serait-il celui par lequel le malade pourrait enfin avoir accès à son intimité ? Comment décrypter ce langage si l'on n'a pas été initié à sa grammaire, le « profane » n'est-il pas condamné à rester ignorant ?

---

[279] Mauss M., « Essai sur le don », dans *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1950, p. 145-279.

[280] Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, p. 115-116.

# Quatrième partie :

# L'apparition du « profane »

---

*« La compétence des experts revendique en général son privilège en affirmant l'incapacité du client ».*

Eliot Freidson, *La profession médicale.*

En décrivant les « origines » de la médecine, Maurice Tubiana a trouvé dans la pharmacopée égyptienne un bel exemple de la rationalité du raisonnement médical : *« Pour qu'un raisonnement médical puisse être élaboré, il fallait que les médecins se débarrassent d'abord de l'idée que la maladie est due à l'intervention de puissances surnaturelles, dieux ou démons. Mais, contrairement à ce qu'on a souvent cru, les premiers signes d'une approche rationnelle des maladies sont apparus bien avant Hippocrate et le miracle grec. Dans des papyrus égyptiens antérieurs de plus d'un millénaire à Hippocrate, on trouve déjà, au milieu d'un fatras de formules conjuratoires, de conceptions mythiques et de superstitions, une tentative de rationalisation des soins. Le papyrus Smith se divise en vingt-huit chapitres, dont chacun contient la description d'une maladie, les méthodes diagnostiques, le pronostic et le traitement. La pharmacopée comprend, à côté des fientes de mouche et d'autruche, des excréments de lion, de panthère, de crocodile et de gazelle, tous ingrédients destinés à dégoûter les esprits malins et à les faire fuir (certains d'entre eux seront utilisés jusqu'au XVIIIe siècle), des produits dont l'efficacité est encore reconnue, tels la mandragore, la levure de bière, la jusquiame, le pavot et l'opium et, pour les ophtalmies – si fréquentes aujourd'hui encore en Égypte – l'alun, l'argile, le sel de cuivre »*[281].

Ce long extrait mérite que l'on s'y arrête, car sa construction reflète la façon dont s'élabore le discours de la rationalité médicale. Dans la première phrase, l'auteur place le raisonnement médical à l'opposé de ce que l'on pourrait qualifier comme un système de croyance dans les puissances surnaturelles « dieux ou démons ». Cela a sans doute demandé un certain temps, puisque lui-même utilise, à la phrase suivante, l'expression de « miracle grec ». On retrouve dans ces premières phrases la rhétorique de la purification : se débarrasser de ce qui ne doit pas être, ici d'une croyance dans les puissances naturelles. C'est ce que Tubiana semble accorder, au moins en partie, à ces médecins égyptiens.

Ces derniers semblent avoir été en mesure d'élaborer un raisonnement médical rationnel détectable à partir d'une pharmacopée composée de certains produits dont on connaît aujourd'hui les vertus médicinales. Pourtant, l'auteur reconnaît également dans une parenthèse que les pseudo-remèdes contre « les esprits malins » seront usités longtemps par les médecins, jusqu'au siècle des Lumières, donc bien après l'apparition ce qu'il définit comme un raisonnement médical. La contradiction en soi serait de peu d'intérêt si elle ne nous apportait pas une information sur le soin extrême que prend le discours médical sur lui-même pour se débarrasser de ce qui est, quoi qu'il en dise, une partie de son origine, à savoir les croyances, devenues « populaires » dès lors que les médecins les ont chassées de leur esprit. Tubiana opère ainsi à une sorte de purification des origines médicales, en

[281] Tubiana M., *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*, Flammarion, Paris, 1995, p. 41-42.

débarrassant la pharmacopée égyptienne à qui il veut attribuer le titre de « médicale », de toutes les substances qui n'ont pas été confirmées par la science. Il purifie cette ordonnance en ne gardant que les produits qui ont, selon ses valeurs, une action bénéfique. Ainsi, la médecine ne s'est pas seulement construite à partir de l'énoncé de principes fondateurs, mais aussi par l'éviction de certains de ses membres autant que de certaines de ses pratiques ou de ses interprétations, passées du côté du « mauvais » et de ce fait.

Ce passage au « mauvais », de ce qui constitua pourtant l'esprit de la médecine, permet à l'auteur, dont le propos est plutôt mesuré, d'opérer une double séparation. Il réalise une classification de cette pharmacopée en deux catégories : la première paraît dérisoire et sans intérêt, puisqu'elle doit surtout faire fuir les « esprits malins », la seconde est intelligente, dans le sens où elle opère un lien entre le produit et son effet scientifiquement prouvé. Cette séparation en recouvre une deuxième, qui distingue le « savant » (qui suit des étapes, rassemble les preuves, démontre l'efficacité de son action) du « croyant » (qui invoque une puissance surnaturelle pour arriver à ses fins).

Derrière ce raisonnement, qui ne concerne que le médecin, Tubiana met en actes une autre séparation, celle du « profane » et du « professionnel ». Paradoxalement, le profane est un croyant, puisqu'on lui demande de croire le professionnel alors qu'il n'a pas plus de raisons de le faire aujourd'hui que lorsque ce dernier utilisait du pavot ou des fientes de mouches. Le professionnel, en revanche, est dans le savoir et non dans la croyance, et cette rupture originaire est ce qui marque, dans le mythe médical, la « tradition hippocratique ».

L'unification et l'autonomisation de la médecine en tant que profession se sont réalisées à l'occasion d'opérations d'exclusion de ce qu'il est alors convenu d'appeler les « charlatans ». La médecine comme objet du travail se forme, de son côté, à la faveur d'une rupture avec les représentations vécues de la « maladie », pour construire un objet détaché du corps souffrant. Cet objet permet aux médecins d'en avoir une maîtrise difficilement partageable, car distincte de l'expérience de leurs patients. Il contribue à la désignation du « profane », qui est dépourvu des moyens de manipuler cet objet et ne peut qu'en subir les désagréments. Le profane est ainsi une figure indispensable pour que le professionnel existe et surtout soit reconnu.

Les sociologues usent du concept de profane pour étudier les pratiques médicales et les interactions entre soignants et soignés. Par cet usage, ils contribuent aussi à une réalité de cette figure, mais le risque est de la définir seulement par ce qu'elle n'est pas et ce qu'elle ne sait pas. En outre, le terme de profane est polysémique et le sens retenu est rarement explicité.

Le terme « profane » possède, depuis le XVII^e siècle, une double signification. Son sens premier est attaché au religieux, et désignait celui qui est devant (au sens de « à l'extérieur ») le temple (*fanum*), puis il désigna une personne « qui n'est pas initiée à une science, aux lettres ou aux arts »[282]. Sur le registre du sacré, il a pris, à la fin du XVIII^e siècle, un sens plus neutre, en signalant une position d'étrangeté à l'égard de la religion, s'opposant ainsi au « sacré ». Cette opposition est d'une nature différente de l'antinomie « laïc/religieux » qui se place sur un plan institutionnel, car l'opposition « profane/sacré » s'inscrit dans une dimension plus symbolique.

Sous quelle définition est donc utilisé, en sociologie médicale, le qualificatif de « profane » ? S'il s'agit d'associer le médical au religieux, alors le profane devient le croyant, le fidèle, et le médecin le prêtre. S'agit-il plutôt de désigner celui qui est ignorant d'une science, le non-initié, ou celui qui est en dehors de l'institution ? Il semble que l'usage du terme « profane » soit plus proche de celui de « laïc » lorsqu'il désigne une position institutionnelle (celui qui ne fait pas partie de l'institution soignante) ; de « l'ignorant » lorsqu'il manifeste un déficit de savoirs médicaux ; ou du « non-initié » lorsqu'il décrit les mécanismes d'exclusion d'un système de pensée. En plaçant le personnel de service des hôpitaux du côté des profanes, Anselm Strauss mobilise comme référence d'opposition non pas l'institution, mais sans doute à la fois un savoir et un habitus propres aux personnels médical et paramédical. Mais lorsque Geneviève Cresson[283] ou Sarra Mougel[284] décrivent le « travail » des parents au sein des services hospitaliers et qu'elles le qualifient de « profane », c'est probablement plus à partir d'une référence institutionnelle qui oppose le personnel de l'hôpital à ses « clients ».

La catégorie de « profanes » tend à être utilisée dès lors que l'on étudie des professions intellectuelles à forte capacité d'expertise. Elle n'est pas mobilisée pour décrire des rapports commerciaux ou des rapports de subordination. Le propriétaire de la voiture qui conduit son véhicule chez le garagiste n'est, en général, pas qualifié de « profane » mais de « client ». Pourtant son expertise est sans doute plus faible que celle du malade qui, au moins, peut ressentir les dysfonctionnements de son propre corps. De même, l'ouvrier non qualifié n'est pas plus « profane » que les ouvriers « professionnels », ni même les cadres. Pour qu'il y ait usage de ce concept, il faut qu'il y ait reconnaissance d'un savoir réservé à une catégorie d'individus, réunis dans un corps institué, qui accompagne une forme de charisme

---

[282] *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, 1994, p. 1641.

[283] Cresson G., « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans Aïach P., Cève D., Cresson G., Philippe C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Editions ENSP, Rennes, 2001, p. 303-328.

[284] Mougel S., *Au chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?* A. Colin, Paris, 2009.

particulier[285] au professionnel et de ce fait, place l'ignorant en position d'exclusion. L'existence et la reconnaissance du champ de la médecine permettent de satisfaire les intérêts fondamentaux des membres de la profession qui se reconnaissent une « complicité objective qui est sous-jacente à tous les antagonismes »[286].

De nombreuses recherches portant sur l'activité des soignants s'appuient sur le concept de « travail sur le corps », définissant ainsi le corps comme objet d'un travail mais sans en identifier la fonction. Le travail sur le corps auquel procèdent les soignants possède deux caractéristiques : le corps est celui d'un autre et cet autre est « profane », c'est-à-dire qu'il n'a pas accès à la connaissance lui permettant d'agir lui-même sur son corps. Ce privilège est reconnu aux « professionnels », en charge de la réparation du corps (le *cure*), les « profanes » étant assignés à son entretien, (le *care*)[287]. Cette catégorisation présente l'intérêt de ne pas réduire l'observation des pratiques soignantes au seul « travail » des professionnels mais d'y intégrer l'action des patients et de leurs proches. C'est ce qui permet aussi de penser, comme Strauss, que ce « travail » est avant tout un travail d'articulation entre différentes tâches, dans un cadre négocié et non simplement dicté par un ordre médical[288].

À travers les usages de ce concept de « travail profane », se profilent la question du « travail du professionnel » et surtout, la nécessité de définir cet espace inaccessible aux autres, lui offrant cette expertise et cette autonomie, qui permettent de le reconnaître en tant que « professionnel ». Le risque reste qu'en adoptant, dans l'analyse sociologique, cette référence professionnelle, le « profane » apparaisse comme une catégorie relativement homogène, ou dont les différences ne s'étudient qu'en fonction des références des professionnels.

Les matériaux mobilisés pour les chapitres suivants ont été recueillis à l'occasion d'une recherche portant sur les effets à long terme du cancer chez l'enfant. Ces effets concernent à la fois les séquelles physiques et psychiques consécutives à la maladie et à ses traitements, mais aussi la façon dont, au fil des années, accédant à l'âge adulte, ces enfants et leurs parents aménagent leur histoire. Elle s'est déroulée à l'occasion d'une étude pluridisciplinaire adossée à une consultation expérimentale dont nous décrivons les conditions dans l'encadré ci-dessous.

---

[285] Ce que l'on pourrait ranger, au rang de ce que Régis Dericquebourg décrit, à partir des types wébériens, comme un charisme du salut et de la certitude, propre au « virtuose de la vertu professionnelle exercée dans le monde ». Dericquebourg R., « Max Weber et les charismes spécifiques », *Archives de sciences sociales des religions*, n°137, janvier-mars 2007, p. 21-41.

[286] Bourdieu P., *Questions de sociologie*, Editions de Minuit, Paris, 1984, p. 115.

[287] Une mise en perspective de ces répartitions de tâches, mais aussi de leur continuité est bien rendue dans l'article de G. Cresson, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », *op. cit.*

[288] Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme.* Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, Paris, 1992.

Nous étudierons ici les rapports qui s'établissent entre les médecins et les parents, lesquels endossent ici un rôle de profanes, à partir de deux approches. Le chapitre VIII montre que lorsque l'enfant devient malade, il entre dans un champ dont les parents sont exclus, et où ils risquent de perdre leur position de référent principal de l'enfant. Cette « mise à mal » des parents s'entend sur le long terme lorsque, des années après, ils décrivent leurs difficultés à « revenir » à une nouvelle parentalité. Le chapitre suivant montre les différentes façons dont les parents reçoivent et intègrent cette nouvelle position de « profane » selon leur propre disposition à l'égard des représentations « savantes » de la maladie de leur enfant, et doivent parfois combattre pour se maintenir dans un espace dont ils sont, *a priori*, exclus.

**La consultation SALTO-H et l'étude sociologique**

Cette consultation partait du constat d'un manque de suivi des personnes qui ont été traitées pour un cancer, une fois les risques de rechute quasiment écartés. Mais aussi, plus généralement, d'une attention faible portée aux effets à long terme des traitements qu'ils ont subis, souvent mal connus, mal repérés, et potentiellement dangereux. La consultation devait être conduite par des médecins oncologues n'ayant pas soigné eux-mêmes les patients, lesquels seraient adressés par les oncologues praticiens du centre de lutte contre le cancer. Elle devait donner lieu à un recensement systématique des effets détectés, en vue d'une étude épidémiologique, à une étude de psychologie de la santé sur la qualité de vie et à une étude sociologique sur les effets sociaux du cancer. Ce dernier volet était mal défini, au départ, puisque nous ne savions pas quelle serait la population concernée, ni vraiment quelles seraient les conditions de la recherche. Pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons plus loin dans cette partie, la consultation n'a jamais vraiment fonctionné, puisque les oncologues du centre « n'adressaient » pas leurs patients à leurs confrères. La seule consultation opérationnelle concernait les jeunes adultes ayant eu un cancer dans l'enfance. En fait, cette consultation existait déjà, mais elle était réalisée en oncologie pédiatrique. À la création de la consultation SALTO-H, l'oncologue responsable de ce suivi a saisi l'opportunité de la faire dans un autre lieu, ce qui lui permettait d'isoler les questions propres à ces patients et aussi leur évitait de retourner, une fois adultes, en oncologie pédiatrique.

Le suivi des patients ayant été traité pour un cancer n'existe que dans le cadre d'un contrôle du cancer lui-même, et n'est pas centré sur les effets à long terme des traitements. En oncologie pédiatrique, ce suivi à long terme est laissé à l'initiative des médecins et des centres et est inégalement pratiqué. Par ailleurs, il existe très peu d'études en France mesurant les effets à long terme des traitements anticancéreux sur des enfants.

L'étude de terrain, réalisée entre 2007 et 2009, a porté sur des entretiens réalisés auprès de parents et d'anciens patients que nous rencontrions à l'issue de la consultation, après que le médecin ait donné aux patients un document que nous avions préparé pour leur présenter notre travail. Nous avons ainsi rencontré 20 anciens malades et 11 parents. Nous n'avons pas rencontré tous les parents des jeunes interviewés ni tous les enfants des parents interrogés, ce qui nous conduit à avoir le récit de 21 maladies. Les entretiens se déroulaient soit à leur domicile, soit à la Maison des sciences de l'homme *Ange-Guépin*, mais jamais en milieu hospitalier. Hélène Lecompte, chargée d'étude, rencontrait plutôt les jeunes et moi les parents. Cette répartition du travail s'est faite d'abord par les personnes elles-mêmes, qui s'adressaient à l'une ou l'autre de façon privilégiée en fonction de leur âge, et nous avons décidé de poursuivre ainsi.

Ces entretiens étaient précédés et accompagnés de séances d'observations des consultations de suivi que nous avons menées alternativement, l'une et l'autre, durant l'étude. Des entretiens avec des médecins du centre et en dehors ont également été menés, afin de comprendre les conditions de prise en charge des patients en cancérologie. Le détail des caractéristiques des personnes rencontrées est donné au chapitre IX.

Cette étude a donné lieu à un rapport : Hardy A.-C., Lecompte H., *Lorsque l'enfant guérit… Étude sociologique des effets à long terme de la prise en charge du cancer chez les enfants et leurs parents*, étude réalisée pour la Ligue nationale contre le cancer, octobre 2009, 86 p.

## Chapitre VIII : L'enfant-malade comme enjeu

L'étude réalisée auprès des parents d'enfants ayant été atteints d'un cancer nous a, en quelque sorte, placés devant une alternative complexe : soit nous considérions les parents comme des « profanes » au risque d'écraser les différences qui apparaissaient au fil de leurs récits ; soit nous leur accordions une « expertise » différente de celle des médecins, laquelle nécessairement entrait en conflit (plus ou moins explicite) avec celle des « professionnels ». C'est ce parti pris que nous avons plutôt adopté, encouragés en cela par les parents eux-mêmes qui, de nombreuses années après la « crise », retrouvent l'usage du « je » et du « nous » et décrivent, non pas une opposition entre les « savants » et les « ignorants », mais entre « parents » et « médecins », s'affrontant autour d'un même enjeu : « l'enfant-malade ».

Le décalage temporel des récits a permis de nous situer sur du long terme, et ainsi d'insérer l'épisode de la maladie dans des trajectoires longues qui commencent avant et se poursuivent après les traitements. Dans la succession des positions décrites à l'occasion de ces récits recueillis sur un mode biographique, l'épisode de la maladie prend une place particulière dès lors que son issue est en partie connue, puisque tous ces enfants sont vivants. Pour autant, ces récits n'étaient pas continus, mais étaient soumis à « d'incessantes transformations »[289], conduisant nos interlocuteurs à raconter plusieurs fois les mêmes événements, surtout s'ils réactivaient des émotions fortes. La répétition devenait un moyen de décrire différentes versions de leurs histoires, selon qu'ils jugeaient utiles de les rationaliser au regard d'une « fin heureuse » ou qu'au contraire, ils signifiaient que ces traumatismes se racontent aussi, toujours, au présent.

Alors que la plupart des travaux s'intéressent à la mise en œuvre des soins et des traitements prodigués aux patients au cours de leur prise en charge médicale, nous étions placés en aval, non pas de tout soin, mais de la phase aiguë de la maladie. Il devient plus difficile, d'ailleurs, de retracer des « trajectoires de maladie » au sens de Strauss, c'est-à-dire l'ensemble des événements qui, par l'action conjuguée des soignants et des patients sur une maladie, contribuent à en infléchir le « cours ».[290] La temporalité de la maladie saisie dans le long terme n'est pas contingente à celle des soins médicaux, elle se rythme subjectivement autour de chaque histoire singulière et des autres événements de la vie.

Nous partirons d'un moment très particulier situé à l'orée des traitements et raconté par presque tous les parents : la demande d'information pronostique au cours de la consultation

---

[289] Bourdieu P., « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 62-63, juin 1986, p. 69-72.

[290] Strauss A., op. cit. p. 143 et suiv.

d'annonce. Celle-ci « fait » problème dans la mesure où elle révèle un malentendu fondamental qui va déterminer la relation en cours d'élaboration entre parents et médecins. Ce malentendu est révélé par le décalage des positions des parents et des médecins, sous deux formes : le déplacement de la fonction parentale provoqué par la prise en charge médicale de l'enfant, laquelle s'apparente parfois à un « rapt », et la mobilisation de dispositions parentales devant affronter les principes d'énonciation du savoir médical.

*S'en sortir ?*

Au moment de notre enquête, celui qui fut enfant-malade, devenu jeune adulte, est déclaré guéri de son cancer même si, dans certains cas, la rémission serait un terme plus juste, lorsqu'une rechute n'est pas exclue. Le terme de guérison ne concerne d'ailleurs que le cancer, puisque certains ne sont pas, pour autant, « en bonne santé ».

Le recueil des discours des parents, comme celui des enfants[291], sous la forme de récits[292] ne vise pas à rendre compte de faits passés et de leur « vérité », mais plutôt de la façon dont, aujourd'hui, ils produisent une histoire qui donne du sens à ce qu'ils vivent. Les effets à long terme du cancer et de ses traitements sont, pour tous, ces traces que laisse l'expérience de la maladie, et qui dessinent le chemin sur lequel ils poursuivent leur vie.

C'est dans cette perspective qu'il convient de comprendre l'épisode dont nous rendons compte ici, à un moment particulier de la consultation d'annonce, cristallisé autour de la demande des parents d'avoir des informations sur les chances de guérison de leur enfant. L'information des patients sur les pronostics est un sujet « brûlant » pour les médecins, sur lequel ils ne sont pas eux-mêmes, souvent d'accord. Sylvie Fainzang a montré, à la faveur de ses observations en cancérologie, que les caractéristiques sociales des patients sont un des facteurs les plus déterminants de l'accès à l'information pronostique. Elle montre que, plus les patients ont un niveau d'études élevé, plus ils sont perçus par les médecins comme culturellement aptes à « comprendre » l'information qui leur est délivrée. Ceci conforte nos observations et la façon dont les médecins eux-mêmes justifient les divergences de leurs

---

[291] L'emploi du mot « enfant » mérite ici une précision. En effet, nous l'utiliserons par opposition aux parents, mais ils étaient tous, au moment de l'étude, adultes, puisqu'ils avaient entre 18 et 26 ans.

[292] Nous hésitons à qualifier ces entretiens de « biographiques », dans la mesure où ils étaient très fortement marqués par l'empreinte de la maladie de l'enfant, comme si nos interlocuteurs n'étaient autorisés à ne parler que de cela, puisqu'à l'évidence c'était « ça » qui nous intéressait, il était même difficile de les amener à nous décrire leur vie d'avant, ou leur vie actuelle et leurs projets. Il est probable que certains d'entre eux, interviewés par exemple sur leur vie « professionnelle », ne mentionneraient même pas cet épisode de leur histoire familiale, ou seraient tentés de le minimiser. Ce clivage dans les récits n'est pas nécessairement le signe qu'ils vivent « deux histoires », car il montre la difficulté à les exposer devant un « étranger » et donc à trouver une articulation cohérente entre l'injonction à peine masquée de « tourner la page » et l'actualisation permanente de cette « page ».

attitudes, en y ajoutant, comme Fainzang, une dimension psychologique de l'évaluation de la capacité des patients à « encaisser ». Ces deux dimensions, psychique et culturelle, constituent les références guidant l'appréciation des médecins, mais sans réelle objectivation, et elles traduisent surtout la plus ou moins grande proximité sociale entre eux et leurs malades. Plus récemment, en étudiant les situations de « clashs » dans les services d'oncologie pédiatrique, Gaëlle Giordano observe les mêmes processus de rationalisation de la violence exprimée par les parents face à des situations conflictuelles. Cette violence est, pour les équipes soignantes, plus volontiers liée aux conséquences psychiques de l'angoisse provoquée par la maladie qu'à un contexte institutionnel agressif[293].

Ces constats permettent de soulever une nouvelle question concernant la nature de cette information censée passer du médecin au patient ou son entourage : qu'est-ce qui, concernant les chances de survie du patient, peut ainsi plus ou moins se dire ? Pourquoi cette donnée, apparemment simple à comprendre, serait-elle intransmissible à certains ? C'est à cette question que nous allons tenter de répondre.

Les parents et les enfants que nous avons rencontrés avaient tous des histoires différentes. Les parents dont nous avons rencontré à part l'enfant nous racontaient également une autre histoire que lui. Les événements qui ont marqué ces parents avaient pourtant quelques points communs, et différaient en cela des récits des enfants. Parmi ces convergences, il y avait ce moment très particulier où le diagnostic de la maladie de leur enfant leur est annoncé, moment qui n'est pas vécu de la même façon selon l'âge de l'enfant et les circonstances de la découverte[294]. Pour les parents et d'une façon générale pour les patients et leurs proches, cette annonce a toujours un effet traumatisant, y compris lorsqu'elle est faite dans le cadre de dispositifs protocolisés, lesquels ne visent pas à réduire le traumatisme en lui-même. La brutalité de l'annonce d'une maladie mortelle ne peut jamais être évitée, mais en rendant l'annonce moins « brutale », il s'agit de diminuer l'agression venant des soignants, dont l'angoisse est aussi mobilisée Notre objectif ici n'est pas d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs mais d'en mesurer certaines dimensions, significatives chez les personnes que nous avons rencontrées, de longues années après.

La consultation d'annonce, en tant que dispositif issu du plan cancer 2003-2007, est aujourd'hui très largement pratiquée dans les services d'oncologie, mais elle était déjà mise

---

[293] Giordano G., « Les « clashs » parents/soignants en oncologie pédiatrique : réaction caractérielle ou violence institutionnelle ? », *Sociétés*, n°105, 2009/3, p. 21-34.

[294] En effet, la perception de la maladie et même d'une mort possible, est très variable selon l'âge de l'enfant, qui, de ce fait, peut être, sur le moment, très peu marqué par le danger qu'il a frôlé, mais qui, en grandissant, peut prendre une dimension traumatisante.

en œuvre dans de nombreux services d'oncologie pédiatrique. Elle se déroule durant au moins une demi-heure et une somme considérable d'informations est livrée aux parents. En plus du diagnostic précis, le protocole décidé en amont par l'équipe est détaillé : les différents traitements, les produits, les étapes, les risques. Cette consultation poursuit un double objectif : informer au mieux les patients et leur famille et obtenir le « consentement éclairé »[295] du patient ou de ses parents, si celui-ci est mineur[296].

Ce double objectif brouille les conditions de cette consultation, dans la mesure où la nécessité d'obtenir au plus vite un consentement n'est pas toujours compatible avec le temps dont ces parents pourraient avoir besoin pour au moins, « entendre » l'information[297]. La sidération dans laquelle le diagnostic les plonge semble les mettre dans l'incapacité d'intégrer les données médicales présentées ou même de poser des questions. Ils apprennent, d'abord, que leur enfant est en danger de mort. Les observateurs et les médecins qui relatent ces moments décrivent des parents qui semblent très vite ne plus être là une fois l'annonce faite. Les médecins le savent, mais ils ont l'obligation de livrer cette information de façon aussi complète que possible, et recourent alors parfois à différentes techniques pour atténuer cette contradiction : inscription sur un tableau dans la chambre de l'enfant des principales informations, afin que les parents puissent s'y référer ensuite ; reprise de la consultation par des infirmières quelques jours après afin de répondre aux questions qui arrivent.

Pourtant, les parents sont bien là, puisque de longues années après cet événement, ils reviennent volontiers sur un épisode de cette consultation, qu'ils n'ont pas oublié et qui est, justement, une question. Celle-ci reflète peut-être la seule pensée dont ils étaient capables après l'annonce du diagnostic de la maladie de leur enfant et elle peut se dire ainsi : « quelles sont ses chances de s'en sortir ? », exprimée sous différentes formes : « est-ce qu'il peut guérir ? », « quelles sont les chances de réussite des traitements ? », « quels sont les taux de survie ? » etc. Ces parents sont en quête d'une information apparemment simple, mais qui est plus complexe qu'elle n'y paraît et donne lieu à de multiples interprétations et à de nombreux malentendus.

Les médecins ne réagissent pas tous de la même façon. Si certains répondent toujours par un chiffre ou un ordre de grandeur et d'autres jamais, la plupart modèrent leur propos en

---

[295] La loi du 4 mars 2002 insiste clairement sur la nécessité d'inclure le patient dans la décision qui ne peut être enclenchée qu'après une information précise. Néanmoins, les conditions de cette « information » restent, de fait, bien imprécises, surtout si les temps de la compréhension et ceux de l'urgence ne coïncident pas.

[296] Encore que la capacité d'un enfant à se prononcer fasse l'objet de discussions : un soin ou un traitement peut-il être imposé (et comment) à un mineur s'il le refuse ?

[297] Lecompte H., *Les modalités et les effets de l'information au sein d'un service d'oncologie pédiatrique*, Mémoire de M2 Recherche, Université de Nantes, 2007.

fonction du pronostic et de la façon dont ils perçoivent les parents. On comprend assez bien qu'un pronostic très favorable soit facile à dire, encore que cette « facilité » puisse aussi procéder d'un déni de l'effet d'annonce. Ainsi une jeune femme atteinte à son adolescence par une maladie de Hodgkin, considérée aujourd'hui comme quasiment « anodine » par certains médecins, bloque toujours sur cet événement de l'annonce qu'elle raconte ainsi :

> *« Et donc il m'a dit ça et puis bah… Forcément, je me suis mise à pleurer et le médecin il a dit : ben pourquoi elle pleure ? Voilà ! Parce qu'une maladie de Hodgkin c'est rien, ça se guérit ! [...] Donc ça c'est tout à fait incompréhensible de la part d'un médecin quoi !… de toute façon, j'ai pas aimé cet hôpital, on est traité comme du bétail ! ».*

Ceci signifie : pour ce médecin qui n'a pas de doute (ou très peu) sur sa capacité à guérir son patient, la maladie pouvait se dire d'un « rien ». Un rien sans doute pour du « bétail », c'est-à-dire pour un être vivant sans imaginaire, mais pas pour une jeune fille chez qui l'annonce d'une maladie mortelle, même traitable dans la très grande majorité des cas, n'est jamais « rien ». Le médecin exprime ainsi son mépris pour la maladie, car il sait que la bataille est, pour lui, presque gagnée d'avance, mais sa patiente reçoit ce mépris pour elle et pour ce qu'elle ressent à ce moment-là. La représentation du mal comme agent distinct de la personne qui l'héberge est incompréhensible pour qui n'a pas « appris » le mal.

Le fait de répondre ou non aux parents qui demandent à connaître les chances de guérison de leur enfant n'a pas pour seule conséquence de livrer ou non une donnée dont toujours, même sous une forme inachevée, le médecin dispose[298], il assigne les parents à une place déterminante dans la suite de la prise en charge. Nous prendrons deux exemples, contrastés, de récits de cet épisode.

Monsieur et Madame B. ont eu presque immédiatement l'information concernant les chances de réussite du traitement de leur fils, atteint de leucémie à l'âge de 10 ans. Monsieur B. est ingénieur d'étude dans le centre de recherche d'une école supérieure et il est familiarisé avec le raisonnement scientifique. Tout au long de l'entretien, il se réfère à une logique rationnelle qui semble l'avoir soutenu durant la maladie de son fils. Il a toujours eu de très bonnes relations avec les médecins, a le sentiment d'avoir disposé d'une information sans faille et la seule fois où il a eu un doute, à propos d'un essai clinique, il a pu se renseigner auprès d'une amie, médecin. Voici le récit qu'il fait, avec sa femme, de l'annonce et de cette « information-là » :

---

[298] Cette donnée existe sous la forme d'un « pronostic », dit plus ou moins favorable ou « sombre », étayé par des taux de rémission étalés dans le temps, les pourcentages de rechutes etc. Sous ces formes diverses, le médecin a évidemment des informations, qui sont susceptibles de se traduire de différentes façons, mais qui n'existent jamais non plus sous celles qu'utilisent les parents pour poser leur question.

> *Lui : C'est-à-dire dès le départ, dès la prise en charge, on a reçu cette information-là. Je me souviens que le docteur nous avait pris dans une petite pièce.*
>
> *Elle : Oui. En fait l'annonce s'est faite en deux temps. On nous a reçus tous les deux, et après, une fois qu'on nous a, bon, dits tout ce qu'il en était, le médecin a dit : bon maintenant on va aller l'annoncer à Pierre. Ça s'est fait en deux temps. [...]*
>
> *Lui : Je me souviens d'avoir posé la question au médecin et, c'était important, c'était important et le médecin, je pense qu'il est sorti de son bureau d'ailleurs à ce moment-là, et puis il est revenu. Sans doute qu'il a dû aller consulter des statistiques ou des, des résultats, et il est revenu en nous disant ben que c'était…*
>
> *Elle : Donc on savait, on les a gardés en tête d'ailleurs les taux de réussite, mais… moi je ne voulais pas me laisser aller à…*
>
> *Lui : On savait que c'était important d'ailleurs…*
>
> Q : Vous saviez que ce n'était pas 100 %…
>
> *Elle : Ah non !*
>
> *Lui : Oui mais il nous a dit tout de suite que c'était, quoi ? Trois chances sur quatre un truc comme ça. Que ça se termine bien. Ce qui était très favorable en fait.*

La première étape est l'isolement du couple « dans une petite pièce » qui semble n'avoir aucune attribution propre : ce n'est pas le bureau du médecin, la salle de soins, ou un autre lieu identifié. Ce médecin « les prend », c'est-à-dire aussi qu'il les soutient, et d'emblée a un geste qui s'adresse à eux. Le souvenir alors apparaît, de sa demande à lui, qui conduit le médecin à se déplacer ailleurs pour aller lui chercher l'information et la lui apporter. L'usage deux fois du verbe « recevoir » montre que cet épisode est inscrit dans leur mémoire comme un moment de rencontre, et même d'échanges : le médecin les a reçus et ils ont reçu du médecin.

Chacun des parents livre ensuite ce que l'un et l'autre ont fait de ces « statistiques ». La mère les a « gardées en tête », pour ne pas se « laisser aller ». L'information prend ainsi une place symbolique dans les représentations de cette femme qui est celle d'un soutien l'empêchant d'être dans le vide. Les récits d'annonce font souvent état du vide dans lequel se sentent les parents à ce moment-là, et un chiffre, une donnée, une réponse surtout permettrait d'inscrire quelque chose sur cette page où soudainement tout semble s'effacer.

Le père, quant à lui, répète plusieurs fois que c'était « important », mais il livre sur un ton vague cette donnée : « un truc comme ça », montrant qu'il s'est surtout attaché au versant « très favorable » de l'information. Dans un premier temps d'ailleurs, le père ne finit pas sa phrase et ne donne pas le chiffre que lui avait livré le médecin. Il a fallu le relancer pour qu'il le dise, mais en minimisant le fait que cette information, dite par lui « favorable » a dû être profondément traumatisante pour eux. « Cette information-là » reste aujourd'hui encore difficile à dire explicitement, alors qu'elle contient ces chances de guérison saisies par leur fils, puisqu'il n'a jamais fait de rechute et qu'il termine aujourd'hui un parcours scolaire brillant. Même en sachant que l'enfant s'est trouvé du « bon côté » des statistiques, ces hésitations témoignent d'une réalité s'imposant par les chiffres : l'éventualité de la mort de

l'enfant, l'autre versant du chiffre « favorable ». C'est surtout ce que la réponse du médecin confirme, mais c'est en même temps à partir de là que les parents entament un autre parcours.

Le récit de Monsieur et Madame C. est très différent car ils sont en conflit permanent avec les médecins. Leur histoire de parents commence mal puisque leur premier enfant a eu des problèmes de santé, avant que leur fille ne présente à son tour des symptômes alarmants. Les médecins, à court de solution, préconisent des consultations de pédopsychiatrie pour régler un surinvestissement maternel censé expliquer les maux de tête de l'enfant. Finalement, devant l'aggravation du tableau clinique, le diagnostic de tumeur cérébrale est posé, mais les choses s'enclenchent plutôt mal et c'est après ces conflits qu'arrive la consultation d'annonce, à la fois dénouement et commencement :

> *Lui : ben le professeur c'était P, y'en avait pas 50, c'était P ! La première fois qu'on a fait l'entretien dans la pièce, dans la pièce, dans la pièce, comment dire, à l'étage en neurochirurgie, il y avait L., P. et nous deux hein, parce que tu lui avais demandé combien on a de chances de s'en sortir, combien on a de chances de s'en sortir, pour Laetitia, combien Laetitia a de chances de s'en sortir et il t'a répondu P. : « si je vous dis 80-20 et qu'elle est dans les 20 % ça vous donne quoi comme solution ! » Voilà. C'est là que ça a commencé.*
>
> *Elle : la chose que moi j'ai pas apprécié c'est qu'ils aient…*
>
> Q (à lui) : Que ça a commencé… quoi ?
>
> *Lui : bah c'est là que ça a commencé ! On est rentré dans la réalité de, de la maladie. C'est-à-dire que quand ma femme a demandé : on a combien de pour cent de chances de s'en sortir, de comment, quel pourcentage de chances de s'en sortir, P. a dit, qu'est-ce vous voulez que je vous dise ? que, son, que son, son médulloblastome ça correspond à un pourcentage de 80-20 ? ! Il me dit si la vôtre elle fait partie des 20 % ça va pas donner, ça va pas apporter grand-chose. Donc euh… donc ben à ce moment-là il a dit ben écoutez, je n'en sais rien, on va mettre en place un protocole, qui est déjà établi, avec, ces semaines en chimiothérapies et quelques mois après il y aura des rayons, avec des séances de rayons et de radiothérapie et il nous aurait parlé chinois, il nous aurait parlé chinois c'était pareil. Et donc c'était parti à ce moment-là quoi !*

On retrouve ce même lieu neutre, la pièce, mais qui n'est plus un endroit où ils sont reçus mais un lieu « comment dire », qui n'a aucun sens, finalement. L'émotion est forte, à ce moment de l'entretien, elle s'exprime par les répétitions et les reformulations. Le « on » (a combien de chances de s'en sortir) montre qu'ils sont déjà du côté de leur enfant, dans ce parcours du combattant qui pourtant n'en était qu'à ses débuts. Il ne faut pas se tromper d'interprétation, les parents qui alors posent la question en se mettant au même plan que l'enfant (ici l'usage du « on ») ne font pas de *lapsus linguae* : ils demandent vraiment si « eux » vont s'en sortir, « eux » en tant que parents. Car si l'enfant meurt, le « parent »[299] disparaît. Et là où « ça » commence, c'est lorsqu'ils s'entendent refuser l'information sur les (leurs ? celles de leur fille ?) chances de s'en sortir.

---

[299] L'usage du terme « parent » au singulier est générique, mais ne vise pas à distinguer le père de la mère ou les différentes positions qu'ils occupent vis-à-vis de leur enfant. Le ou les parent(s) représentent ici la personne responsable civilement de l'enfant, sur lequel il a autorité, et qui s'oppose au soignant, mais plus spécifiquement aux médecins, qui disposent devant le « malade mineur » qu'est l'enfant, d'une autre forme d'autorité.

« La réalité de la maladie », pour Monsieur et Madame C, le « ça » commence, prend plusieurs significations. Contrairement au couple précédent, ils n'obtiennent pas de réponse, cette réalité ne s'inscrit donc pas par un chiffre, une donnée quantifiée, un pourcentage, une « chance ». Ils n'ont rien de concret à se mettre dans la tête si ce n'est l'explication du médecin telle que le père l'a gardée en mémoire et nous la raconte. Celle-ci combine trois éléments. Le premier est un pourcentage positif, « 80-20 » où il est sous-entendu que les 80 % sont les chances de guérison, mais il inverse le sens pronostic (« très favorable », aurait dit Monsieur B) de l'information et place l'enfant dans les 20 %. Cette inversion ne laisse pas la possibilité aux parents de se « balader » entre plusieurs solutions, mais elle peut ressembler à une information déguisée : votre enfant a 20 % de chances de survivre.

Le deuxième élément assigne les parents à une position d'impuissance : « ça vous donne quoi comme solution ? ». Curieuse assignation car en effet, quel que soit le chiffre, les parents n'ont pas de solution.

Dans le troisième élément de réponse tel qu'il nous est rapporté par le père, le médecin transforme l'enfant en « médulloblastome », il le substitue à son objet, celui qui a du sens sur lequel il va travailler. Il ne sait sans doute pas lui-même qui, de cette « guerre », sortira victorieux (contrairement au médecin annonçant une maladie de Hodgkin), mais il sort ses armes : protocole, chimiothérapie, rayons etc.

Pour ne pas avoir observé la scène, il nous est impossible d'analyser ce discours comme un récit des faits, mais plutôt comme la réception d'un message qui pourrait se traduire ainsi : l'enfant est en danger de mort, la compétence du médecin à le guérir est incertaine, les parents ne peuvent que laisser l'équipe médicale mettre en place ses protocoles.

« La réalité de la maladie » est donc à la fois l'annonce d'un diagnostic et celle, plus déguisée de sa gravité, mais c'est aussi, pour Monsieur et Madame C, le sentiment d'être expulsés de cette réalité concernant leur enfant et renvoyés au vide : vide d'espoir mais aussi d'utilité. Ils entendent qu'ils ne servent plus à rien.

La différence entre ces deux récits n'est pas réductible à l'accès ou non à une information, elle montre surtout l'enjeu de la question et de la réponse qu'elle suscite. À travers cette demande, les parents cherchent une place, et il dépend alors du médecin de leur en proposer une, s'il est en capacité de se décentrer de son propre objet pour entendre la question des parents, toujours différente de la sienne.

*Le « rapt » de l'enfant*

Ces moments, plus ou moins conflictuels, introduisent la notion de malentendu entre ce qui fait l'objet du travail du médecin et ce qui fait l'objet de la préoccupation des parents[300]. Mais pour comprendre ce qui se passe chez ces derniers, il ne faut pas s'en tenir à l'hospitalisation de l'enfant, qui marque son entrée dans une « carrière de malade ». Goffman[301] fait commencer la carrière avant l'hospitalisation, en particulier dans le cas de malades psychiatriques, mais comment penser la « carrière » des parents ? Si l'on veut utiliser le concept de carrière concernant les parents, c'est à la naissance de l'enfant qu'elle commence (voire avant) pour se terminer à la mort de l'enfant. Il est nécessaire ici de distinguer l'enfant (du parent) de l'autre autre enfant (malade). Le médecin devient le médecin de l'enfant dès lors qu'il est malade et le reste jusqu'à sa « guérison »[302] ou son décès.

C'est pour désigner ces « deux enfants » que nous avons choisi d'écrire l'enfant-malade avec un trait d'union. Quand l'enfant devient (un) malade et que sa vie est en danger, le parent est mis à mal, dans le sens où il est menacé dans sa fonction parentale. Cette menace s'inscrit dans le risque représenté par la mort possible de l'enfant, à propos de laquelle l'interprétation psychanalytique décèle l'activation de fantasmes infanticides culpabilisants et renvoyant le parent à sa propre histoire infantile[303].

La culpabilité est en effet un sentiment que tous les parents ressentent et dont ils parlent plutôt spontanément, d'autant mieux qu'ils ont, de longues années après, souvent pris de la distance par rapport à cette question. Ce sentiment suit les détours de chaque histoire personnelle : une mère se demande si sa grossesse non désirée n'est pas en lien avec la maladie de son enfant ; ces parents s'interrogent sur l'influence du site d'uranium visité aux dernières vacances sur la leucémie de leur fils ; cette mère se sent rejetée par la famille de son mari pour avoir transmis un risque génétique à sa fille ; ces parents luttent contre l'accusation des pédopsychiatres qui se sont prononcés avant l'oncologue sur l'origine psychique des maux de tête de leur fille…[304]. Garants de la santé de leur enfant, mentale et physique, mais aussi de sa conformité sociale et de sa réussite scolaire, les parents se mettent

---

[300] Nous ne parlons ici volontairement pas du « travail du parent », comme nous nous en expliquerons plus loin.

[301] Goffman E., « La carrière morale du malade mental » dans *Médecine, maladie et société*. Recueil de textes présentés et commentés par C. Herzlich, Mouton, Paris, 1970, p. 125-154.

[302] Cette limite de la « guérison » est justement celle qui est posée par les consultations de suivi, puisqu'en oncologie pédiatrique en particulier comme nous le verrons, ce suivi peut être sans fin, y compris après la « guérison ».

[303] C'est ainsi que l'étudie, dans ce cas particulier du cancer de l'enfant, Danièle Brun, dans *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Dunod, Paris, 1989.

[304] En nous en tenant ici aux sources socialement dicibles de la culpabilité, évidemment.

en cause dès que leur enfant est en danger. De leur côté, les médecins rassurent, disent qu'on ne sait pas d'où ça vient, que c'est purement de la malchance, que ça pourrait tomber sur n'importe qui. En revanche, si leur discours se veut rassurant, leur attitude est plutôt inquiétante. En effet, ils demandent immédiatement aux parents de leur « céder la place » concernant les « bonnes » décisions à prendre pour leur enfant, en sollicitant leur accord pour les traitements. De ce fait, les parents ont ce sentiment bien particulier de leur déléguer une autorité qu'ils assuraient jusque-là. Et plus qu'une délégation d'autorité, c'est presque à une mise sous tutelle que les parents doivent désormais se soumettre, puisqu'ils se retrouvent en position de demander sans cesse aux soignants « l'autorisation » de projeter telle ou telle activité avec leur enfant. Alors qu'il occupait une position parentale en charge d'un enfant et s'efforçait d'assumer au mieux cette responsabilité, le parent se sent dépourvu de capacité d'agir contre cette maladie qui le prend en défaut, le sanctionne via l'institution soignante, et le contraint à modifier sa position parentale.

L'extrait qui suit illustre, par la perte de l'usage du pronom personnel à la première personne, ce déplacement de position[305]. Nous présentons ci-dessous le début de l'entretien avec Madame A., qui nous raconte comment la maladie de sa fille a été diagnostiquée, et ce de façon très rapide. Le travail réalisé sur l'entretien montre quelles sont les actions décrites au cours de ce récit et quelles en sont les différentes phases.

<u>Phase 1 :</u>

> Q : Je vais d'abord vous demander de me parler de ce qui s'est passé. Je ne le sais pas d'ailleurs…
>
> *Oui ! je vais essayer de tout me rappeler, sans doute des trucs que je passerai à l'as parce que, ça fait 17 ans ! la première fois !*
>
> Q : 17 ans !
>
> *17 ans et… oui, ça fait 17 ans parce qu'elle a 18 ans et ça s'est déclaré à 13 mois. En décembre 90. Le lendemain de Noël, qu'on nous a appris… En fin de compte elle avait une grosseur à un bras, juste au bras gauche, et c'est ma belle-mère qui la gardait et le soir quand je suis rentrée, j'avais pas vu moi le matin quand je l'ai laissée j'ai rien vu. Et elle me dit, ben elle a une grosseur à l'avant-bras, ben ça doit pas être grave. Et, moi je me suis quand même inquiétée sur le moment, enfin, loin de penser à ça bien sûr ! mais je me suis dit, une grosseur, je voyais le cœur (c'était du côté gauche), je me dis si jamais ça monte on sait pas, je vais voir quand même le médecin !*
>
> Q : C'était là ? (je montre sur mon bras)
>
> *Oui, bras gauche.*
>
> Q : Oui et elle était toute petite quoi…
>
> *Oui, 13 mois. Mais pas malade du tout, rien !*
>
> Q : Juste une grosseur
>
> *Oui une bosse, une belle bosse*
>
> Q : Mais qui est apparue soudainement ?

---

[305] « Selon Benveniste, le pronom « je » se réfère toujours au nom propre du locuteur. Il est une sorte d'abréviation ou de répétition de cette « marque conventionnelle d'identification sociale » qui parcourt, bien évidemment, tout récit autobiographique. En revanche, l'usage des pronoms « on » et « nous » varie fortement en fonction de l'importance acordée à différents collectifs d'appartenance », Pollak M., *L'expérience concentrationnaire*, Métailié, Paris, 2000, p. 238-239.

> *Oui parce que moi le matin, enfin la veille au soir, bon je l'ai lavée j'ai rien vu ! j'ai rien vu et c'est ça qui m'a surpris quoi !*
>
> Q : Ah oui !
>
> *Ah oui et puis le soir quand je suis venue la chercher effectivement elle avait une belle grosseur. Donc j'ai été voir le médecin le lendemain et puis il m'a envoyé à Cholet parce qu'il trouvait ça quand même bizarre…*

Dans un premier temps, les acteurs sont clairement définis : la mère, la belle-mère, la fille. La mère, en particulier (*moi, je*), fait son travail de mère : dépose sa fille, va la chercher, la lave, lui donne son bain etc. Sa belle-mère fait aussi son travail de grand-mère : elle garde l'enfant et signale à la mère une anomalie tout en se voulant rassurante. La mère prend le relais et s'interroge (*si jamais ça monte au cœur*) puis se rend chez son généraliste. Durant cette première phase, chacun semble donc à sa place et agit selon son propre rôle. On notera cependant que cette femme se sent prise à défaut de ne pas avoir « vu » la « grosseur » au bras de sa fille, réflexion qu'elle fera à plusieurs reprises et qui, par la suite, donnera une place très particulière aux séances de bains/douches avec son enfant. Mais c'est aussi en remplissant correctement son rôle de mère qu'elle fait ce qu'il faut et suffisamment tôt. En effet, son interprétation du danger est purement spontanée et totalement « profane » mais *a posteriori*, elle s'est avérée pertinente.

Dans cette première phase, elle s'identifie, ainsi que sa fille, et se décrit dans l'action, la réflexion etc., malgré les précautions qu'elle prend dès le début de l'entretien pour signifier qu'elle ne sera peut-être pas très rigoureuse dans son récit.

<u>Phase 2 :</u>

> *…… et puis à Cholet ils m'ont dit ben, c'est quand même bizarre, direction Nantes quand même pour faire une biopsie. Enfin Nantes pour une consultation donc on est parti sur Nantes, la semaine d'avant Noël, et puis, là… ils lui ont fait une biopsie… je sais plus trop comment c'était. Enfin bref le lendemain de Noël ils m'ont…*
>
> Q : Au CHU ?
>
> *Oui ! avec le docteur X. Et le lendemain de Noël donc il m'a appelée pour m'annoncer que c'était pas bon du tout. Et qu'il fallait retourner pour à ce moment-là, faire une biopsie. Ça doit être comme ça.*
>
> Q : Oui, c'était pas une biopsie la première fois ?
>
> *Je me souviens plus, comment c'était. Parce que pourtant on est rentré après le premier de l'an, on est retourné et… là elle a eu plusieurs examens, mais je peux plus vous dire, pas vraiment lesquels hein, parce que je me souviens plus trop bien, à ce moment-là.*
>
> Q : Mais vous aviez vu votre généraliste avant ?
>
> *Ah oui, j'ai d'abord vu, on a commencé le généraliste, qui m'a envoyé à Cholet voir un autre médecin.*
>
> Q : Vous habitiez là ?
>
> *Oui, oui oui ici. Et puis ils nous ont envoyés sur Nantes mais, nous on a été à Nantes, on a fait les examens mais vraiment… On était loin de penser à ça bien sûr hein, on était pas… bien… Donc il m'a annoncé ça par téléphone le lendemain de Noël donc là tout est, tout s'est écroulé ! sur le moment ! et… donc on est reparti, il m'a dit pour l'instant c'est pas urgent donc on a laissé passer le premier de l'an et on est reparti à Nantes aussitôt après. Et là les traitements, on a revu le docteur X, on a vu Madame Y et les traitements sont partis, du mois de février, à peu près….*

À partir du moment où elle va voir son généraliste, elle perd la maîtrise des événements. En effet, le médecin ne lui confie pas le soin de son enfant (comme le font en général les médecins envers les parents lors de maladies bénignes), mais l'envoie à l'hôpital. Le déplacement n'est pas que géographique, c'est la place de chaque membre de la famille qui change : elle passe du « je » au « on », qui est le substitut plus impersonnel du « nous ». Et dans ce « on/nous », elle met l'ensemble de la famille : le père, la mère et l'enfant. Il devient difficile de savoir qui fait quoi puisque tous font la même chose : ce qu'on leur demande de faire. Ils vont, viennent, repartent et reviennent, voient et revoient les médecins, agissent « sur ordre » et n'ont plus vraiment la maîtrise de leur emploi du temps. Les médecins ont d'ailleurs laissé passer Noël avant de s'introduire dans cette famille et bouleverser leur quotidien. Les dernières apparitions du « je » maternel se font négatives : le « je » s'accompagne toujours du « ne… plus ».

Phase 3 :

> ……Q : Tout de suite…
>
> *Oui. Donc au début ils ont fait, chimio mais c'était : opération. D'abord opération ils ont tout enlevé, ils ont enlevé la grosseur et pour eux ils avaient tout enlevé.*
>
> Q : C'était une tumeur musculaire ?
>
> *Tumeur musculaire oui. Et ils ont tout enlevé et ils voulaient quand même faire une chimio préventive pour rien risquer d'autre quoi, pour rien laisser. Donc ils ont fait une chimio préventive sur trois mois, y'a dû y avoir trois séances mais bon c'était pas hyper méchant quoi, elle était pas malade, c'était sur une journée à chaque fois.*

Madame A n'est plus vraiment celle qui gère la vie de sa fille, elle lâche les commandes, le relais est passé aux médecins : les « ils » qui se succèdent et qui « font », « enlèvent », et « veulent ». L'hôpital fait intervenir de nouveaux acteurs qui ne sont pas un médecin ou un interne en particulier, mais des « ils » indifférenciés. Qu'importe alors qui est en face de cette femme, c'est l'institution soignante qui s'exprime et c'est elle qui lui parle : « *ils m'ont dit* ». Ce passage du « je » au « ils », souvent par l'intermédiaire d'un « il » qui est le médecin traitant, le pédiatre ou l'urgentiste, témoigne d'une dépossession qui se fait à un autre niveau, institutionnel. Car l'indifférenciation des statuts et des noms de ceux qui s'occupent de l'enfant n'est pas tant liée à leur nombre ou à leur dispersion, qu'à leur perception compacte et presque impénétrable. À partir de ce moment-là, le parent se déporte à un nouvel endroit.

Cet extrait d'entretien permet de montrer comment des personnes, qui pourtant doutent de l'exactitude de leur mémoire factuelle, relatent la nature du processus de déplacement qu'ils ont opéré, qui s'apparente à une « déportation ». Cette introduction à l'histoire de la maladie de sa fille montre assez précisément comment ce déplacement se produit chez Madame A,

entre le récit de ses activités maternantes, jusqu'à son assignation à la même place que son enfant, face à l'institution soignante.

Plusieurs mois après l'arrêt de la première période de traitement de sa fille, c'est en la lavant qu'elle trouve des « glandions » qui la conduisent à alerter à nouveau l'hôpital de ce qui s'avère être une rechute : « en lui faisant prendre son bain, j'ai retrouvé deux grosseurs au niveau… derrière l'oreille et un peu plus bas ». L'enfant rechute à nouveau à l'âge de six ans, alors qu'elle est aussi chez sa grand-mère car sa maman vient d'accoucher d'un second enfant : « donc Aline était chez ma mère pendant, le lendemain je, Aline reprend son bain, je m'en vais la voir et là, encore coup de grâce, on… je lui retrouve… une… une grosseur… c'était sous le bras encore : quand elle soulevait, la grosseur ressortait ».

La répétition de ces révélations survenant au cours des bains, bloque, d'une certaine manière, l'accès de cette femme à une représentation plus médicalisée du mal de sa fille. Alors que cette dernière, interviewée de son côté, nous donne dès les premières minutes le nom scientifique très sophistiqué de sa maladie, sa mère garde toujours des représentations brutes du « mal », qu'elle appelle « grosseur » ou « bosse » selon les moments, voire « glandions ». Pourtant, cette femme a tous les moyens intellectuels d'intégrer ces notions, elle parle avec précision du milieu hospitalier et de ce qui s'y déroule, elle a fait peu d'études, mais occupe aujourd'hui un poste d'encadrement, et elle utilise volontiers du vocabulaire médical. Sa difficulté à utiliser des termes scientifiques fait irruption à chaque fois qu'elle décrit cette position maternelle et maternante à l'occasion desquelles elle fait la découverte des signes de la maladie de sa fille.

Le récit de Madame A. permet de mettre en lumière la « mise à mal » parentale qui accompagne souvent l'entrée dans la maladie. Si, pour tous, la question est posée, tous n'y répondent pas avec les mêmes moyens. On constate ainsi que, sur ce point particulier, l'entourage parental est assez décisif. En particulier, dans un moment aussi bouleversant, les parents n'ont en général pas les moyens de faire face et leur sidération, alliée à la rapidité d'action des soignants, les conduit à réagir d'une façon apparemment passive. Les seuls qui tentent une discussion à ce moment-là sont ceux qui peuvent mobiliser un entourage qui « fait le poids », autrement dit qui comptent des médecins parmi leurs amis, leur famille ou leur milieu professionnel.

À titre d'exemple, on peut citer un extrait du récit de Madame E., dont le fils a été atteint d'une tumeur cérébrale, et qui, avec son mari, garde une vraie position de parent négociant, face aux médecins. Son récit commence avec les premiers signes de fatigue et de maux de tête de son enfant, durant leurs vacances :

> *Alors là quand même avec mon mari on s'est dit c'est pas du tout normal donc on est rentré de vacances, j'ai consulté mon généraliste en lui expliquant et tout de suite… sans chercher trop, il nous a envoyés chez un neurologue ; donc là on a expliqué, Guillaume a passé un scanner, donc le neurologue m'avait un petit peu expliqué qu'il y avait des choses qu'on allait découvrir mais que bon, on ne savait pas trop quoi. Et puis quand il a passé le scanner certainement que, enfin c'est ce qu'on en a déduit après parce qu'on déduit toujours après, sur le moment on est dans l'urgence, dans l'inquiétude et dans le stress, il nous a dit que le scanner n'était pas suffisant, qu'on voyait quelque chose mais qu'on ne savait pas trop quoi, ils avaient parlé d'un problème de malformation enfin bon… […]*
>
> *Donc là le neurologue a demandé de faire une IRM en urgence, et c'est à la suite de la lecture de l'IRM que j'ai (elle cherche à être précise dans le choix des mots) enfin, j'ai été prévenue alors ça je dois dire que ça a été quand même un choc pour moi, parce que je me rappellerai toute ma vie que j'ai appris le diagnostic par téléphone. […]*
>
> *Et mon mari n'était pas là donc je l'ai appelé parce que lui, mon mari est dans la partie parce qu'il travaille chez [Entreprise X] dans le secteur médical et lui, cette partie de [Entreprise X] s'occupe de vendre et d'installer notamment entre autres [du matériel médical] dans les différents hôpitaux sur la France bien sûr, en Europe etc. Bon, il était bien au courant quand même de ces choses-là et il était en congrès justement à Paris. Donc j'ai essayé de le joindre en lui disant que bah voilà, je venais d'apprendre ça et que je n'étais pas bien du tout, donc il s'est débrouillé, il est rentré en urgence dans la nuit etc. et moi entre-temps il a fallu que je fasse bonne figure devant mes enfants parce qu'il n'était pas question, d'autant que j'étais toute seule, d'affoler et Guillaume et… […]*
>
> *Voilà oui au départ on était que mon mari et moi et après bien évidemment, bien quand on est retourné chez le neurologue, il a expliqué devant Guillaume ce qu'il lui arrivait, qu'il fallait effectivement l'opérer, […] Il a eu des examens avant de se faire opérer, assez compliqués pour son âge et puis il a fallu lui expliquer que c'était une intervention pour son âge très importante enfin c'était pas une petite intervention donc après il a fait connaissance de l'équipe chirur… Enfin c'est-à-dire qu'après il a fallu que, nous en tant que parents on a eu un délai pour quand même savoir avec qu'elle équipe on allait mettre notre fils en contact, choisir le chirurgien et tout ça parce que… Il y avait bien sûr Nantes mais, si vous voulez dans ces cas-là on prend toujours le maximum de préc… Enfin, en tant que parent oui on s'informe. Comme mon mari était aussi dans la partie et qu'il était bien placé il a eu des informations sur Nantes, eu des informations sur Paris etc. et on s'est dit, aller sur Paris ça change complètement la vie de tout le monde, […]*
>
> *Donc après effectivement on a pris un rendez-vous dans le service de neurochirurgie de l'hôpital nord, donc on a eu à faire au Dr G, donc là je peux le citer parce que c'est vraiment… Moi j'ai toujours dit il a sauvé notre fils donc voilà euh… Il a été vraiment très, très gentil, enfin tout le service de chirurgie a été vraiment à cette époque, c'était en novembre 1990 parce que Guillaume a été opéré en novembre 1990 donc vraiment il a été pris en charge d'une manière formidable parce que ça a été une opération très lourde hein donc, notre petit bonhomme il est parti à 13 heures de sa chambre et on a pu le revoir que en soins intensifs euh… à 21 heures le soir, et entre-temps quand même M. G était venu nous prévenir qu'il avait effectivement découvert une tumeur et qu'il pensait très fortement que c'était de type cancéreux et que donc c'était parti à l'analyse mais il nous a dit, enfin on a su…*

Le récit diffère en de nombreux points de celui de Madame A. Pour résumer, on repère d'abord que les actions de chacun sont toujours rapportées à des personnes identifiées et nommées. Madame E. n'emploie qu'une seule fois le pronom « ils », qui renvoie à une discussion collective rapportée par un médecin en particulier. Les rendez-vous sont pris par les parents eux-mêmes, qui gardent la maîtrise du parcours et se voient octroyer un délai de réflexion où ils mettent en balance les différentes options de prise en charge au regard de leur vie familiale. Ce récit fait exception au regard des autres, où c'est plutôt cette opposition entre le « on/nous » et les « ils » qui marque l'entrée dans la maladie. La mobilisation de personnes ressources qui tiennent lieu d'informateurs et de médiateurs, aussi bien que leur connaissance du milieu, placent Monsieur et Madame E. dans une position qui n'est pas tout à fait celle de « profanes » aux yeux des médecins, même si ni l'un ni l'autre n'a de formation

médicale soignante. C'est la proximité de position sociale et la faculté à se repérer dans l'institution qui leur permet de conserver une place de parents, décisionnaires et interlocuteurs directs des médecins de leur enfant.

*Parents sous surveillance*

La suite du récit de Madame A., comme celui des autres parents n'ayant pas la possibilité de mobiliser un capital social suffisant pour intervenir dans les décisions, montre qu'elle s'est trouvée, comme sa fille, sous surveillance médicale[306]. Si l'institution soignante tente au mieux d'obtenir l'accord des parents, mais surtout leur coopération pour la mise en place des traitements, un certain nombre d'injonctions concernant leur vie privée, leurs rapports avec leur enfant ou avec leur entourage, les mettent sous tension. Les différences de mode de vie des familles, qui se manifestent dans l'intimité de chaque communauté ou des groupes sociaux, sont ici particulièrement exposées, car confrontées à leur adéquation avec un modèle souvent présenté comme celui du « bon parent ». Ceci se manifeste par une série d'injonctions et de préconisations, distillées de façon plus ou moins discrète par différents membres du personnel. Et ces « conseils » ne concernent pas que le « parent » mais aussi la femme et l'homme. « Préserver le couple », c'est le mot d'ordre qu'ils entendent, se garder une vie amoureuse, des loisirs, des rapports personnels… Le verdict est connu, car il semble « évident » qu'après une telle épreuve, soit les couples sortent renforcés, soit ils sont déchirés.

Des couples dont nous avons recueilli l'histoire, directement ou non, il y avait (heureusement) des avis moins tranchés sur l'impact de la maladie de leur enfant sur leur relation. Les épreuves éprouvent, à l'évidence ; ce « tout ou rien » est particulièrement angoissant puisque le verdict semble sans appel, un peu comme la maladie (ça passe ou ça casse…). Ainsi, certains couples éprouvent des difficultés à se situer au regard de ce schéma : les parents d'enfants-malades ne seraient-ils donc plus tout à fait comme les autres ?

En outre, ces injonctions normatives sont parfois contradictoires et ne respectent pas toujours la façon très personnelle dont chacun, selon son histoire, sa situation, le moment de la maladie, trouve sa place. L'exemple qui suit montre comment Madame A. a été confrontée, dans des services différents et à des moments distincts de la maladie de sa fille, à des informations contradictoires quant à ce qui était attendu, dans de telles circonstances, d'une « bonne » mère. Tantôt en effet on lui recommande de ne pas trop rester sur place pour « se

[306] Le choix de garder le même exemple pour décrire plusieurs événements se succédant procède d'une volonté de rendre compte de l'articulation des différentes phases d'un même discours. Pour autant, ces différentes phases retrouvent une même cohérence dans les discours des autres parents et les thématiques retenues se repèrent dans les autres récits.

préserver », tantôt on s'étonne qu'elle laisse sa fille seule, alors que tout était prévu pour qu'elle dorme avec elle.

> *Dans un hôpital :*
>
> *« Je voulais pas rester le soir parce que bon c'était fatigant, mais j'aurais pu je serais restée avec elle, ça m'aurait pas gêné de passer mes nuits à l'hôpital quoi, si j'avais pu. […] C'était pour se préserver aussi, (le médecin) m'avait prévenue, parce que comme c'est des traitements à long terme, c'est aussi pour se préserver pour, voilà quoi. Couper. Le soir, quand même, bon, même quand elle était sous bulle, j'étais contente quand même de sortir de l'hôpital quoi quand même. »*
>
> ----------
>
> *Dans un autre hôpital :*
>
> *« Et là ça m'a fait… Ça m'a émoussé un petit peu parce que les infirmières l'avaient mise dans une chambre au fond parce qu'elles pensaient que je restais moi la nuit avec quoi. Donc elle avait son cathé et le premier soir que je dis bon ben je m'en vais, ça se passe bien, elle me dit : "mais vous restez pas la nuit ? nous on l'a mise dans une chambre de fond que on la surveille moins parce qu'on pensait"… je dis "oh non non, Aline est habituée elle bougera pas, elle touchera pas à son cathé ! " ça s'est très bien passé. »*

Pour certains parents, ces « recommandations » les empêchent d'affirmer leur propre choix parental, qu'ils préféreraient négocier dans l'intimité familiale et les conduisent, parfois, jusqu'au conflit ouvert avec le personnel, quand celui-ci fait barrage à des options n'ayant pourtant aucune conséquence médicale directe[307].

L'information pose problème tout au long de la maladie, dans la mesure où il ne s'agit jamais simplement de « dire » ou de ne « pas dire », mais aussi d'accompagner chaque information d'un guide comportemental. Ainsi, si certains réclament haut et fort de leur laisser leur liberté, d'autres comprennent assez rapidement que, pour être « bon parent », il faut surtout acquiescer et se montrer coopérant. Parfois, les parents craignent même des représailles qui se traduiraient par une moins bonne qualité des soins, s'ils ne faisaient pas preuve d'une bonne compliance[308]. Ici encore, le discours de Madame A., qui a peu de connaissances médicales et a décidé, d'emblée, de faire une totale confiance aux médecins, nous éclaire :

> *Le traitement en lui-même c'est assez difficile de le comprendre donc ils nous expliquaient ce qu'ils lui faisaient. Je pense qu'ils nous ont pas tout dit sur les conséquences des traitements… maintenant ! Après ! Je… je réagis après. Mais, sur les conséquences sur le moment, non. De toute façon, sur le moment, ils nous auraient dit n'importe quoi on les suivait quoi. On savait, de toute façon, on n'était au courant de rien, on savait pas s'il y avait d'autres moyens, on leur a fait entièrement confiance et… (le médecin) moi je l'ai trouvée vraiment parfaite. J'ai eu le droit*

---

[307] Ces injonctions normatives, portant sur le quotidien et mettant en jeu les représentations des soignants sur ce qu'ils considèrent comme un « bon » parent sont très bien décrites par Sarra Mougel à l'occasion des observations qu'elle a réalisées dans des services de pédiatrie. Cf. Mougel S., *Au chevet de l'enfant malade… op. cit.*

[308] Les différents concepts de « compliance », « observance » et « adhésion » renvoient à des définitions souvent floues dans l'esprit des soignants, mais que l'on peut néanmoins caractériser de la façon suivante : « L'observance est la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vie. L'observance renvoie à une réalité plus médicale que le terme de *compliance*, qui correspond à une conformité à la prescription sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient. Quant à l'adhésion thérapeutique, elle s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active, tant nécessaire dans les maladies chroniques », Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ?, *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 22, n°1 - février 2005, p. 31-34.

> *à un interne une fois que j'ai pas du tout aimé qui m'a engueulée alors qu'on commençait juste le traitement et là j'ai pas apprécié. Mais autrement non, au niveau, ils nous donnaient, oui aussi, le traitement qu'ils allaient lui faire, mais tous les noms… On leur disait oui, on les suivait quoi, on les contredisait pas et puis… et puis voilà quoi ! C'est après, quand on en reparlait on se disait : mais elle a eu un sacré traitement. Maintenant, les séquelles qu'elle peut avoir, les conséquences…*

Madame A. raconte un événement important qui s'est déroulé en début de traitement : elle se fait « engueuler » par un interne. Cette « remise à sa place » est décisive pour la suite, elle l'informe sur les risques que représente le fait de montrer que l'on est incapable de comprendre ce qui se dit et de poser des questions lorsque l'on n'est pas « armé » pour cela. Cette façon de ne pas « tout » comprendre implique nécessairement le sentiment de ne pas avoir accès à « toute » l'information et donc le doute sur ce qui lui est « caché ». Dans tous les cas, même si tout est dit, au sens médical du terme, tout n'est pas compris, donc c'est un peu comme si un médecin expliquait à quelqu'un ce qu'il va faire en utilisant une langue étrangère.

Comme les couples que nous avons étudiés en début de chapitre, Madame A. a demandé, très tôt, à avoir des informations sur les chances de guérison de sa fille. La façon dont elle décrit aujourd'hui le refus qui lui a été opposé n'a pas déclenché de conflit parce qu'elle a accepté rapidement de changer de place :

> *Après je sais plus… donc on a vu le docteur X, qu'on a revu, qui nous a bien, soutenus aussi… et après c'est Madame Y qui a, qui a des protocoles… Enfin ils ne disent pas au début, enfin ils ne peuvent pas le dire non plus c'est-à-dire que NOUS, ce qu'il y a c'est que les parents voudraient, on est… voudraient savoir enfin moi je sais que je voulais savoir tout de suite s'il y avait une chance de s'en sortir ou pas. Où on en était ? Ca c'est pas, c'est pas facile à dire quoi, dès le début. Après on l'a su, bien plus tard ! Mais sur le début, c'est normal qu'ils le disent pas quoi ! Comme elle (le médecin) m'expliquait aussi, on sait pas devant quels parents on est ! On connaît pas les parents au début, on sait pas comment ils peuvent le prendre, si on peut être direct ou pas direct. Moi j'avais besoin qu'on soit direct, me dire dès le début. Mais ça… dès le début je comprends qu'ils peuvent pas… […]*

Madame A ne raconte pas vraiment ce qui s'est passé, mais dans ce flou, lui revient en mémoire ce que l'on comprend ensuite comme ayant été marquant pour elle. Elle ne s'autorise pas à revendiquer elle-même l'information, elle a besoin de renforts et convoque « les parents » pour être un peu plus assurée par un NOUS. Elle raconte, un peu à l'envers, qu'elle n'a pas eu l'information tout de suite et, sans doute parce qu'elle a demandé pourquoi on la lui avait cachée, « on » lui a expliqué.

Dans son récit, les parents deviennent des « ils ». Elle doit, pour accepter d'être mise à l'écart de l'information, se mettre du côté des soignants, « les comprendre » et regarder alors ses pairs comme des autres dont on ne sait rien. Dans la mesure où elle a pu obtenir une information plus tard, un peu comme une gratification méritée par son « bon » comportement, elle semble accepter une situation qui, chez elle, ne déclenche pas de conflit

avec les médecins, mais plutôt une dévalorisation de sa capacité à juger par elle-même de la situation. La seule solution possible, pour ne pas entrer en conflit, est donc de se mettre à la place des médecins, de tenter de « les comprendre ».

Enfin, elle témoigne aussi de l'isolement dans lequel les parents se trouvent au cours de la maladie de leur enfant. Alors que toute une institution, apparemment solidaire et soudée, professionnelle et experte, prend en charge leur enfant, ils se trouvent quasiment « seuls au (dans ce) monde » et sans aucune référence sur laquelle s'appuyer. Ainsi, le « parent » qu'ils doivent être est seulement déterminé par l'attitude des soignants à leur égard, sans accès à un collectif de parents passés par la même épreuve et auquel ils pourraient s'identifier. Il est, à ce sujet, intéressant de constater que les associations de parents s'organisent en général à l'issue de la maladie, mais sont relativement peu présentes au moment même du traitement[309].

> *Moi ce que j'avais aussi besoin dès le début, euh, en fin de compte… je sais pas si ça aurait été bien mais… dès le début j'avais envie… comment… j'aurais eu envie d'être en contact avec des parents qui avaient eu exactement la même maladie. C'est-à-dire un… une tumeur musculaire comme Aline. Savoir, ça aurait peut-être pas été forcément bien j'en sais rien, mais dès le début… parce que… »*

De même qu'au sujet de l'information pronostique, Madame A. navigue entre le « je sais ce dont j'avais besoin » et « je ne sais pas si ça aurait été bien », son jugement sur ce qu'elle ressent est revu par les normes des soignants et passe à un registre de valeur morale, celle qui dicte le « bien » et le « mal ».

La position des parents durant le traitement de leur enfant, et tout particulièrement à l'entrée dans la maladie, éclaire une grande partie des difficultés ressenties lorsque la prise en charge oncologique s'arrête. À partir de ce moment-là, ils ne sont plus sous le regard de l'institution soignante et se retrouvent à nouveau seuls à gérer cet enfant changé, fatigué, diminué mais aussi prématurément mûri, qui leur revient.

### *Ce qui « reste » du parent*

Parmi les réactions très partagées par l'ensemble des parents que nous avons rencontrés, le traumatisme de la fin des traitements prend une place de choix. Il semble d'ailleurs qu'une des principales motivations pour accepter l'entretien était de faire savoir ce qui s'était passé après les traitements, et surtout pouvoir dire, ailleurs qu'à l'hôpital, ce qu'ils ont vécu. Ils

---

[309] En étudiant les situations conflictuelles entre parents et soignants en oncologie pédiatrique, Gaëlle Giordano montre des mécanismes similaires : difficultés de transmission d'une « information » complexe, fragilisation de la compétence parentale, conflits plus ou moins latents. Dans ce contexte institutionnel, les associations de parents semblent jouer un rôle assez faible, et même jouer contre les parents si ceux-ci « menacent l'équilibre coopératif avec le service ». Giordano G., « Les « clashs » parents/soignants en oncologie pédiatrique … », *op.cit.*.

mettaient visiblement dans cette enquête des espoirs de changement et de prise en compte de ce paradoxe qu'ils ne trouvent à exprimer nulle part : la fin des traitements est très difficile à supporter.

Ces difficultés ressenties par les parents sont pourtant connues, puisqu'elles ont été très précisément étudiées par Danièle Brun, à la fin des années quatre-vingt. La psychanalyste a bien décrit la souffrance des parents devant la guérison de leur enfant, révélant un moment parfois aussi douloureux que l'entrée dans la maladie : « Pourquoi, après avoir déployé, de part et d'autre, des efforts considérables pour parvenir à supporter la maladie, deviendrait-il si douloureux, si difficile d'y renoncer ? »[310]. L'interprétation de Danièle Brun permet de comprendre que des mécanismes psychiques inconscients, activés à l'occasion du risque de mort de l'enfant, ne puissent s'apaiser à la seule faveur d'une annonce de « guérison ».

Notre parti pris, qui n'est pas contradictoire, est d'interroger ces mêmes difficultés qui nous ont été rapportées, à partir des conditions sociales dans lesquelles se met en œuvre une guérison, c'est-à-dire un retour vers cette « vie normale » à laquelle chacun a tant rêvé durant les mois de traitement. Nous reviendrons plus loin sur les différentes manières de mettre en mot ces traumatismes, d'autant plus que, sur certains aspects, les parents ne se distinguent sans doute pas beaucoup d'un certain nombre de malades, qui vivent, pour eux-mêmes, l'arrêt des traitements, ou même les retours à la maison entre plusieurs hospitalisations, avec une forte angoisse[311]. Les parents sont cependant dans une situation un peu différente, du fait même de cette mise à mal de leur parentalité qui a accompagné le diagnostic de la maladie et le traitement de leur enfant.

Nous revenons alors à Madame A., qui a bien expliqué ces difficultés, d'une façon toujours aussi claire : ce qui *ne sort pas* l'empêche de *s'en sortir*.

> Q : Alors là, comment ça se passe après ? C'est quoi les phases que vous avez…
>
> *Ben après… Euh… Quand c'était terminé, ben là ça retombait et après c'est, enfin moi je revivais aussitôt après… J'avais le manque en fin de compte, le manque de l'hôpital le manque de contact avec les, des parents d'enfants malades quoi. C'était ce manque-là. Je me trouvais en fin de compte, incomprise partout, que je pouvais pas en parler.*
>
> Q : Vous vous sentiez interdite d'en parler ?
>
> *Oui ! ben, au début… oui, si. Après si, parce que, j'avais l'impression que les gens bon ben, elle allait mieux elle allait mieux. J'avais l'impression de gêner, d'embêter, d'en reparler, pourtant les gens, ils me disent : mais si tu as envie d'en parler t'en parles !*
>
> Q : Vous pensiez que vous n'aviez pas le droit ?

---

[310] Brun D., *L'enfant donné pour mort*, op. cit. p. XII.

[311] La difficulté du retour à la maison est rapportée, à partir d'histoires différentes, par les chercheurs qui ont travaillé sur cette maladie, Cf. Ménoret M., *op. cit.* et Bataille P., *Un cancer et la vie, les malades face à la maladie*, Balland, Paris, 2003.

> *Pas le droit et puis oui… pas besoin d'embêter les gens avec ça parce que tous les gens, enfin chaque personne a ses problèmes personnels quoi. Donc j'avais l'impression de gêner. Donc je m'interdisais, je parlais pas comme je voulais.*
>
> Q : Et donc ça restait ?
>
> *Oui, voilà. Et moi si ça reste ça va pas il faut que ça sorte. Je m'en suis toujours sortie d'ailleurs pendant sa maladie parce que j'en parlais beaucoup à l'hôpital ou… Mais après là ça a été plus dur parce que, parce que je pouvais pas, ça restait en moi et, donc je pensais je pensais je pensais, mais ça, je pouvais pas le sortir.*
>
> Q : Et vous avez pensé participer à des associations ?
>
> *Non. Ben je savais pas…*
>
> Q : Il y a des associations de parents d'enfants malades…
>
> *Ben, après je savais pas… Non je me suis pas assez renseignée, à part que je voulais justement à, essayer de rendre service par rapport aux hôpitaux. Après j'ai repris à travailler donc j'avais mes journées bien complètes et… mais c'est vrai oui, non, j'ai pas cherché mais… j'en aurais eu besoin.*
>
> Q : En fait vous avez repris tout de suite, bien sûr, et puis elle, elle a repris sa vie, et en fait c'est là où quelque chose ne reprenait pas quoi !
>
> *Voilà ! Il me manquait, il me manquait quelque chose quoi. Hum. Donc quand je travaillais ça allait, ça allait bien quoi. Ben, je le montrais pas hein, pour ça personne ne voyait, mais moi je… j'aurais eu… je pensais énormément… Si j'étais à rien faire, enfin si j'étais pas très occupée avec d'autres personnes ou, à rien faire et bien voilà, c'est ce qui revenait toujours dans la tête quoi. Je revoyais tout ce que j'avais vécu, et voilà et que j'avais quand même eu de la chance mais, ça revenait tout le temps.*

Ce riche extrait aborde plusieurs thématiques. La première est celle du « manque », lequel apparaît « en fin de compte ». Un manque qu'elle exprime comme un manque de parole et un manque « d'hôpital », mais qui apparaît aussi en miroir de cette sorte de paix qu'elle ressent en milieu hospitalier. Le manque est aussi une perte, celle d'un environnement, qu'il faut comprendre comme un milieu sécurisant, où les mots certes peuvent « sortir », mais entre soi, surtout, personnes du « même monde ». Ce n'est pas pour autant que le monde médical lui soit familier, comme elle le dit souvent, mais celui de l'hôpital, comme institution ayant pallié sa déficience maternelle. C'est le contraire de ce qui peut être audible de l'extérieur, parce qu'elle pourrait sembler nostalgique de la maladie de sa fille, alors que c'est l'environnement de cette maladie, qui lui manque. Le risque de malentendu incite au silence. Elle renverse alors la problématique en se disant que ce qui serait socialement acceptable, c'est de « rendre service » dans les hôpitaux, selon l'idée généreuse de rendre ce qu'elle a reçu. Mais peut-être s'agit-il aussi d'aller chercher ce qu'elle y a perdu. Enfin, le paradoxe de ce manque est exprimé dans la dernière phrase de cet extrait, où elle dit qu'elle a « eu de la chance », cette idée qui « revient tout le temps » dès qu'elle arrête une activité, et qui peut-être, fait barrage à l'expression de son insatisfaction. Sa chance est que sa fille soit en vie, ce qu'elle a perdu en chemin a-t-il vraiment droit d'être regretté ?

Madame A. exprime peut-être plus que d'autres ce que pourtant tous ressentent, à des niveaux différents, et que l'on retrouve aussi chez les enfants, mais sous des formes plus dynamiques. Cette réaction nécessite de ne pas mettre ensemble deux niveaux d'expérience. Le premier niveau est celui du traumatisme que représente l'enfant-malade dans sa

dimension la plus brute : une douleur, une tristesse, une révolte, une incompréhension etc. Toute la panoplie des émotions est mobilisée, simultanément ou successivement, mais toujours de façon assez violente et donc éprouvante. Cet état est le plus facilement partageable avec d'autres, les bien-portants comme les malades, qu'ils soient parents ou non, dans la mesure où il fait référence à une douleur ressentie par tous à l'occasion de la maladie ou du décès d'un proche. En revanche, une autre expérience se superpose à celle-ci, qui est celle d'une privation de liberté à laquelle, pour sauver l'enfant, les parents sont censés adhérer, et qui met en péril une identité. Deux expressions de l'extrait qui suit le disent clairement : « en fin de compte » montre bien que le solde, s'il est positif par la vie de l'enfant, est aussi négatif en ce qui concerne le parent ; et la « libération » qu'elle n'obtient pas, alors que son enfant « sortant » de l'hôpital paraît, lui, « libéré »[312].

> *En fin de compte c'est un suivi après la maladie, en fin de compte, oui, une aide psychologique après oui. Pour arriver à, en parler beaucoup pour arriver à retourner dans l'autre monde en fin de compte oui. Mais, qu'on puisse se libérer en fin de compte. Parce que pendant la maladie on se libère pas hein ! on vit avec mais on se libère pas du tout ! et après finalement, tout va bien, en fin de compte c'est là que, quand l'enfant est bien, c'est les parents qu'ont besoin d'être suivis, enfin pour moi, dans mon cas ça aurait été ça.*

La question posée au départ de cette étude était celle de la nécessité de mettre en place, sur le modèle de la consultation d'annonce, un dispositif de sortie de la maladie cancéreuse. La mise en perspective, sur le long terme, des récits des personnes impliquées montre toute l'ambiguïté d'une telle question car, s'il s'agit bien de « sortie », il faut se demander : de quoi ? Est-ce vraiment de la maladie dont il faut sortir ? Car si l'enfant, médicalement, s'en sort, il semble que, dans bien des cas, une partie du parent y reste.

[312] Notons, pour l'histoire, que cette jeune fille, récemment bachelière, voudrait devenir « agent de probation », autrement dit s'occuper de la réinsertion sociale des anciens détenus.

## Chapitre IX : Autorité parentale et pouvoir médical

Pour tenter de comprendre comment les parents entrent dans cette relation dont ils semblent avoir tant de mal à sortir, il est nécessaire d'étudier la nature de l'expérience parentale au cours de la maladie de l'enfant. Ces parents inscrivent tous cette épreuve dans un rapport au monde qui la précède mais à l'occasion de laquelle ils mobilisent des dispositions particulières. Celles-ci reflètent un système de valeurs assez hiérarchisé qui conditionne les différentes postures des parents et aide à comprendre les situations d'accord, de réserve, de conflit ou de coopération entre ces deux catégories de responsables de l'enfant-malade que sont les parents d'une part, et les médecins d'autre part.

*« Je sais pas, ils savaient »*

L'exemple de Madame A. montre jusqu'à quel point le rapport au savoir médical détermine la façon dont les parents sont en mesure de négocier une place dans les décisions concernant leurs enfants. Cette femme raconte particulièrement bien que la seule attitude qui lui semblait raisonnable était d'accepter des décisions que, de toute façon, elle n'était pas apte à discuter. En contrepartie, elle garde un doute sur ce qu'on lui a dit, pensant qu'on ne lui a pas « tout dit ». Et même si ce « tout » est limité à ce que savent les médecins, le fait que ces derniers parlent en « langue étrangère » la conforte dans l'idée qu'ils n'ont pas voulu qu'elle comprenne « tout ».

Il y a plusieurs façons de se situer par rapport au savoir médical. Nous n'avons pas rencontré de parents professionnels de santé, qui auraient été susceptibles d'affronter en direct le discours médical. Monsieur et Madame E. en revanche, étaient en mesure d'opposer leurs relations aux soignants de leur enfant, se ménageant ainsi un espace de décision parental. La présence de tels « passeurs » est décisive pour la capacité des parents (et des patients) à se faire entendre, puisque les professionnels de santé sollicités dans leur entourage ne permettent pas forcément une meilleure compréhension, mais fait barrage au risque d'agression que représentent toujours les actes médicaux, paroles ou pratiques. Ces intermédiaires absorbent, en quelque sorte les premières salves de l'attaque, ils « montent au front » et permettent aux parents de s'aménager « à l'arrière » un espace relativement protégé et respecté par les soignants.

Les autres doivent composer avec ce qu'ils sont et ce qu'ils ont, sans intermédiaires. Nous avons ainsi repéré plusieurs types d'attitudes face au discours médical perçu plus ou moins comme discours scientifique. Car le « médical », toujours valorisé *a priori*, ne l'est pas forcément au regard de l'expertise scientifique, il peut même s'y opposer. Ainsi, un « bon »

médecin n'est pas forcément évalué par les parents sur l'ampleur de son savoir, qui d'ailleurs n'est pas évaluable pour tous ceux qui ne possèdent pas de culture scientifique. Un exemple de cette articulation est souvent fourni, dans les discours, par le sens que les interviewés donnent aux titres de ceux qu'ils rencontrent, ou du moins aux titres qu'ils leur attribuent. Le « professeur » n'est pas « le docteur » ou « le médecin », il est pourvu de la double qualité de savant et de pédagogue, qui lui donne cette place prestigieuse bien au-dessus, en principe, de celle du médecin de famille.

Le « professeur » de médecine fait souvent écho, dans les entretiens aux « profs » des écoles que fréquentent les enfants. Car les récits décrivent l'alternance des confrontations des parents aux deux institutions, médicale et scolaire, avec lesquelles ils doivent négocier la place de leur enfant, en même temps que leur place de parents. La similitude des scènes rapportées avec ces détenteurs de « savoirs », montre la proximité des registres symboliques sur lesquels fonctionnent ces deux institutions. S'enclenche ainsi, avec l'une et/ou avec l'autre, soit un rapport conflictuel, soit un rapport d'adhésion.

Un premier exemple d'adhésion se retrouve chez Monsieur et Madame B., qui ont bénéficié d'une information pronostique claire au moment de l'annonce de la leucémie de leur fils, alimentant leur besoin de données rationnelles. Tout au long de l'entretien, ils utilisent de nombreuses fois le verbe « savoir » sur lequel nous avons procédé à une petite analyse. Les deux membres du couple utilisent 62 fois le verbe savoir (je/on sait/savait) positivement et 68 fois négativement (je/on sait/savait pas). L'utilisation positive du verbe savoir est presque toujours conjuguée à la troisième personne, puisqu'elle concerne 56 « on » contre 6 « je ». À l'inverse, l'utilisation par la négative du pronom « je » présente 54 occurrences contre 14 du pronom « on ». Le « on » désigne ainsi un savoir toujours partagé, soit entre les deux parents, soit avec une communauté plus ou moins identifiée de personnes produisant ce savoir. En revanche, l'affirmation personnelle d'une connaissance s'affirme beaucoup plus difficilement et elle concerne surtout des événements factuels (« je sais qu'on y était allé… » ; « je sais que le médecin avait commencé à lui en parler ») ou assurés par un chiffre :

> *Lui : Et puis le poids, il faisait 35-36 kg à un moment. Je sais pas s'il est descendu encore plus bas mais je sais qu'à un moment c'est ce qu'il faisait.*

Tout ce qui est « relatif » ou qui met en cause leur jugement ne semble pas être considéré comme un « savoir » et il leur faut prendre des précautions au moment de dire les faits, comme si « leur » vérité ne suffisait pas :

> *Et on a attendu ben là ça a été assez rapide, deux jours peut-être ou trois* ***je sais pas*** *?*

> *Ils ont récupéré un petit peu, peut-être qu'il y avait un petit peu plus de, il descendait moins bas, peut-être,* ***je sais pas****.*
> *Il a posé la question alors* ***je sais pas*** *ce qu'on lui a dit ? peut-être qu'on lui a dit la vérité je sais plus !*
> ***Je sais pas*** *comment on mesure la gravité…*
> ***Je sais pas*** *si c'est encore comme ça maintenant, mais les visites étaient très limitées à l'hôpital.*

L'extrait qui suit montre enfin la façon dont ce qu'ils « savent » ou du moins sont censés savoir, — ce qui leur a été dit— agit comme un contrôle de leur récit et même de ce qu'ils s'autorisent à exprimer de leurs sentiments. Ils parlent alors du moment où leur fils a perdu ses cheveux :

> Q : C'est ce qui l'a le plus marqué lui ?
> *Elle : le plus marqué* ***je sais pas*** *si c'est ce qui les marque le plus, mais… ça l'a marqué.*
> Q : Et vous ?
> …… *(long silence)…*
> *Lui :* ***on le savait*** *! (petit rire)*
> *Elle :* ***on le savait****… c'est vrai qu'après ils ont une vraie tête de malade quoi ! c'est ça ! parce que, il avait plus de cheveux, plus de sourcils, ça le, ça le, ça signe ! la maladie en fait, c'est ça. On peut pas avoir de doute sur ce qu'ils ont. Je pense que c'est ça qui est important. Mais… pfou… ça nous a marqués…*

Il semble difficile pour eux d'affirmer une expérience personnelle qui n'est pas confirmée par une donnée générale. Cette maman sait que la perte des cheveux a marqué son enfant, mais peut-elle vraiment le dire si cette observation n'est pas une « vérité » confirmée par d'autres plus légitimes qu'elle ? Eux-mêmes, comment peuvent-ils, s'ils « le savaient », faire état du choc que représente la calvitie de leur enfant, alors que spontanément ils en parlent à un autre moment de l'interview, mais en s'appuyant sur leurs propres parents qui ont été choqués de voir leur petit-fils ainsi, qui « avait une vraie tête de malade ».

> Q : Tous les effets secondaires qu'il a eus, vous vous y attendiez, vous étiez bien prévenus ?
> *Lui : oui je crois qu'au niveau information c'était vraiment très bien fait (elle : oui oui). Et ça aide beaucoup en fait. Oui parce que les gens, on a l'impression que les gens maîtrisent bien, il y a des protocoles bien établis et tout et… avec presque une… enfin une prévision de l'avenir quoi ! (rires).*

On retrouve chez ce couple la foi dans la rationalité que décrit Pierre Bourdieu à propos des classes moyennes et qui est tout entière mobilisée à l'occasion de cette situation de mise en danger, non seulement affective, mais aussi sociale, face aux détenteurs du savoir médical.

Ce rapport au savoir a trouvé un écho favorable du côté des soignants, car ils jouent avec des cartes qu'ils reconnaissent : mise à disposition des statistiques, protocolisation de leur rôle, inclusion de l'enfant dans des essais de recherche clinique etc. Au niveau de l'école, les choses se sont toujours bien passées pour cet enfant qui, tombé malade à 10 ans, n'a redoublé aucune classe et sort aujourd'hui d'une école supérieure après un parcours brillant. Son père assurait d'ailleurs lui-même les cours de mathématiques à son fils durant son hospitalisation.

Pourtant, au moment de l'arrêt des traitements, ces parents se sont trouvés « démunis ». Un terme qu'ils utilisent à propos de deux moments clés que sont l'entrée de leur enfant dans un protocole et l'arrêt des traitements. Ces deux moments résonnent l'un par rapport à l'autre, car comme l'échec des traitements, leur arrêt est signifié par « rien », c'est-à-dire un nouveau vide.

> *Lui : Je dirais que quand il y a eu, quand on a parlé de protocole et puis de, d'échec, la première question qu'on a posée : qu'est-ce que vous faites en cas d'échec ? Et là y'avait automatiquement un protocole de rattrapage, ou autre chose, m'enfin bon… On se disait bon ils sont pas démunis, y'a toujours quelque chose, ça rassure quand même ! ça permet d'aborder le traitement, je dirais un peu plus sereinement quoi bon ! Même si on l'est pas complètement. […]*
>
> *Elle : Un moment qui est très dur à vivre, c'est la fin du traitement. Alors moi j'ai été complètement démunie !*
>
> *Lui : Oui ! Oui c'est vrai ! Et je pense que les autres c'est pareil, les autres parents, j'ai vu la même chose.*
>
> *Elle : La fin du traitement, parce qu'on est tenus par le traitement. On sait : la semaine prochaine, il va avoir, on a le papier d'ailleurs, on avait le protocole sur un papier : telle dose tel jour, lundi, mardi, mercredi euh, voilà ! Et puis, à la fin du traitement, même si on sait qu'on peut aller à l'hôpital à n'importe quelle heure, tout le temps…*
>
> *Lui : Surtout qu'y a, enfin, y'a plus grand-chose après ! Y'a plus rien presque !*
>
> *Elle : Ben Pierre n'avait rien, quoi il avait pas de traitement, c'était fini.*

Le problème est ici clairement identifié : pendant le traitement « on sait » mais après, la seule chose que l'« on sait », c'est que l'on peut retourner à l'hôpital. Le traitement leur a servi de support, leur a permis de tenir, et la fin de celui-ci les renvoie à leur incertitude.

La confiance rationnelle dans le savoir scientifique présente alors son « revers de médaille », puisqu'il crée une dépendance au savoir médical dont la fin du traitement entraîne le manque. On constate ici, comme pour Madame A., que le retour à la maison est particulièrement difficile et que ce sentiment perdure de longues années après la fin du traitement. Mais, comme elle, ils ont du mal à le dire, cela n'apparaît qu'en fin d'entretien, alors que les craintes de ne pas dire « ce qu'il faut » commencent à s'estomper.

### *« Pour lui, moi je n'étais pas… »*

Face à cette soumission à la pensée scientifique, l'expertise parentale peut se manifester en contradiction avec le discours médical. Madame A. et Monsieur et Madame B. se montrent constamment dans le doute dès qu'il s'agit de faire état d'un « savoir » qui serait le leur. Leur expertise parentale est mise à mal dans ce qui leur arrive et le savoir médical au contraire s'impose à eux, de façon plus ou moins écrasante, mais omniprésente.

Certains parents vont en revanche faire valoir leur compétence parentale dès le début de la prise en charge et se défendre pour ne pas être envahis et dépossédés par le discours médical, mais aussi pour faire reconnaître leur expertise concernant une autre forme de connaissance, celle qu'ils ont de leur enfant. Cette position ne nous est pas apparue exclusivement liée au capital scolaire ou social des personnes. Cela semble plus complexe dans la mesure où il

s'agit plus d'une cohérence de trajectoire sociale que de la position occupée par des individus. Par ailleurs, on voit ici apparaître l'impact des expériences médicales antérieures, car les parents peuvent, aussi, se construire au fil du temps une forme de compétence de parent d'enfant-malade. Certaines manifestations parfois assez violentes de la part des parents dépendent de l'attitude des soignants qu'ils rencontrent et de la place qu'ils arrivent à négocier.

Nous avons rencontré Monsieur et Madame C. en même temps que leurs deux filles, dont la plus jeune, Soizic, a été atteinte d'une tumeur cérébrale dix ans auparavant, à l'âge de 14 ans. Les parents sont employés municipaux, lui comme agent de maintenance et elle comme secrétaire. Au moment du rendez-vous, il semblait impossible d'envisager des entretiens séparés avec les différents membres de la famille, et c'est donc tous ensemble qu'ils nous ont reçues[313]. Le père (P), la mère (M) et Soizic (S) sont ceux qui parlent le plus, souvent ensemble et s'interrompent sans cesse. Mais au final, c'est un discours familial très construit qui apparaît et reflète une logique collective, y compris dans ses points de désaccord. Une force commune qui apparaît tôt dans l'entretien dont le long extrait suivant décrit l'installation, dès la découverte de la maladie, d'un épisode de conflit avec un médecin. La famille était en vacances dans le Centre de la France lorsque Soizic a présenté des troubles qui ont déclenché son hospitalisation.

> *P : C'était à A., on était à A.. Comme c'était un…*
>
> *M : (Elle le coupe) un petit hôpital*
>
> *P : Oui donc comme c'était un petit hôpital ils n'ont pas voulu prendre en charge ; ils ont eu tout à fait raison hein. Donc ils l'ont fait porter à G. (Petit silence) Parce qu'ils n'étaient pas assez qual… compétents pour pouvoir le faire donc ils ont pris la résolution pour l'envoyer là-bas. Et après à G ils l'ont prise en charge enfin prise en charge façon de parler, on est mal tombé. Si vous voulez, je me suis accroché avec le…*
>
> *M : (elle le coupe)… professeur…*
>
> *P :… professeur de là-bas qui parlait dans son langage et qui ne voulait pas parler dans le mien donc je lui ai dit très bien si c'est comme ça, si vous ne voulez pas me donner l'avis de ce qui se passe sur ma fille je ne veux pas qu'elle reste là ! (Il se racle la gorge)*
>
> *M : (Elle le coupe)… en termes médical*
>
> *P : De toute façon ils parlaient dans leur langage à eux, je leur demandais ce qu'a ma fille et… Pour lui moi je n'étais pas… Je servais à rien quoi.*
>
> Q : Vous ne compreniez pas ce qu'il disait ?
>
> *M et P : Voilà ! Quand je disais quelque chose, il se mettait en colère ! Donc j'ai dit si c'est comme ça on ne la laisse pas là !*
>
> *M : De toute façon on ne l'aurait pas laissée.*
>
> Q : C'était un cancérologue ce monsieur ?
>
> *M : Non c'est le professeur de pédiatrie.*
>
> *P : Voilà, belle image ! (il racle sa gorge) donc là on s'est mis un peu en colère et puis on l'a fait héliporter de G à T. […]*

[313] L'entretien a été réalisé par Hélène Lecompte et moi-même.

> Q : D'accord et vous étiez toujours paralysée d'un côté ?
>
> *S : Non, non, non, c'était revenu entre-temps.*
>
> Q : C'est revenu tout seul ?
>
> *S : Oui dans la nuit c'est revenu et puis après c'est là que j'ai été voir le médecin et tout qu'il m'a fait passer les… les examens…*
>
> *M : Et après à T, on est tombé là sur des professeurs, je ne me rappelle plus son nom par contre. C'est bien égal le nom, le professeur, le haut professeur. Alors là par contre très gentil (le père confirme en parlant en même temps qu'elle), là avec des mots… Pas avec des termes médicaux, que nous on comprenait et on a vraiment été très, très bien accueillis.*
>
> *P : En plus elle a été héliportée dans l'après-midi, on se trouvait à G, il fallait qu'on rentre à R (où ils habitent) pour repasser nous par R en voiture et qu'on reparte à T après. Donc ça faisait beaucoup de kilomètres donc elle a été héliportée, elle en 1 heure elle était rendue là-bas. Ils l'ont pris en charge aussitôt à l'arrivée de l'hélicoptère donc ils attendaient parce qu'ils savaient qu'ils allaient la recevoir donc ils l'ont reçue, ils l'ont prise en charge. Ils lui ont déjà passé des radios aussitôt qu'elle était arrivée mais nous, nous sommes arrivés vers les 19 heures 20 heures le soir.*
>
> *M : Oh oui 20 heures !*
>
> *P : Il était même plus de 20 heures et le professeur était là, il nous attendait. […]*
>
> *M : L'hôpital N, au service de Monsieur X, neurochirurgien.*
>
> *P : Il nous a reçus aussitôt.*
>
> Q : Et là qu'est ce qu'ils vous ont dit ?
>
> *M : Bah là ils ne savaient pas trop ce que c'était encore*
>
> *P : Ils ne savaient pas trop*
>
> *M : Ils ont fait des examens, des IRM et puis, ils se sont aperçus que bon il y avait un blocage, donc c'était la tumeur, blocage au niveau du liquide céphalorachidien qui ne s'écoulait plus. Donc ils ont fait une…*
>
> *S :…une dérivation*
>
> *M :…une dérivation externe*
>
> *P :…une autopsie.*
>
> *M :…l'autopsie d'abord*
>
> *P :…ils ont fait une autopsie pour savoir ce que c'était exactement, ils voulaient quand même la preuve par radio et par…*
>
> *M : IRM*
>
> *P : IRM, ils ont bien vu qu'il y avait quelque chose mais bon ils voulaient une certitude donc ils ont fait une biopsie. Après donc deux ou trois jours après ils lui ont fait donc une dérivation*
>
> *M :…externe*
>
> *P :…externe du liquide rachidien*
>
> *M :…pour voir comment ça s'écoulait*
>
> *P :…pour voir comment ça s'écoulait et tout et puis bon c'est là qu'ils ont déduit qu'il fallait l'opérer.*

Dans la première partie de l'extrait, on voit s'installer le cœur de ce qui va faire objet de conflit à chaque fois que l'occasion se présentera, en particulier entre le père et les autres « responsables », scolaires ou médicaux, de sa fille. L'enjeu est assez simple : il consiste à faire reconnaître sa présence, dans un contexte plutôt déséquilibré. Ainsi, comme on le remarque souvent dans les discours des interviewés, les médecins sont souvent affublés d'un « ils » qui les dépersonnalise et les met systématiquement au pluriel. Par l'emploi de ce pluriel, il s'agit plus d'exposer une représentation collective qu'une relation interindividuelle. À l'hôpital A., où la décision a été prise de ne pas garder leur fille, le « ils » prédomine. Décrivant leur arrivée à G, les soignants sont désignés au pluriel lorsqu'il exprime à la fois la

non-personnalisation et l'effet écrasant d'un groupe perçu comme dominant, et au singulier dès lors qu'il s'adresse à une personne à qui il demande de la reconnaissance : « **ils** parlaient dans leur langage à **eux**… pour **lui moi je / n'étais pas** ». Cet effet de représentation d'un groupe écrasant est renforcé par l'usage d'un titre (professeur, haut professeur) qui semble plus important, en l'occurrence, que les noms. Le « ils » renvoie en effet au « eux », c'est-à-dire à un monde clos qui ne communique qu'avec lui-même. Un titre qui est une représentation, autrement dit une image (« belle image ! ») et qui heurte les valeurs de nos interlocuteurs.

Ces valeurs s'expriment par la différence marquée entre le « professeur » et le « haut professeur ». Au-delà de sa capacité à parler la langue du profane, le « haut professeur » mérite son titre du fait de sa capacité à s'adresser à eux en particulier. Prendre en charge, attendre, accueillir, recevoir, sont autant de verbes qui n'indiquent pas une action unilatérale, mais un déplacement cette fois du « professeur » qui va vers le père et en le « hissant » à son niveau. C'est toute l'évolution du récit à partir de l'arrivée à T, où la fille et ses parents subissent le même sort, celui d'être attendus, pris en charge, accueillis, non seulement par tous (ils), mais aussi par Monsieur X, neurochirurgien, donc une personne qui a maintenant un nom.

On comprend pourquoi il faut se mettre à plusieurs pour raconter l'histoire. La dernière partie de l'extrait, suscitée par la question sur ce qui leur a été dit, est éclairante. Une première version tâtonne pour structurer le récit, jusqu'à l'usage du terme « autopsie » à la place de celui de « biopsie ». Ensuite l'histoire est quasiment reprise à zéro pour aboutir à une action plus cohérente et, au final, l'opération. C'est une forme de connaissance partagée mise en scène ici, entre un médecin qui accueille des parents profanes (mais aussi terriblement inquiets et qui sortent d'un premier conflit hospitalier), et des parents qui se saisissent de l'information médicale pour se construire leur propre connaissance de la maladie de leur fille. Celle-ci s'appuie sur les mots de la médecine, mais il est en même temps reconstruit selon une logique qui devient un « bien commun ».

L'opposition entre une connaissance scientifique, un discours médical, un savoir expérimental et une représentation profane de la maladie peut ainsi suivre des parcours très divers. Devant le « jargon », la stratégie des parents peut être, soit de jouer la compréhension afin de ne pas risquer d'entraver le bon déroulement des soins, soit de se faire entendre immédiatement afin de forcer leur interlocuteur à les prendre en considération. L'épisode conflictuel relaté au début du récit ne se reproduit plus ensuite avec les médecins. Il ne s'agit donc pas d'une posture irréductible d'agression du corps médical, mais plutôt

d'une attitude générale qui révèle l'importance du groupe familial, quelles que soient les circonstances. Dans cette famille soudée, cela prend des proportions particulières, puisque c'est un bloc, très identitaire (les deux parents sont en rupture familiale chacun de leur côté), qui se défend à chaque fois.

S'ils n'ont plus eu vraiment de conflits avec l'institution soignante, il y en eu de nombreux par la suite, avec l'institution scolaire. Les traitements des tumeurs cérébrales laissent des séquelles cognitives souvent sévères, parfois évolutives, qui rendent les scolarités difficiles, voire impossibles dans certains cas[314]. Le problème n'est pas tant l'affectation des capacités intellectuelles que la lenteur de l'exécution de la pensée et des tâches. Les enseignants, peu informés de ces problèmes, prennent mal en compte ces difficultés et, comme les médecins, peuvent camper sur leur représentation de « l'égalité de traitement » pour tous les élèves.

Plusieurs conflits éclatent donc au cours de la périlleuse scolarité de Soizic, qui n'arrivera pas à obtenir son bac. Avant sa maladie, elle était une élève brillante, qui aimait beaucoup l'école et qui voulait faire des études scientifiques. Et c'est avec un enseignant de biologie que les choses ont commencé à dégénérer :

> *S : La deuxième année (de seconde) je ne sais plus comment ça s'est passé si, (M confirme) c'était avec le prof de chimie que ça ne s'est pas très bien passé parce que il ne voulait pas… P : ouais ça ne s'est pas très bien passé avec le prof de chimie.*
>
> *S : Il ne voulait pas. (En parlant à sa sœur) C'était Monsieur X (sa sœur confirme) […] Et donc je ne sais plus comment ça s'est passé mais…*
>
> *P : Il n'acceptait pas, que… Parce que, à voir ma fille comme ça bon bah c'était ça…*
>
> *S : (elle le coupe) Il n'y avait pas que lui hein parce que, après c'était encore pire !*
>
> *M : Oui, oui mais on y reviendra après.*
>
> *P : Oui donc pour lui, on ne savait pas gérer la maladie de notre fille.*
>
> *M : C'est ce qu'il nous a dit, carrément.*
>
> *P : On ne savait pas ce que notre fille avait, on ne savait pas la gérer. Pour lui ; il était biologiste alors il savait.*
>
> *M : C'est ce qu'il nous a dit : je suis biologiste, je sais ! C'est ce qu'il nous a dit.*
>
> Q : Et qu'est ce qu'il vous reprochait ?
>
> *P : D'être trop près de notre fille parce qu'on était là au niveau du lycée pour essayer d'avoir des comment dire, des trucs beaucoup plus simples pour elle, d'essayer de rechercher à ce qu'elle ait des feuilles avec des lettrages beaucoup plus gros et tout ça. Lui ça lui a jamais plu. Lui les privilèges il en veut pas !*
>
> Q : Les professeurs vous refusaient d'avoir des…
>
> *P : Des privilèges*
>
> *S : Certains oui, pas tous. Heureusement !*
>
> Q : Et il y en a qui acceptaient ?
>
> *G : Oui, oui. J'avais une prof de français d'ailleurs c'était ma prof principale et justement essayait de mettre ça en route vis-à-vis des autres profs*

[314]Une étude menée par l'Institut Gustave Roussy montre que sur les « 105 longs survivants d'un médulloblastome traités à l'Institut Gustave Roussy, 75 % des adultes de plus de 24 ans vivent toujours chez leurs parents et 80 % ont un emploi protégé. Moins de 20 % d'entre eux ont pu passer le permis de conduire et 40 % de ces adultes ne savent pas lire ». Voir Grill J., Kieffer-Renaux V., « Séquelles neuropsychologiques des enfants guéris d'un cancer », doc. Du Département de Pédiatrie, IGR, Villejuif, France.

> *M : Et qui t'avait dit qu'il faudrait se battre contre les profs.*
>
> *G : Oui, ouais. Qui m'avait dit, voilà.*
>
> Q : D'accord. Donc en fait elle, elle essayait qu'il y ait quelque chose de coordonné et en fait elle ne pouvait pas.
>
> *G : Bah elle ne pouvait pas le faire avec tous les profs mais elle le faisait quand même avec certains. Il y en a certains qui acceptaient très bien. [...]*
>
> *P : Et encore il y en a certains qui ne voulaient pas mais qui restaient à leur place et il y en a d'autres qui ne voulaient pas et qui passaient au-dessus de notre... (Il cherche ses mots) de ce qu'on voulait nous, pour elle. Ils n'acceptaient pas que nous on l'aide autant.*
>
> *M : Voilà c'est ça !*
>
> *P : Donc ils sortaient de leur truc, pour moi ça ne les regardait pas. Comment gérer la vie de notre fille vis-à-vis de l'école parce que lui déjà en premier il n'avait pas accepté parce que je lui avais dit de toute façon les notes, peu m'importe, moi ! Ma fille veut venir à l'école c'est parce qu'elle veut faire un effort, maintenant, les notes, qu'elles soient bonnes ou pas bonnes, c'est pas le principal. Le principal c'est qu'elle aille bien et que la maladie va de moins en moins, je dis c'est tout ce qui m'intéresse. Moi je lui ai dit vous savez, vous en êtes à ce point-là je m'en fous de vous. Et ça il ne le comprenait pas ! Il ne comprenait pas que je laissais l'école de côté et que je m'occupais plus de ma fille et de sa maladie, ça il ne l'a pas compris donc c'est là qu'il nous a dit qu'on ne savait pas gérer la maladie de notre fille, qu'il était biologiste tout ça alors. Bon ça a été une fois, après elle est revenue une autre fois en pleurant donc là j'ai été le voir et je lui ai dit maintenant c'est la dernière fois !*
>
> *S : Oui c'est vrai*
>
> *P : Je lui ai dit vous, vous rentrez dans la vie de ma fille, vous lui cassez le moral parce qu'à ce moment-là et puis cette année-là, elle était dans une période où c'était vraiment, la bascule. Vous savez ce que c'est qu'un enfant de 15 16 ans qui se, qui se sent... inutile (c'est difficile à dire pour lui). Ça passe très vite la barrière (M confirme). (Petit silence) Donc nous on gérait ça d'un côté parce qu'elle nous l'a dit une fois : qu'elle servait à rien donc elle en avait marre.*
>
> *S : Ca je l'ai souvent dit*
>
> *P : Hein ?*
>
> *S : Ca je l'ai souvent dit ça. Oui (petits rires)*
>
> Q : C'est le sentiment que vous aviez ?
>
> *S : Oui*
>
> Q : De ne pas avoir de place ?
>
> *S : Non c'est pas ça mais c'est que...*
>
> *M : Elle était très bonne élève avant, elle travaillait très bien et tout d'un coup...*
>
> *S : Voilà c'est ça.*
>
> *M : Tout s'est cassé la goule !*
>
> *S : Oui c'est ça. C'est ça qui m'a fait mal quoi. La maladie, je l'acceptais pas à cause de ça. Parce que j'arrivais plus à rien au niveau scolaire et voilà. C'est vrai que moi tout ce qui était scolaire, tout ce qui était scolaire était important pour moi parce que j'aimais l'école. Et voyant que je n'y arrivais pas, ça allait pas quoi !*

Pour bien comprendre ce qui se trame dans cet extrait, il faut savoir que Soizic est une jeune fille qui ne présente, à première vue, pas de handicap physique ou cognitif. Si elle parle avec un débit un peu lent, celui-ci reste dans la norme de ce que l'on entend habituellement et seules ses difficultés à trouver ses mots et à aller au bout des explications témoignent, au fil de l'entretien, de ses problèmes. Il est difficile, en la voyant et l'entendant, de comprendre qu'elle n'ait pas pu, malgré de multiples tentatives et une grosse volonté, passer le baccalauréat. En effet, il nous a fallu un certain temps pour remarquer que ses parents, en parlant sans cesse à sa place, suppléent en fait à ses difficultés d'expression. Le déficit de Soizic est ainsi masqué par l'attitude de ses parents, dont l'insistance à prendre la parole à la

place de leur fille ne laisse d'abord percevoir qu'un rapport infrafamilial quasiment « fusionnel ». S'ils cherchent ainsi à pallier les séquelles de leur enfant, ils interfèrent dans le rapport que leur enfant entretient avec l'école et qu'ils ne partagent pas.

À travers le conflit qui oppose les parents (plus que la fille d'ailleurs, et même que la mère) au professeur de chimie, ce sont deux mondes qui se confrontent et qui reproduisent le monde d'avant et celui d'après la maladie. Soizic exprime à plusieurs reprises, comme elle le fait à la fin de cet extrait, la douleur que fut pour elle la découverte de ses déficits cognitifs qui la faisaient plonger au niveau scolaire. L'école paraît impitoyable dans ces conditions-là, puisqu'en imposant un régime commun à tous, elle ne permet pas aux enfants plus lents d'avoir leur chance. Ici, les arguments avancés relèvent d'un refus de « privilèges ». Un refus qui parfois contribue à isoler les élèves qui sont identifiés comme « tirant au flanc » par les autres s'ils obtiennent ces « privilèges », ou qui chutent scolairement. Ce décalage d'évaluation peut créer des tensions chez de nombreux enfants, surtout les bons élèves, puisqu'ils ont adhéré aux principes qui, ensuite, les excluent. Certains parents vont parfois se tourner vers l'école privée où ils rencontrent un accueil plus individualisé et empathique, pour peu qu'ils soient en mesure d'y négocier la place de leur enfant.

Au-delà de ce problème quasi idéologique, un conflit autour de la nature du savoir et des connaissances se manifeste une nouvelle fois. Les parents sont entièrement consacrés à une cause : la vie de leur fille. Les enseignants opposants sont consacrés à une autre : le niveau scolaire. Tout oppose alors ces deux objectifs dès lors qu'ils se confrontent à un enjeu commun qui est l'enfant. Plutôt que de penser ce conflit comme une confrontation d'idées, il faut ici les replacer au contraire comme des niveaux de raisonnement de nature différente. Les enseignants, représentants de l'institution scolaire, défendent les valeurs de cette institution, d'autant plus s'ils représentent des matières élitistes de cette institution (la chimie contre le Français…). La jeune fille étant elle-même très attachée à ces valeurs, ils pensent alors, en toute sincérité, œuvrer « pour elle ». La question qui se pose de leur point de vue n'est pas liée à une empathie ou une antipathie à l'égard de l'adolescente, mais plutôt à la défense d'une cohérence collective dont ils se portent garants et qui inclue la jeune fille. Plus loin dans l'entretien, c'est la même question qui se pose aux chefs d'établissements, sollicités. Le risque, à leurs yeux, n'est pas qu'une élève bénéficie de privilèges particuliers, c'est que le principe de leur ligne d'enseignement éclate. Ils sont donc virtuellement, eux-mêmes et dans leur position d'enseignants, en danger par rapport à la demande des parents. Ces derniers ne sont absolument pas dans la même position puisque le danger, pour eux, c'est la vie de leur fille, dont ils craignaient sans doute qu'elle ne tienne pas le coup face à la réalité de son inadaptation scolaire.

La façon dont les parents de Soizic suppléent aux déficits de leur fille ne les a sûrement pas servis, dans la mesure où ce mode de « maternage » est inadapté aux valeurs méritocratiques de l'école. Ce qu'ils demandent est donc « impossible », puisqu'il s'agit ni plus ni moins, d'une transgression des règles.

Le principal reproche que fait le père à l'enseignant de chimie est de « rentrer dans la vie » de sa fille. C'est très imagé comme expression, d'autant plus qu'elle est reprise au sujet d'autres personnes : « sortir de son truc », « passer au-dessus de ». Cette expression fait écho au conflit qui l'a opposé au premier « professeur » de médecine.

La façon dont ce père met en avant la vie de sa fille et la lutte contre la maladie, le rapproche en revanche d'une posture médicale. Il s'appuie sur le principe soignant, qui tend à minimiser les séquelles au profit de « la vie ». L'école, en revanche, est là pour classer et, si cette vie ne permet pas des études, elle se déroulera sans. La fonction socialisatrice de l'école ne peut supplanter sa mission classante. Le malentendu porte sans doute ici sur la question du mérite : où se situe le mérite individuel du bon élève quand celui-ci a été atteint d'une maladie grave ? De se « battre » pour survivre et pour tenter de récupérer son niveau scolaire entre-t-il dans la catégorie des mérites scolairement évaluables ?

Une autre histoire permet de poser cette question. Parmi les enfants atteints de tumeurs cérébrales rencontrés au cours des entretiens ou des consultations, un seul a eu son bac, qui faisait figure d'exception, ainsi que nous l'a confirmé son médecin. Fils d'enseignants, très soutenu par ses parents, il a ensuite fait des études à l'université et a tenté plusieurs fois son CAPES. Il refusait de bénéficier de son tiers-temps, mais il a fini par l'accepter et a été reçu. Il s'est donc vu confier une classe, mais un inspecteur de l'Éducation nationale lui a fait la réflexion qu'il était lent et pas assez dynamique. Il lui a expliqué les raisons de son comportement et l'inspecteur lui a répondu que, justement, après ce qu'il avait eu, il devrait faire des efforts et prendre sur lui. Il a rapporté cet événement à son médecin, totalement découragé…

Deux systèmes de valeurs semblent ici s'opposer, bien que relevant, l'un et l'autre, du principe du mérite individuel. Outre le capital scolaire et social des parents, c'est aussi leur aptitude à accepter les sanctions provenant de chacun de ces systèmes et à se mettre en retrait face aux normes énoncées, qui peut expliquer ces postures coopératives ou conflictuelles.

*« Elle ne vous appartient pas ! »*

Le rapport de forces qui s'exprime au moment de la maladie de l'enfant entre ses différents « responsables » s'articule donc, en grande partie, autour d'une problématique de la connaissance et du savoir : je ne sais rien donc j'adhère aux décisions de ceux qui savent ; je suis rassuré parce que ceux qui savent me le montrent en adoptant une démarche scientifique et rationnelle ; ceux qui prétendent savoir ne savent rien de mon enfant, je suis l'expert de mon enfant et demande à être reconnu comme tel, condition d'un partage de nos savoirs respectifs ; l'autorité médicale s'impose à moi, qui en sais plus qu'eux et à qui je tenterai par tous les moyens de me soustraire. Ce dernier cas de figure est, sans nul doute, le plus extrême et peut déclencher de la violence. L'histoire de Monsieur et Madame D. est émaillée de conflits incessants, puisqu'ils ont un lourd passé de « parents d'enfant-malade ». Avant même la découverte de la tumeur cérébrale de leur fille, ils avaient expérimenté cette position et avaient acquis une relative posture d'autorité par rapport aux médecins. Ils inversent sans cesse le courant des décisions, en faisant appliquer ce qu'ils décident pour leur enfant, mais la plupart du temps à l'occasion de conflits violents.

Ils racontent ainsi comment ils avaient « exigé » une opération des végétations de leur fille. Ils n'hésitent pas non plus à consulter des « personnes non-médicales », sans en informer les médecins. La survenue du diagnostic de tumeur cérébrale intervient donc dans un contexte déjà compliqué, de vives tensions entre les parents et le corps médical, qui expliquent peut-être que le généraliste comme le pédiatre classent les troubles de l'enfant au registre des manifestations psychosomatiques. Une fois de plus, les parents « exigent » un rendez-vous chez l'ophtalmologue puisque leur fille leur fait part de douleurs dans la tête, de vomissements, de vertiges et de troubles visuels. Cette fois, l'ophtalmologue détecte très vite que leur fille est quasiment aveugle et les envoie d'urgence à l'hôpital où elle est rapidement opérée.

Nous avons vu, plus haut, comment ces parents racontent l'épisode de l'annonce et le refus du neurochirurgien de leur faire part de données pronostiques concernant leur enfant. La suite de leur récit est structurée sur le mode de la bataille :

> *Elle : Moi ce que j'avais pas apprécié c'est qu'on (silence) qu'on nous mette devant le traitement, sans nous demander notre avis. Parce qu'en fait ils ont fait une radiothérapie sur la colonne vertébrale, sans nous dire quels étaient les risques, les conséquences, alors qu'elle n'avait rien sur la colonne vertébrale en fait. Ils ont fait une radiothérapie sur la colonne vertébrale en prévention. En prévention que, la maladie éventuellement, enfin qu'il reste des poussières et que la maladie se développe sur la colonne vertébrale. Et euh après en fait, j'ai compris que… Que la radiothérapie qu'ils ont faite sur la colonne vertébrale de Laetitia, ils lui ont bloqué sa croissance à l'âge de 10 ans et demi. Donc Laetitia après ne grandissait plus, et ça on nous en a pas parlé avant. On nous a pas dit que… On nous a pas dit on n'est pas obligé de faire une radiothérapie sur la colonne vertébrale, on a le choix,*

> *Lui : Non.*
>
> *Elle : On nous a pas dit ça c'est ce que je dis.*
>
> *Lui : Ah oui, oui*
>
> *Elle : On nous a pas dit ça, on nous a dit, il y aura ça, il y aura ça, il y aura ça. Mais je trouve ça un peu dommage parce que je pense qu'on est les parents et qu'on est autant concernés qu'eux, en ce qui concerne notre enfant. Et on n'est pas, je sais pas moi un bout de bois, un meuble à qui on dit c'est comme ça c'est pas autrement quoi. Parce qu'ils auraient pu, j'aurais au moins aimé qu'on nous dise, bon on a tout enlevé, il reste peut-être des poussières, c'est ce qu'on nous a dit, il reste peut-être des poussières c'est pour ça qu'on va faire une chimio et une radiothérapie, et j'aurais aimé qu'on nous dise bon maintenant, on se demande s'il faut faire sur la colonne vertébrale ou non parce qu'il y a un risque éventuellement que ça puisse se développer sur la colonne vertébrale, est ce que vous pensez… Nous on pense qu'il faut le faire, est-ce que vous êtes d'accord, qu'est-ce que vous en pensez ? Prendre notre avis quoi, quelque part, nous considérer en tant que parents.*
>
> Q : Oui. Le faire en collaboration avec vous.
>
> *Elle : Voilà. Non ça n'a pas été du tout ça, tout nous a été imposé. On nous a rien dit ! À un moment donné Laetitia, à la troisième… je crois qu'elle a dû avoir 5 chimios un truc comme ça. À la troisième je crois, Laetitia se retrouve en… Comment ils appellent ça une… aplasie non ? Enfin, elle n'avait plus du tout de plaquettes.*
>
> Q : Oui, en aplasie
>
> *Elle : En aplasie oui c'est ça. Et que là, on comprend le risque, on savait pas non plus qu'il y avait un risque. On comprend que, étant donné sa numération de plaquettes, elle a un risque d'hémorragie interne, donc il faut faire une transfusion tout de suite. Heu… Et que c'était lié à la chimiothérapie. Et j'ai compris en fait à ce moment-là, que, sur les enfants on tape très fort en chimiothérapie pour éviter de, enfin pour prendre le minimum de risques en fait hein. D'un certain côté, parce qu'on en prend de l'autre côté quand même. L'aplasie c'est quand même un risque, enfin moi je considère que c'est un risque, et ça, on ne nous dit rien ! Et quand on revient pour la… Ça devait être l'avant-dernière chimio, quand on revient pour la dernière chimio, je me fâche ! Je dis au médecin, je lui dis : je vous interdis, de faire une chimio aussi forte que la précédente, parce que d'un côté vous soignez la maladie, mais de l'autre côté vous prenez le risque qu'elle fasse une hémorragie, imaginez qu'elle meurt d'une hémorragie ! (Silence) De quel droit vous vous permettez de prendre ce risque ? Sans nous en parler ! de quel droit ? Elle ne vous appartient pas ! Elle m'appartient pas non plus, mais j'ai le droit quand même de le savoir, et de prendre, de choisir avec vous, de choisir ensemble.*
>
> Q : Comment ils réagissent quand vous dites ça?
>
> *Elle : Bah on est des cons !*
>
> *Lui : Mal, mal, on n'est pas apprécié.*
>
> *Elle : On est des emmerdeurs, qui posent trop de questions, on n'est pas du tout appréciés. Alors ils ont fait moins fort quand même. J'ai dit : je vous préviens je veux voir le professeur, le grand professeur, je veux voir quelqu'un, mais je vous interdis de commencer la chimio sans que je sache ce que vous allez faire et pourquoi et comment. Et donc là ils ont fait moins fort. Mais j'ai été obligée de me fâcher.*
>
> *Lui : Ou ils ont arrêté un jour avant je sais plus comment ça s'est passé…*
>
> *Elle : Oui mais ils ont fait moins fort mais j'ai été obligée de me fâcher pour avoir, être entendue, c'est pas normal. Et qu'on ne nous dise rien, c'est pas normal ! On est des êtres humains quand même.*
>
> *Lui : En fait il y a un protocole et puis…*
>
> *Elle : Mais le protocole c'est eux qui le fixent, c'est eux qui le choisissent le protocole.*
>
> *Lui : Ce qui est inquiétant en fait ce qu'il y a de plus inquiétant par rapport à ce protocole c'est qu'on… On comprend très vite que… ça correspond à… à comment dire, ça correspond à un schéma ponctuel, de, médical mais que eux ne le maîtrisent pas à 100 % quoi ! C'est ça qu'est le plus dur. Et qu'en fait…*

Cet extrait montre comment les parents identifient les différents acteurs au regard de leur rôle autant que de la nature des relations qu'ils entretiennent avec eux. Ainsi, parfois les individus sont nommés par leur nom, parfois par leur position, mais souvent ils ne sont pas identifiés. Au démarrage, le père a besoin que soient nommés « les coupables », puisqu'il cherchait les noms des personnes présentes lors de la consultation d'annonce. L'ascendant qu'ils tentent de prendre sans cesse sur le corps médical les conduit à en parler différemment

des autres parents : contrairement à Madame A., ce n'est pas « ils » qu'ils ont en face, mais : le professeur, l'interne, l'infirmière, et s'ils globalisent, ils utilisent plus facilement le « on » que le « ils », cassant ainsi la multitude pour isoler les individus. En revanche, il y a très peu de « on » ou de « nous » utilisés pour décrire ce qu'ils font, eux. Ils s'expriment chacun leur tour, et disent « je », parlent de l'autre ou à l'autre. Leur principale bataille se situe donc sur un terrain qu'ils ne veulent pas lâcher et sur lequel ils sont en guerre permanente, induisant sans aucun doute un rapport d'emblée agressif avec l'ensemble du personnel (on n'était pas appréciés…).

Mais quelle est la nature de l'autorité ainsi devenu objet de lutte ? Celle-ci se repère à deux niveaux. Le premier est celui, toujours, que légitime la science. Eux doivent « savoir ». Or, le premier aveu du médecin, on s'en souviendra, fut de dire « je ne sais pas » concernant les chances de survie de leur enfant. Ensuite, le doute va progressivement s'installer : et si on faisait plus de mal que de bien à notre enfant ? Plus loin, le père raconte qu'après avoir changé de ville, il a demandé le dossier médical au service. Dossier qu'on ne lui a jamais transmis, après lui avoir d'abord annoncé qu'il fallait « le nettoyer ». Pour lui aujourd'hui subsiste l'ultime doute : est-ce que ma fille avait bien un cancer ?

Le deuxième niveau de l'autorité médicale, ici ébranlé, touche à la fiabilité de la parole médicale. On a vu que, pour Monsieur et Madame B, la confiance dans la stabilité des protocoles était un gage de compétence de l'équipe. De même, lorsque Monsieur et Madame D s'aperçoivent que les protocoles ne sont pas aussi rigides qu'il n'y paraît, ils doutent encore plus de la compétence des soignants. Ces épisodes sont intéressants en ce qu'ils soulèvent la question des conditions de l'erreur médicale. On le voit dans chaque entretien, les seules collaborations qui semblent possibles se nouent autour d'une même représentation de la maladie : représentation médicale ou du moins scientifique qui s'oppose à une représentation « profane » qui n'est pas source de conflit lorsqu'elle s'avoue d'emblée comme une représentation mineure, sans utilité dans la lutte contre la maladie. À partir du moment où les parents se posent en rivaux des médecins, ces derniers peuvent être tentés de répondre par la passivité : « Vous savez ? Et bien ne venez pas me chercher ». Ils continuent bien sûr les traitements, mais en diront encore moins. L'engrenage peut être rapide et une mauvaise interprétation par le corps soignant entraîne des défauts d'information et de prise en compte de l'avis des parents. Il n'y a pas d'attitude plus insupportable pour un grand nombre de médecins que l'attitude revendicative, qu'ils évoquent souvent pour illustrer un aspect négatif de l'évolution de leur métier. Peu arrivent à comprendre ce que signifie cette agression.

Madame D., à un moment, s'autorise à inverser le rapport d'autorité et s'impose comme « donneur d'ordre » au corps médical. Elle le fait et semble avoir gain de cause, mais sa victoire détruit chez elle la confiance qu'elle mettait dans ces protocoles apparemment indiscutables et qu'elle découvre finalement malléables.

Ces relations conflictuelles ne sont pourtant pas des fatalités puisque, après un déménagement, ils sont suivis par une autre équipe. Le premier geste que fait alors le médecin qui prend en charge leur fille est de leur confier le dossier de leur enfant. Un geste qui eut une grande portée symbolique pour eux, mettant fin à des conflits incessants et leur permettant de poursuivre aujourd'hui, plus apaisés, ce qui reste un « parcours du combattant ».

*« Compliance » et « résilience » sont-ils incompatibles ?*

Il faut alors revenir à l'épisode de l'annonce et discuter du concept de « profane » et de sa pertinence, tant pour rendre compte des rapports qui s'établissent entre les patients, leurs proches et les médecins, que pour tenter de comprendre en quoi ce concept éclaire celui de « professionnels ».

Il y a plus de vingt ans, Alicia Kaufmann décrivait les problèmes surgissant à l'occasion de la découverte d'un cancer, autour de l'annonce de la maladie[315]. La question qui se posait alors était de savoir s'il fallait ou non « dire la vérité » aux malades. Un dilemme qui n'était pas tranché, et qui semblait reposer sur la capacité du médecin à assumer le dévoilement d'une mort possible, son incertitude quant aux résultats des traitements autant qu'à la réaction des malades. À l'époque, les cancers étaient certes plus souvent mortels, mais surtout ils n'étaient pas systématiquement nommés. Tous les médecins rencontrés lors de notre étude nous ont dit que le diagnostic est toujours énoncé aujourd'hui auprès des patients et cette information est d'ailleurs inscrite dans la loi, comme une obligation. Cependant, les questions qu'aborde Kaufmann ressemblent beaucoup à celles qui sont soulevées au sujet de l'information pronostique, comme si l'on assistait à un déplacement du problème. Selon l'auteur, le « besoin de savoir » est associé chez les patients à la nécessité d'inscrire dans le temps ce qu'ils vivent. L'annonce d'une maladie modifie à la fois la perception du passé et celle de l'avenir, le savoir permet donc de s'inscrire autrement dans le présent. Autrement dit, cette annonce, quelle que soit l'issue de la maladie, modifie la position de chaque individu dans sa propre vie en transformant une trajectoire. Dans ce sens, elle est forcément perçue en fonction de ce que chacun a déjà réalisé, de ses propres ressources, de ses projets aussi.

[315] Kaufmann A., « Les malades face à leur cancer », dans Aïach P., Kaufmann, A., Waisman R., *Vivre une maladie grave*, Méridiens Klincksiek, Paris, 1989, p. 27-114.

L'incertitude, souvent avancée par les médecins pour retenir l'information, est sans doute pourtant ce qu'ils pourraient au mieux partager avec les patients puisque ces derniers sont aussi dans cette incertitude, à la fois au sujet de ce que signifie la maladie, de ce qu'impliquent les traitements et bien sûr de leur issue.

Penser l'attitude des patients et de leurs proches comme une attitude « profane » présente le risque, semble-t-il, d'acter la domination de la représentation médicale et scientifique de la maladie comme une représentation « vraie », substituable à une représentation « fausse » car « profane » ou pire, à l'absence de représentations. Mais on peut aussi s'appuyer sur le long terme pour regarder comment ces confrontations prennent place et sens pour les individus. On peut caractériser deux populations extrêmes : des parents « observants », c'est-à-dire obéissants, respectueux, compliants et se présentant comme des collaborateurs efficaces des décisions médicales ; des parents opposants, en conflit plus ou moins ouvert avec les médecins, contestant leurs décisions, ayant recours à des thérapeutes alternatifs, réclamant des comptes et se présentant alors comme les « rivaux » des soignants. Certes, on trouve des cas intermédiaires, mais on peut retenir ces deux positions comme des types marquant les relations entre médecins et parents.

La compliance parentale peut être une compliance d'adhésion[316] (le parent « croit » à la puissance médicale) ou de domination (il ne « fait pas le poids »). Dans les deux situations, il abdique en tant que parent et se met dans une position de profane qui « ne sait pas ». Qu'on lui donne ou non l'information ne change pas son attitude, il est compréhensif envers les médecins dont il présuppose *a priori* le « bon » comportement. Des conflits peuvent certes éclater, mais sans agressivité de part et d'autre, ils peuvent se résoudre. Bref, ces parents peuvent être décrits par les soignants comme ceux qui, non seulement ne leur posent pas de problème, mais aident au traitement. On pourrait croire que cette collaboration s'est faite parce que les parents ont accepté d'intégrer le point de vue médical à leur point de vue parental, sous une forme agrégative : un « plus ». Or, de longues années après, ces parents ne semblent toujours pas « résilients ».

On peut s'arrêter sur ce concept, développé par Boris Cyrulnik[317] et qui vise à rendre compte des mécanismes par lesquels, à la suite d'un traumatisme, les individus peuvent se

---

[316] Une sage-femme, étudiant dans son mémoire de fin d'études les représentations médicales et profanes de la grossesse, a eu cette idée ingénieuse de parler « d'adhérence » au lieu « d'adhésion ». Par l'utilisation métaphorique d'un terme médical, elle marque ainsi la différence entre une communauté de savoir (l'adhésion) et un collage au discours dominant (l'adhérence). Cf. Ceuignet M., *La médicalisation de l'approche profane lors de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches*, Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme, Université de Nantes, 2010.

[317] Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999, p. 13.

« tricoter » un nouveau rapport au monde. L'impact de ce que Cyrulnik nomme les « milieux écologiques », et qui sont l'ensemble des possibilités offertes, à un moment donné, à un individu, pour recouvrer une parole, et donc son identité (son « je »), est déterminant. Il montre l'effet dévastateur d'une parole interdite autant chez les enfants déportés que chez les enfants malades, mais aussi l'énorme capacité de reconstruction qui devient possible dès lors qu'ils trouvent dans leur entourage à nouveau cet espace de parole.

Dire que ces parents « compliants » ne sont pas « résilients » est peut-être un peu rapide, mais attire l'attention sur des mécanismes qui relèvent de dispositions différentes, alors qu'il s'agit d'attitudes attendues successivement chez les parents. Ils doivent d'abord se montrer coopératifs et ensuite, savoir « tourner la page ».

Pourtant, plus les parents semblent armés pour affronter l'autorité médicale, moins ils semblent désarmés par la suite. Inversement, la soumission à cette autorité entraîne des fragilités identitaires laissant les parents plus démunis à la fin des traitements. Quelles que soient les conditions psychiques du traumatisme, il semble que les circonstances sociales de l'événement et les rapports de force qui s'y jouent tiennent un rôle non négligeable dans la façon dont ils « s'en sortent », à leur tour. Ce qui, au cours de la maladie de l'enfant, apparaît comme un « plus », semble se changer en un « moins », à l'issue de celle-ci. Cette observation, très partielle évidemment, concorde avec les résultats d'études réalisées auprès d'anciens détenus, en particulier aux États-Unis et au Canada. Ces enquêtes montrent que les détenus les moins obéissants et les plus rebelles en prison sont ceux qui se réadaptent le mieux à la vie extérieure, ce qui explique en partie un taux de récidive paradoxal chez les prisonniers, tendant à montrer que plus un détenu cherche à échapper à la détention (par transgression des règles ou même par tentative d'évasion), moins il récidive une fois libéré[318].

Car ce qui semble s'inscrire dans le long terme, chez ces parents, c'est leur identité en tant que parent inscrit dans une histoire à la fois familiale et sociale structurante. En apprenant la maladie de leur enfant, cette identité est menacée, parce qu'elle n'est plus inscrite dans le rapport qu'ils entretiennent avec leur enfant, c'est comme si le lien de filiation se rompait. Pollak a décrit ces processus à travers l'étude qu'il a menée auprès de femmes déportées dans les camps de concentration. Il montre que le bouleversement de cette expérience sur « les trois moments de l'identité : l'image de soi pour soi (autoperception), celle qu'il donne à

[318] Combessie P., *Sociologie de la prison*, La Découverte, Paris, 2004, p. 100. L'auteur cite Jacques Laplante : « En prison, plus un détenu s'intègre au milieu étrange qu'ils forment, lui et ses codétenus, moins il est disponible pour une réinsertion sociale dans la société commune ».

autrui (représentation) et celle qui lui est renvoyée par les autres (hétéroperception) »[319] relève à la fois de logiques internes, mettant en cause le sujet et d'une logique externe que peut appréhender la sociologie. La possibilité de pouvoir entretenir des liens, réels ou même imaginaires avec le « dehors » contribue à la conservation d'une identité sociale qui aide le déporté à retrouver une place à sa sortie. On constate le même processus chez ces parents, dans la mesure où la possibilité de se sortir, ne serait-ce que par la contestation ou par « désobéissance », de la logique institutionnelle imposée par les soins leur permet de conserver une position parentale sur laquelle ils pourront ensuite s'appuyer pour poursuivre leur histoire avec leur enfant. En revanche, l'abandon du jugement parental, qui s'accompagne de la dépréciation de leur rôle au moment des traitements, peut priver durablement ensuite les parents d'une identité qu'ils cherchent désespérément dans les hôpitaux.

Revendiquer un droit à la décision, c'est tenter de conserver une autorité parentale, quelle que soit la réponse obtenue. Sur le long terme, on pourrait dire que c'est « payant », d'un point de vue identitaire, mais c'est aussi épuisant dans la mesure où cela mobilise des forces que, justement, ils ne peuvent plus déployer pour d'autres aspects de leur vie, professionnelle ou privée.

[319] Pollak M., *L'expérience concentrationnaire*, *op. cit.*, p. 276.

## Conclusion de la quatrième partie : L'ordre de la négociation profane

Ces observations nous conduisent à interroger cet espace dit de « négociation » entre patients et soignants, cet « ordre négocié ». C'est à partir du constat de la capacité des patients et de leur famille à infléchir les pratiques soignantes, que Strauss a développé ce concept, qui s'oppose au principe de passivité selon lequel Parsons étudiait la domination du patient face à l'autorité médicale. Cette négociation peut certes s'observer si l'on extrait l'activité médicale des autres activités sociales, c'est-à-dire si l'on considère comme « un tout » ce qui se passe au sein d'un service hospitalier. De même, les patients et leurs familles sont des « profanes » si la référence est le travail des professionnels. C'est le parti pris de Cresson lorsqu'elle écrit : « quand il s'agit d'en confier la responsabilité aux profanes, les professionnels insisteront sur leur proximité avec les activités profanes, voire leur aspect « naturel », spontané ; quand il s'agira de défendre la professionnalité des agents, on insistera sur la transformation que la professionnalisation a opérée sur ces tâches »[320]. La réduction du parent au profane est une assimilation à une « sous-catégorie » repérée sur le mode de la professionnalité. Mais que dire alors du patient ? Ne perd-il pas, par la maladie et justement le qualificatif de « patient », cette identité qui était la sienne avant qu'il ne tombe malade. Il ne me semble pas, et ceci pour plusieurs raisons.

Certes, les soins peuvent se « négocier », dans une certaine mesure, dès lors qu'ils peuvent être assurés par des parents ou par du personnel. Mougel a longuement décrit ces répartitions des tâches et le rôle que tiennent les parents au cours de l'hospitalisation des enfants. Dans les entretiens, d'autres formes de « négociations » ont été racontées, mais elles s'opéraient en général à l'issue de conflits. En revanche, la « négociation » semble se réaliser dès lors que des personnes d'un milieu social plus aisé sont impliquées. Le choix paraît plus vaste, mais nous le verrons plus loin, il s'inscrit toujours dans le même « ordre » et ne remet pas en cause les déterminants du choix. Pour négocier, il faut reconnaissance d'un désaccord préalable et ce désaccord, sur quoi pourrait-il porter ?

Si les soignants ne notent pas systématiquement sur les dossiers l'activité professionnelle des patients, ils la connaissent ou ils se la représentent. Autrement dit, ce n'est jamais seulement comme « malade » qu'un patient est reçu en consultation ou est hospitalisé. Son niveau social, s'il est élevé, lui vaut un traitement particulier, ou est requis pour expliquer un comportement spécifique ; *a contrario*, les médecins sont assez prompts à parler des personnes qui touchent le RMI et à leur assigner des comportements inadaptés (comme, par exemple, être surconsommateurs de soins, ne pas repérer la véritable urgence etc.…). La

[320] Cresson G., « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », *op.cit.*, p. 309.

valeur sociale des individus n'est jamais occultée par les soignants, y compris par les médecins. Les libéraux semblent, par exemple, accorder à leurs patients des temps de consultation directement proportionnels à leur niveau social[321], une donnée qui est contradictoire avec un sentiment souvent rapporté des praticiens de passer beaucoup de temps (voire de « perdre du temps ») avec ceux qui ne comprennent pas bien ce qu'ils disent. Mais cette perception doit sans doute être rapportée à des processus assez peu étudiés, que l'équipe de Pinell a montrés il y a plusieurs années à propos des circuits d'orientation des consultants d'un centre anticancéreux. Si la fréquentation spontanée de ces centres pour une consultation diagnostique est plus élevée dans les classes moyennes que dans les classes supérieures (et plus basse pour les classes populaires), la pertinence de l'orientation est meilleure dans les classes supérieures[322]. Les inégalités sociales de santé témoignent d'une part difficilement mesurable des formes de prise en charge des patients[323]. Si le « capital social » devient un indicateur pris en compte dans les études sur les inégalités sociales de santé, il est aisément réifié par les politiques publiques[324], mais plus rarement interrogé comme composant de l'efficacité du système de santé lui-même. Cette composante du travail médical, à savoir le lien entre l'impact des représentations sociales des médecins sur leurs actions, leurs diagnostics et leurs prescriptions, est très peu étudiée. *L'Evidence-Based-Medicine*, ou médecine basée sur les preuves, propose une méthode d'étiquetage selon une méthode *a priori* rationnelle, qui lui confère une « dimension naturaliste »[325]. Mais l'information relative à l'expérience du patient est déniée, sauf si elle prend un sens particulier pour le diagnostic (par exemple dans le cadre de maladies professionnelles spécifiques) et l'on se demande alors sur quoi peut porter la négociation, en dehors sans

---

[321] Une étude de la DREES montre, par exemple, que la durée des consultations varie selon la catégorie socioprofessionnelle du patient, y compris « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire chez le même médecin. Cf. Breuil-Genier P. et Gofette C., « La durée des séances des médecins généralistes », DREES, *Etudes et Résultats* n°481, avril 2006.

[322] Pinell P., Asselain B., Brossat S., Guerrieri R., « Etude sociologique des consultants d'un centre anti-cancéreux : qui oriente qui et pourquoi ? », *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale*, XXVIIème année, n°2, avril-juin 1987, p. 135-161.

[323] Un exemple assez édifiant est donné dans une étude sur la mortalité maternelle des femmes accouchant en France. Le risque de mortalité diffère très nettement selon la nationalité de la femme. Après redressement des caractéristiques individuelles, il apparaît que les femmes originaires d'Afrique Sub-Saharienne ont un risque de décès cinq fois plus élevé que les femmes de nationalité française. L'enquête, toujours approfondie, qui est réalisée à l'occasion de ces décès, montre ainsi que dans la plupart des cas, c'est la qualité des soins et de la surveillance qui est directement impliquée dans les circonstances du décès. Cf. Deneux-Taraux C., Philibert M., Bouvier-Colle M.-H., « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001 », INVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°9, mars 2009, p. 77-79.

[324] Fassin D., « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie. Analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2003, 51, p. 403-413. Extraits reproduits dans Fassin D. (dir.), « Inégalités et santé », *Problèmes politiques et sociaux* n°960, mai 2009.

[325] Dubas F., *La médecine et la question du sujet. Enjeux éthiques et économiques*, Les Belles Lettres, Paris, 2004.

doute de tâches que les uns et les autres sont en mesure de faire. Mais concernant « l'ordre » dominant, il n'y a pas de négociation.

On notera enfin que les discours relatifs à l'éthique médicale ne font jamais mention d'écarts sociaux ou culturels entre les patients et les soignants, mais plutôt de valeurs universelles que les soignants doivent porter. Ici encore, le modèle est celui de la juxtaposition, comme si un savoir venait simplement s'ajouter à un autre. Ce que nous montrent les études de médecine comme les modes de relations entre médecins et parents, c'est que ces savoirs s'opposent, et que si l'un « gagne », l'autre est affaibli. Le profane, en tant qu'ignorant, n'est donc pas celui qui voit, pense et comprend « autre chose », mais celui qui ne voit, ne pense ni ne comprend « rien ».

Comme nous le précisions en introduction de ce chapitre, le profane n'est pas le laïc et le professionnel n'est pas le prêtre. Concernant l'accès à un savoir rationnel, et tout particulièrement en médecine, l'analyse de la relation médecin-malade sur le modèle du rapport entre profane et professionnel pose la question des croyances de celui qui l'utilise. On pourrait considérer que ce modèle procède d'un méta discours où les systèmes d'experts se superposent : celui de la médecine et celui de la sociologie.

Pour étayer cette proposition, on peut se référer à la façon dont Aaron V. Cicourel décrit, à partir des systèmes experts informatiques utilisés en médecine, l'opération de recodage opérée par tout professionnel face au discours des patients :

> *« Les patients ont toujours du mal à suivre les explications du médecin et les recodages symboliques dont elles s'accompagnent, que ceux-ci restent tacites ou soient spécifiquement explicités. Si cultivés soient-ils, leur savoir ou leur rationalité ne sauraient rivaliser avec le langage médical et le système mnésique externe sur lequel tout médecin s'appuie (système de surcroît constamment réactualisé par les praticiens qui se tiennent au courant des derniers progrès médicaux). [...] Dans ces contextes, nous devons couramment faire appel à des formes de raisonnement et d'émotion qui interagissent ou s'interpénètrent, en complète opposition avec les opérations de recodage que les personnages et les procédures bureaucratiques nous forcent à affronter »*[326].

L'opération de recodage opérée par les experts et décrite par Cicourel est considérée par les médecins comme l'analyse des signes et leur interprétation (la sémiologie) dans un univers à l'évidence distinct de celui du patient décrivant son malaise. Elle permet de comprendre les multiples malentendus qui se repèrent dans toute consultation médicale, entre le praticien et son patient. La question est ici de savoir comment, en tant que sociologue, nous codons à notre tour cette information que devient l'interaction (ou la non-interaction) entre deux

---

[326] Cicourel, A. *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive.* Textes réunis et présentés par Pierre Bourdieu et Yves Winkin, Seuil, Paris, 2002, p. 84-85.

systèmes de pensée. S'agit-il d'un système profane et d'un système professionnel ou de deux systèmes correspondant à la fois des systèmes de croyance et de rationalisation ? La dualité professionnel/profane, dépossède *a priori* le professionnel de toute aptitude à l'irrationnel, au spontané, voire au surnaturel.

Une autre façon d'aborder cette distinction est d'utiliser l'effet de déplacement des représentations que provoque l'usage des techniques et des instruments en médecine. En étudiant l'effet des techniques sur les pratiques d'accouchement, Madeleine Akrich[327] n'a pas étudié des savoirs plus ou moins « profanes » ou « professionnels », mais des formes d'appropriation des événements dépendant non pas de la connaissance scientifique, mais tout simplement des usages de la technique médicale. Elle fournit un exemple intéressant à partir de la place de l'utérus comme « acteur » de l'accouchement, dans des circonstances normales en France et aux Pays-Bas. En France, l'usage abondant des instruments de mesure fournit à la sage-femme un accès direct à l'utérus de la femme, laquelle est suspendue à l'interprétation délivrée à partir des informations produites par les machines. Aux Pays-Bas, la sage-femme n'a pas d'accès direct à l'utérus de la femme, dont elle ne peut estimer l'état d'avancement du travail que par l'intermédiaire de la femme, qui lui fournit, par ses réactions et par les modifications de son corps, l'essentiel de ces informations. La sociologue montre comment l'expertise médicale outillée contribue à la fabrication des « ignorants », qu'on peut alors appeler des « profanes ». Mais la représentation de l'utérus *via* les machines n'est pas plus réelle ni rationnelle que celle de la femme qui le sent se contracter, seul le dogme change.

La distinction entre profanes et professionnels nécessite bien d'interroger le sens du sacré qu'elle implique obligatoirement. La frontière entre les deux n'est pas dans la signification du mal mais dans l'accès à cette signification, c'est l'impossibilité de franchir cette barrière qui est érigée au cours des études de médecine qui place nécessairement le profane « en dehors du temple ». Cela ne signifie pas que ces frontières ne puissent se déplacer, mais comme l'explique Kalinowski, ce déplacement ne peut pas s'opérer au sein même de l'institution, car il la remettrait en cause dans ses principes : « plus précisément, et dans la mesure où le monopole d'accès à certains écrits sacrés est devenu le symbole par excellence de la frontière séparant les professionnels de la religion et les « profanes », l'alliance avec les exclus du savoir religieux, les laïcs, est l'acte symbolique majeur que doivent accomplir les novateurs religieux »[328]. Ne serait-ce pas un programme possible, pour la sociologie, que de

---

[327] Akrich M., *Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.

[328] Kalinowski I., « Frontière du sacré et frontière du savoir… », *op. cit.*, p. 129.

tenter de déplacer ces frontières en s'attachant au dévoilement de cette frontière et aux conditions du maintien du monopole de l'accès au savoir médical ? Ce qui nécessite de s'attaquer à certains de ses tabous et de s'interroger sur l'objet réel de ce savoir.

# Cinquième partie :

# L'effacement de la guérison

---

*« Si l'on entend par guérison l'ensemble des processus par lesquels l'organisme tend à surmonter la limitation de capacités à laquelle la maladie le contraindrait, il faut bien admettre que guérir, c'est payer en efforts le prix d'un retardement de la dégradation. »*

Georges Canguilhem, *Écrits sur la médecine.*

La distinction entre le profane et le professionnel modèle les rapports qu'entretiennent médecins et malades et conditionne la pratique des professionnels, selon la façon dont ils « traitent leur sujet ». Sujet ici théorique qu'ils traitent à chaque épreuve, c'est-à-dire à chaque question qui leur est posée, mais aussi sujet pratique, puisque le traitement est avant tout une action sur les corps.

Le chirurgien est, de tous les médecins, sans doute celui qui agit de la façon la plus directe et la plus concrète, que sa main soit l'outil ou l'instrument de l'opération[329]. À l'opposé, le psychiatre devient celui qui, surtout lorsqu'il pratique la psychothérapie ou la psychanalyse, n'intervient pas directement sur le corps, même si la parole peut être comprise comme une forme de manipulation du corps. Entre ces deux pratiques, il y a tout ce que la médecine moderne apporte comme évolutions dans les méthodes thérapeutiques, chimiothérapiques, radiothérapiques, immunothérapiques, jusqu'aux modifications plus profondes de la nature humaine par la génétique et, plus récemment encore, les nanotechnologies[330]. Ces pratiques thérapeutiques agissent spécifiquement sur la personne de façon tout autant définitive que la chirurgie, avec parfois des implications sur plusieurs générations lorsque leurs effets influencent le patrimoine génétique des individus. Les mêmes techniques et produits sont d'ailleurs à la fois thérapeutiques et pathogènes, soit sous une forme combinatoire reconnue (ce que l'on appelle l'effet iatrogène) soit en alternance selon la manière dont on décrit leurs effets et leurs usages. Les mêmes substances radioactives peuvent être déclarées cancérigènes et être utilisées dans les traitements contre le cancer. Les mêmes substances chimiques peuvent provoquer la mort et l'éviter. Ce n'est pas seulement une question de dose ou de condition d'administration, c'est aussi une question de mise en visibilité de l'effet. Le traitement en médecine est une action sur le corps, ce n'est pas un miracle divin, c'est un bouleversement du corps pour pallier une autre altération du corps jugée plus néfaste encore. Canguilhem rappelle bien que la guérison n'est, d'une certaine façon, qu'une autre forme de maladie.

Les techniques de pointe les plus sophistiquées risquent de faire perdre de vue la nécessité d'interroger un quotidien médical qui est beaucoup moins extraordinaire mais qui, pourtant, évolue aussi. Le traitement médical, autrement dit ce que la médecine fait aux individus, c'est d'abord ce que les professionnels de la médecine pratiquent au nom de leur expertise. Soigner n'est pas guérir, nous rappellent souvent les médecins, dont l'obligation justement

---

[329] Car la chirurgie évolue et l'écran souvent s'interpose entre la main du chirurgien et l'instrument qui agit. Voir sur ce sujet le texte de Alain-Charles Masquelet, « La relégation du corps à corps chirurgical », dans Masquelet A.-C. (dir.), *Le corps relégué*, PUF, Paris, 2007, p. 139-149.

[330] Lafontaine C., *La société post-mortelle*. Seuil, Paris, 2008.

se limite à prodiguer des soins, dans les limites de leurs compétences, mais jusqu'au bout de celles-ci. Un des problèmes, mais aussi une des sources de richesse de l'acte médical, est qu'il repose sur une prescription mouvante : que signifie soigner aujourd'hui, hier, ici ou ailleurs ? Où se situent les limites de la guérison ? Quel est le mal à combattre ? Quelles sont les limites de l'action médicale, limites prescrites par la loi, par les patients, par l'éthique, tout autant que par la science[331].

Le prisme par lequel nous allons étudier la question du traitement médical est construit à partir d'un triple point de vue : celui d'une maladie, le cancer, mortelle sans traitement, et encore souvent avec traitement ; celui de ceux qui sont impliqués dans la maladie, ici des anciens enfants-malades, leurs parents et les médecins ; enfin celui du contexte de la « guérison », puisque le cancer est ici déclaré le plus souvent « vaincu ». Ce parti pris décale évidemment les approches plus habituelles de la maladie saisie en situation de crise. Il permet néanmoins de s'appuyer sur des événements qui se situent aux frontières de la maladie et de la mort et place la question de la guérison au cœur de l'action, puisqu'elle est à la fois enjeu de vie et enjeu de mort.

[331] Le Bodic C., « Proscrire, prescrire ou « Les modes médicales » », conférence introductive aux journées *Proscrire, prescrire, présence d'enjeux non-médicaux dans les questions de santé*, MSH Guépin, Nantes, 23-24 novembre 2009.

## Chapitre X: Le champ de bataille

La métaphore guerrière de la « lutte contre le cancer » est omniprésente. Le vocabulaire militaire y est régulièrement convoqué : artillerie, armes, combat, dégâts collatéraux, victoire et maintenant ces « héros ordinaires » que depuis quelques années, l'INCa met à l'honneur. Depuis que la barre des 50 % de « guéris » est franchie, les représentations doivent basculer avec les chiffres : il faut inverser l'image du cancer. Celui-ci tend à être considéré comme une maladie chronique, les « survivants »[332] font l'objet d'attentions nouvelles, en particulier concernant leur qualité de vie et leurs difficultés socio-économiques.

Pourquoi est-il si important d'inverser cette image ? Le rapport Grunfeld, établi en préparation du deuxième plan cancer, nous fournit quelques éléments quantitatifs de réponse[333]. Il existe une forte contradiction entre les données sur la guérison du cancer et celles sur la mortalité par cancer. Ainsi, alors que les taux de survie à 5 ans d'un grand nombre de cancers augmentent, que la probabilité de décéder d'un cancer est en baisse, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France et son incidence a augmenté d'environ 20 % sur 20 ans. S'opposent ainsi les progrès généraux de la médecine, parmi lesquels il faut noter la diminution des mortalités par maladie cardiovasculaire, l'augmentation générale de l'espérance de vie, et la survenue plus probable d'un cancer, liée à la fois au vieillissement de la population et à des facteurs de déclenchement multiples, dont tous ne sont pas encore connus. Ainsi, la réputation morbide du cancer paraît exagérée si l'on regarde les progrès dans les traitements de cette maladie, mais tout à fait cohérente avec les expériences des individus. Le renversement de l'image du cancer vise donc à mettre en avant sa possible guérison : « Lorsque le traitement s'arrête, les médecins ont encore du mal à prononcer le mot de « guérison » et lui préfèrent celui de rémission. On comprend leur prudence, mais il apparaît aujourd'hui nécessaire de dire haut et fort que l'on peut vivre après un cancer. Ce « vivre après le cancer » est un axe majeur de ce rapport car il constitue une réalité trop longtemps ignorée. De plus, les progrès thérapeutiques permettent à des malades atteints de cancers relativement évolués de vivre tout en maintenant leurs traitements. Ces malades entrent dans une phase de maladie « chronique ». »[334]

Aux États-Unis, de nombreux travaux portent sur les *survivors*, visant à mesurer leur qualité de vie, mais aussi à comprendre, le plus tôt possible, quels sont les effets secondaires des traitements. Car si l'on peut vivre après un cancer, si un cancer peut être déclaré guéri, l'effet

---

[332] Que la littérature américaine a nommé les *survivors*.

[333] Grunfeld J.-P., *Pour un nouvel élan, Rapport au président de la république, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013*, février 2009.

[334] *Ibid.*, p.7.

à long terme des thérapeutiques peut déclencher différents types de maladies, en dehors d'effets directs comme l'arrêt de la croissance en cas d'irradiation cérébrale ou des problèmes de fertilité. Ces effets peuvent être problématiques sur le long terme, même après une vingtaine d'années, alors que ces enfants sont devenus de jeunes adultes. À titre d'exemple, une des rares études réalisées en France sur les cardiopathies chez 229 enfants traités à l'Institut Gustave Roussy montre que : « à 15 ans et plus de recul, outre 24/229 patients (≈10%) ayant présenté au moins un épisode de défaillance cardiaque, les critères retenus pour définir une anomalie cardiaque sont particulièrement sévères (…) ; parmi 205 patients asymptomatiques, 65 sont porteurs d'une telle déficience (…) soit un total d'insuffisances cardiaques et d'anomalies sévères de 89 patients (≈39%) ; le recul médian est de 18 ans depuis le traitement, sans tendance à l'apparition d'un plateau pour la survenue d'une insuffisance cardiaque, la croissance semblant plutôt exponentielle de 15 à 25 ans »[335]. Cet exemple montre en fait qu'au-delà de 25 ans, ces cardiopathies n'ont jamais été mesurées réellement, et ce type d'étude ponctuelle ne permet pas d'avoir une visibilité claire des risques encourus par les enfants traités.

Enfin, le rapport Grunfeld fait une large place à la recherche contre le cancer, en particulier translationnelle, c'est-à-dire dans ses applications cliniques, avec la coopération de chercheurs en SHS et un effort accru vers l'information des patients. Cependant, la totalité des recherches préconisées concernent les thérapeutiques anticancéreuses, et aucune ne vise à étudier les effets de ces thérapeutiques. Pourtant, et cela constitue un événement dont les médias ont largement parlé, le plan cancer fait une place au « vivre après le cancer »[336]. Il y est précisé qu'il faut accompagner ces « héros ordinaires », associer les médecins traitants, les informer, maintenir un soutien psychologique et social etc. Au registre du « mieux prendre en compte les séquelles des traitements », il faut évaluer les besoins des personnes et éventuellement les aider à obtenir une reconnaissance de handicap, diminuer certains coûts de chirurgie réparatrice ou leur permettre d'avoir accès en priorité aux CECOS.

La teneur même de ce rapport nous a paru confirmer nos observations concernant, sur le terrain, les difficultés des professionnels de santé à aborder la problématique de la guérison et de ses suites, comme si, là encore, le malentendu était continuel. La guérison des uns ne semble donc pas être la guérison des autres, et les conditions de définition de ce concept varient significativement.

---

[335] Pein F., Iserin L., De Vathaire F., Lemerle, J., « Toxicité cardiaque des traitements du cancer chez l'enfant et l'adolescent : physiopathologie, données cliniques et point de vue de l'oncopédiatre », *Bulletin du Cancer*, vol. 91, numéro spécial, novembre 2004, p. S185-S191.

[336] *Pour un nouvel élan…*, *op. cit.*, p. 81 et suiv.

Nous aborderons ici la problématique de la guérison à travers quelques histoires singulières, montrant que celle-ci ne s'inscrit pas seulement dans un corps, mais selon les conditions dans lesquelles celui-ci a été (et est encore) « traité », dans ses dimensions symboliques autant que somatiques.

### *Les "héros" sont fatigués*

La campagne présentant les « héros ordinaires » n'aurait sûrement pas attiré notre attention si des anciens patients ne nous avaient pas alertés sur son anachronisme au regard de ce qu'ils vivent au jour le jour. Ces héros étaient autrefois des stars, exhibées sur les médias comme autant d'exemples de courage et de témérité, laissant entendre qu'une guérison était possible, mais peut-être aussi réservée à des êtres exceptionnels[337]. Aujourd'hui, les héros de l'INCa sont « ordinaires », et cette association antithétique de l'exceptionnel et du quotidien laisse peu de place, au final, à la déficience.

#### *Réussites objectives et séquelles subjectives*

L'étude que nous avons menée auprès de jeunes adultes ayant été atteints d'un cancer durant leur enfance ou leur adolescence n'avait aucune prétention de représentativité statistique. Il n'existe d'ailleurs pas de données permettant de bien connaître le devenir de ces enfants, s'il existe des inégalités sociales dans la mortalité des cancers pédiatriques[338], si la population que nous avons rencontrée est conforme à celle des « survivants ». Dans les limites d'une possible comparaison, notre échantillon porte sur des enfants de toutes origines sociales, mais avec une surreprésentation des catégories sociales supérieures, puisque 5 pères sur 21 sont cadres supérieurs ou professions libérales et 7 appartiennent aux catégories intermédiaires[339]. Les raisons de cette répartition restent à définir : existe-t-il une incidence différentielle des cancers pédiatriques selon la catégorie socioprofessionnelle des parents ? Constate-t-on des variations dans les taux de mortalité ? Les consultants à long terme sont-ils sursélectionnés socialement ? Il est difficile de répondre à ces questions, mais elles mériteraient d'être posées car l'incidence de l'origine sociale des enfants ne nous semble pas négligeable, autant du point de vue de l'effet et des conditions de traitement que du point de

---

[337] Une mise en scène rapportée par Pierre Aïach et alii, dans *Vivre une maladie grave, op. cit.*, « Conclusion ».

[338] Les données mettant en évidence les inégalités sociales de prévalence et de mortalité des cancers sont aujourd'hui bien accessibles. Elles montrent, dans tous les cas de cancer, des taux de mortalité inversement proportionnels aux niveaux d'études et de catégories socioprofessionnelles des patients, et des inégalités sociales en augmentation. Il n'existe pas, à notre connaissance, de semblables études concernant les enfants atteints de cancer.

[339] Ces deux catégories représentent ensemble, dans les Pays de la Loire, un tiers de la population active en 2005, selon l'INSEE.

vue des conditions de suivi. Tant que l'initiative reste individuelle et que l'information n'est pas recherchée, certains mécanismes resteront dans l'ombre.

Il nous est difficile aussi de savoir lesquels, parmi les enfants « guéris » d'un cancer, se rendent à cette consultation. Ils sont tous convoqués, mais tous ne viennent pas et certains, évidemment, ont changé de région. Là encore, comme il n'existe pas de suivi systématique organisé dans le pays, ces patients-là « disparaissent ». Il apparaît donc probable que la population que nous avons interrogée se caractérise par une stabilité géographique, familiale et sociale relativement élevée. Elle représente en outre une population presque totalement limitée à un service d'oncopédiatrie, même si certaines familles sont passées par d'autres structures, d'autres villes ou d'autres types de services.

En revanche, notre échantillon couvre une répartition par sexe et par cancer relativement conforme aux pathologies rencontrées auprès de cette population, compte tenu du suivi plus proche qui est réalisé chez les enfants ayant été atteints d'une tumeur cérébrale.

**Répartition par sexe et type de cancer des anciens patients**

| Cancer | Filles | Garçons | Total |
|---|---|---|---|
| Lymphomes | 3 | 1 | 4 |
| Leucémies | 3 | 4 | 7 |
| Tumeurs cérébrales | 4 | 2 | 6 |
| Autres tumeurs | 2 | 2 | 4 |
| Total | 12 | 9 | 21 |

L'âge auquel ces enfants ont été diagnostiqués couvre aussi un ensemble de situations diverses, puisque 10 avaient moins de 10 ans et 11 entre 10 et 17 ans. Au moment de l'entretien, les jeunes avaient entre 18 et 26 ans, et avaient été diagnostiqués entre 7 et 23 ans auparavant.

Les données présentant la situation des jeunes au regard de celle de leurs parents montrent que, si le type de cancer a un impact direct sur le déroulement des études et leur insertion professionnelle, leur réussite scolaire est relativement bonne, y compris en dehors d'un environnement familial diplômé. Le clivage apparaît essentiellement entre les enfants soignés pour une hémopathie (essentiellement maladie de Hodgkin ou leucémie) et ceux atteints d'une tumeur cérébrale, dont nous avons pris la mesure, au chapitre précédent, de l'étendue possible des séquelles.

**Niveau de diplôme des patients[340] selon le type de tumeur**

| Cancer | sup Bac | niv CAP à Bac | aucun | Total |
|---|---|---|---|---|
| hémopathies | 9 | 2 | | 11 |

[340] Ces jeunes sont des « anciens malades », mais, venant à la consultation de suivi, ils restent des « patients ».

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| tumeurs solides | 3 | 6 | 1 | 10 |
| Total | 12 | 8 | 1 | 21 |

**Niveau d'étude atteint par les patients selon la PCS de leur père**

| PCS du père | sup Bac | niv CAP à Bac | aucun | Total |
|---|---|---|---|---|
| cadre, prof lib | 3 | 2 | | 5 |
| cat interm | 5 | 2 | | 7 |
| empl, ouv, agr | 4 | 4 | 1 | 9 |
| Total | 12 | 8 | 1 | 21 |

**Situation d'emploi des patients selon leur niveau de diplôme**

| situation emploi | sup Bac | niv CAP à Bac | aucun | Total |
|---|---|---|---|---|
| actifs | 6 | 1 | | 7 |
| en études | 6 | 3 | | 9 |
| en formation | | 3 | | 3 |
| inactifs | | 1 | 1 | 2 |
| Total | 12 | 8 | 1 | 21 |

**Situation d'emploi des patients selon le type de tumeur**

| situation emploi | hémopathies | tumeurs solides | Total |
|---|---|---|---|
| actifs | 5 | 2 | 7 |
| en études | 6 | 3 | 9 |
| en formation | | 3 | 3 |
| inactifs | | 2 | 2 |
| Total | 11 | 10 | 21 |

Par ailleurs, le niveau de diplôme des jeunes (hors tumeurs cérébrales) est assez proche de ceux des autres membres de leur fratrie, confortant un résultat général de bonne conformité à leur destin familial.

9 jeunes sur 21 bénéficient d'une reconnaissance de handicap leur ouvrant des droits à un emploi aménagé ou une formation adaptée, voire une allocation pour ceux qui ne peuvent pas travailler. Par ailleurs, 12 sur 21 ont redoublé au moins une classe après leur maladie.

Il faut, à partir de ces quelques données, se garder de tirer des conclusions générales. Dans la mesure où nous disposons, pour chaque individu, de récits approfondis des situations, parfois accompagnés de ceux de leurs parents, nous pouvons nous permettre de prendre la distance nécessaire pour interroger des chiffres qui souvent masquent des parcours plus complexes que les réalités statistiques ne les font apparaître. En outre, si les situations objectives sont assez directement corrélées avec les pathologies, les situations subjectives suivent des logiques différentes, et montrent que ces « bonnes » insertions sociales et professionnelles ne se sont pas déroulées « malgré », mais « avec » la maladie.

Au cours des entretiens, nous demandions aux anciens malades de nous décrire leurs problèmes de santé et leurs séquelles, mais sans intervenir directement sur la nature de ceux-ci, les laissant s'exprimer à leur manière. Le recensement de ce que nous avons appelé les séquelles « subjectives » n'a donc aucune valeur épidémiologique, au sens strict du terme, mais permet essentiellement d'apercevoir la façon dont ces jeunes évaluent leur état de santé. Un exemple éclairant de cette subjectivité est la stérilité. De nombreux traitements de cancer induisent des risques élevés de stérilité, mais dont l'évaluation ne peut réellement se faire qu'après la puberté[341]. À partir de ce moment, le médecin qui les suit propose aux jeunes de réaliser des examens afin d'évaluer ce risque, mais la plupart préfèrent ne pas le savoir avant d'avoir établi une relation amoureuse stable. Valérie, que nous avons rencontrée au chapitre précédent, ne s'est réellement préoccupée de ces risques que depuis qu'elle projette de se marier. Cette question perturbe beaucoup les médecins qui, à une époque, informaient peu sur ce risque. L'un d'eux nous a même avoué avoir annoncé une stérilité très probable à l'un de ses anciens patients après avoir reçu son faire-part de mariage, et avoir assisté à des drames lorsque celle-ci est révélée. Il semble que cette information soit mieux faite aujourd'hui, même si, nous le verrons, les risques à long terme, évoqués au moment du traitement, sont en général minimisés par les familles lorsque la vie de l'enfant est en jeu. C'est plus tard, lorsque ces effets peuvent modifier des projets « de vie », que l'accompagnement risque alors, de manquer.

Nous n'avons volontairement eu aucun accès aux dossiers des patients. Nous ne savons donc pas si certains de ces jeunes ont des séquelles qu'ils ne nous ont pas dites ou dont ils n'ont pas pris conscience. Cependant, il nous a semblé intéressant de procéder à ce comptage des séquelles subjectives, malgré certaines distorsions, puisque nous avons retenu à la fois la fatigue et de lourds problèmes cognitifs ou moteurs. Enfin, la façon dont ils mentionnent leurs séquelles renvoie à plusieurs circonstances : ce qu'ils ressentent, ce qu'on leur a dit, ce qu'ils veulent bien savoir et aussi, ce qu'ils veulent bien faire savoir. Par exemple, la fatigue est plus fréquemment mentionnée par les filles que par les garçons, lesquels ont une plus grande tendance à minimiser leurs problèmes et à taire leurs défaillances. Ce mode de réponse est d'ailleurs conforme à toutes les enquêtes de santé, où les hommes déclarent en général moins de problèmes que les femmes.

---

[341] Lors de ses recherches en oncologie pédiatrique, Danièle Brun avait soulevé cette question, à laquelle elle a accordé une partie importante de ses analyses, puisque la stérilité, si elle semble reléguée à un second plan tant que la vie est en jeu, reconfigure ensuite, lorsque cette vie est « sauvée », les rapports entre parents et enfants, et tout particulièrement entre les mères et les filles. Il semble que certaines mères seraient même prêtes à proposer leurs ovocytes pour permettre à leur fille d'avoir un enfant, ce qui montre le bouleversement des histoires familiales et des formes de transmission « de la vie » induites par la maladie.

**Type et nombre de séquelles « subjectives » selon le sexe et le type de tumeur**

| Séquelles « subjectives » | filles | Garçons | Hémopathies | Tumeurs solides | Ensemble |
|---|---|---|---|---|---|
| Fatigue | 9 | 3 | 5 | 7 | 12 |
| Cardiopathie | 3 | 2 | 4 | 1 | 5 |
| Troubles moteurs | 5 | 2 | 0 | 7 | 7 |
| Troubles psychologiques | 6 | 2 | 2 | 6 | 8 |
| **Nombre** | | | | | |
| 0 | 2 | 3 | 5 | | 5 |
| 1 à 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 |
| Plus de 4 | 5 | 1 | 1 | 5 | 6 |
| Ensemble | 12 | 9 | 11 | 10 | 21 |

La catégorie « troubles psychologiques » est constituée uniquement à partir des déclarations des interviewés et notre propre évaluation n'intervient pas. Sont repérés ceux qui décrivent clairement une souffrance liée à leur expérience du cancer, et lorsque celle-ci est perçue, à leur niveau et à des degrés divers, invalidante. Cela permet essentiellement ici de montrer que ces « troubles » ne sont pas nécessairement corrélés avec l'état physique de ces jeunes ni avec leurs séquelles objectives, mais sont liés à leurs propres associations entre leurs difficultés et leur expérience de la maladie.

Au-delà de ces catégories très sommaires, il faut noter l'existence, *a minima*, de marques corporelles qui peuvent aller des tatouages de radiothérapie aux cicatrices post-opératoires ou de pose de cathéters. Ces marques sont plus ou moins considérées par ces jeunes comme des séquelles, selon le regard qu'ils portent sur un corps avec lequel ils éprouvent parfois des difficultés à se réconcilier.

Enfin, les effets à long terme d'un cancer doivent être étudiés dans leur dimension à la fois synchronique et diachronique. Ils s'inscrivent dans une dynamique qui dépend de la nature et de la gravité de la pathologie, des traitements subis et éventuellement des rechutes (qui concernent 6 individus sur 21 de notre population) et des conditions matérielles, sociales et psychologiques pendant lesquelles se déroulent les traitements. Ils dépendant aussi de la façon dont ces patients et leurs familles reconstruisent leurs relations avec leur entourage professionnel, amical et familial, après la phase aiguë de la maladie. La place occupée par les équipes soignantes sur le moment et sur le long terme permet également de comprendre un grand nombre de ces variations, dans la mesure où la visibilité des séquelles influe sur le niveau de prise en charge.

Malgré quelques études menées par des centres sur des pathologies particulières, l'absence de données épidémiologiques claires et fiables portant sur les effets des traitements sur le long terme rend difficile ce que l'on peut nommer « l'information ». Car les soignants eux-mêmes sont peu sensibilisés à ces questions et il n'est pas sûr qu'ils disposent de

connaissances leur permettant de faire des choix qui tiennent compte des effets à long terme des traitements. Les concertations pluridisciplinaires permettant la confrontation de médecins de différentes spécialités afin de décider collectivement des traitements les plus adaptés à mettre en œuvre, sont des lieux où les données sur l'efficacité du traitement sont largement discutées, mais les effets à long terme ne semblent pas rentrer en ligne de compte[342]. Par ailleurs, nous avons constaté que des informations contradictoires pouvaient figurer sur le même site d'un centre anticancéreux[343].

Il est difficile pour ces jeunes d'évaluer leur état de santé par rapport à leurs pairs, d'autant plus que presque tous ont vu, auprès d'eux, d'autres enfants mourir. Cette confrontation précoce à la mort, l'éventualité de la leur et celle de leurs semblables, les conduit parfois à minimiser ce qui leur est arrivé, mais en même temps rend difficile leur positionnement dans le monde des « bien-portants ». Plus vraiment malades, survivants, guéris mais parfois handicapés, fragiles et vainqueurs, éprouvés mais chanceux, ces jeunes ont « le choix » de leur identité et naviguent entre diverses positions difficiles à concilier. À travers eux, c'est toute une représentation sociale de la guérison qui est interrogée.

*« Je me suis tirée dessus »*

Valérie est âgée de 25 ans et a été soignée il y a huit ans pour un cancer lymphatique : la maladie de Hodgkin. Considérée comme un cancer « léger » par le corps médical, cette maladie est aussi souvent sous-estimée dans ses conséquences. Ainsi, après un traitement de six mois, elle a poursuivi son parcours scolaire apparemment sans trop de problèmes. Aujourd'hui, elle est engagée dans la Marine nationale, où elle occupe, à terre, un poste de secrétaire. Elle ne bénéficie d'aucune reconnaissance de handicap même si elle souffre de diverses séquelles : capacité respiratoire diminuée, fatigabilité, nombreuses cicatrices sur le corps, risque d'infertilité, risques à long terme de problèmes cardiaques et de cancer secondaire. Valérie aime à se décrire comme ayant toujours été une « battante » : elle surveillait son alimentation et son hygiène de vie, faisait du sport, était bonne élève. Lorsque sa maladie l'a arrêtée au début de sa classe de première, elle a préféré changer d'orientation

---

[342] Castel P., « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2008, vol. 1, n°26, p. 9-32.

[343] On citera à titre d'exemple les effets cancérigènes de l'iode 131, utilisé pour les traitements des cancers de la thyroïde. Le livret d'information sur ce cancer, à destination du « public », rassure : « les études effectuées n'ont pas montré de risque cancérigène ni génétique associé à un traitement par l'iode radioactif » (http://www.igr.fr/?p_id=102). Sur le même site, dans les pages consacrées à la recherche, on trouve le résultat suivant : « L'iode 131, utilisé pour le traitement des cancers de la thyroïde, augmente de manière significative les risques de seconds cancers pour certaines tumeurs solides (cancer colorectaux, ostéosarcomes et cancers des tissus mous) et les leucémies. Il existe une relation linéaire entre ce risque et le niveau d'irradiation par l'iode 131. Ces résultats devraient conduire à une réévaluation du traitement du cancer de la thyroïde qui tienne compte de l'extension tumorale et à limiter son usage aux seuls patients pouvant en retirer un bénéfice » (http://www.igr.fr/index.php?p_id=403). (Sites relevés le 28 juillet 2009).

plutôt que de recommencer l'année « perdue », afin de ne pas vraiment « redoubler ».[344] Ensuite, elle tente de retrouver une forme « parfaite », mais connaît une période d'anorexie. Menacée d'une nouvelle hospitalisation, elle se « reprend » et cherche depuis à « donner le change », même si elle sait que tout n'est pas vraiment rétabli.

Au moment où nous la rencontrons, Valérie est dans une « mauvaise passe ». Alors qu'elle pensait, en quittant sa ville d'origine, laisser derrière elle sa maladie et ses séquelles, ceux-ci lui reviennent sans cesse en mémoire et elle n'arrive pas à prendre le dessus. Cette jeune femme refuse d'être suivie par un psychologue, même si elle a accepté, un temps, de rencontrer une psychiatre, lors de ses épisodes anorexiques. Cette opposition farouche à l'introspection relève de mécanismes de résistance souvent décrits dans ces circonstances et que les médecins connaissent bien. Il apparaît en effet que le traumatisme de la maladie ne se manifeste pas nécessairement au cours ou au décours des traitements mais souvent plusieurs années après. C'est une des raisons pour lesquelles il nous semble intéressant d'étudier son histoire, sans préjuger de ses problèmes psychologiques, mais en s'intéressant à la façon dont ceux-ci prennent place dans un système de relations familiales, scolaires, amicales et médicales. Nous nous arrêterons ici sur deux époques de la vie de Valérie : sa scolarité et son engagement dans la Marine.

Le long extrait qui suit présente le début de l'entretien[345] avec Valérie qui, contrairement à ce qu'elle annonce, se présente spontanément de façon assez explicite.

> Q1 : Alors, on peut faire ça en deux temps, c'est-à-dire d'abord, vous pouvez peut-être m'expliquer si vous avez envie votre parcours un petit peu depuis votre maladie, même peut-être remonter avant, et puis moi s'il y a des choses sur lesquelles je veux revenir ou que je n'ai pas comprises, je me permettrais de vous arrêter.
>
> *Ah oui oui, il ne faut pas hésiter à me poser des questions puisque je ne suis pas du genre à parler énormément et à donner (en souriant) des détails donc il ne faut pas hésiter à me poser des questions.*
>
> Q2 : D'accord, je vous arrêterais alors…
>
> *Bah avant j'étais au lycée, heu normal, seconde, première, et donc en première la maladie s'est déclenchée…*
>
> Q3 : Première quoi ?
>
> *J'étais en première ES. Et heu, donc j'ai dû arrêter, enfin je ne voulais pas à la base mais j'étais obligée avec les traitements, j'arrivais plus à suivre en cours forcément, et … donc du coup j'ai redoublé, et donc la maladie ça a duré donc une bonne année quoi, et ensuite j'ai repris les cours en première STT. Pour le coup j'ai changé de… (Rire) de filière et donc première, terminale pas de problème, BTS après, un BTS en communication des entreprises, et euh par la suite j'ai directement réussi à décrocher un CDI sur Nantes dans un magazine : NE, où j'ai bossé deux ans et après j'ai encore voulu complètement changer de parcours donc je me suis engagée et aujourd'hui bah je suis militaire, je suis dans la marine nationale sur Brest.*
>
> Q4 : Et vous faites quoi exactement ?

---

[344] On mesure ici les effets stigmatisants de cette pratique du « redoublement » dont la France est friande, et qui accentue sans doute, pour ces accidentés du parcours scolaires, l'impression de sortir du « normal » dès que la maladie les atteint. Voir sur ce sujet Baudelot C. et Establet R., *L'élitisme républicain. L'école française à l'épreuve des comparaisons internationales*, Seuil, Paris, 2009, en particulier le chapitre 3.

[345] L'entretien a été réalisé par Hélène Lecompte.

*Alors ma spécialité c'est secrétaire militaire donc euh actuellement je suis surtout en secrétariat général donc qui n'est pas forcément très très intéressant mais le but recherché c'est d'arriver à pouvoir embarquer sur des bâtiments qui partent faire de l'humanitaire euh à l'étranger en l'occurrence en ce moment il y en a qui sont au Liban. Donc… […]*

Q8 : Et vous voudriez faire quoi en humanitaire ?

*Bah en fait maintenant le but premier de l'armée c'est pas d'aller faire la guerre à droite à gauche mais c'est d'aider les civils et d'essayer de les protéger, donc on a des gros bateaux qui partent euh qui sont conçus pour ça et qui partent bah au Liban, en Afghanistan tout ça pour aider les civils, apporter tout ce qui est médicaments, donc il y a des médecins qui sont à bord, apporter euh, tout ce qui est nécessaire à l'alimentation de base, euh tout ça la marine nationale le fait.*

Q9 : D'accord, c'est du ravitaillement en fait ?

*Ouais, ouais tout à fait et puis on euh avec des hélicoptères on emmène les civils ailleurs pour les protéger, pendant une certaine période aussi enfin ce genre de chose. Alors je ne sais pas vraiment où parce que je ne suis jamais partie en OPEX enfin en opération extérieure, donc je ne sais pas exactement comment ça se déroule mais c'est ce que j'ai pu voir moi de là où je travaille un petit peu quoi.*

Q10 : D'accord. Pourquoi l'armée ?

*Pourquoi l'armée parce que je suis quelqu'un qui aime beaucoup bouger et ne pas rester derrière un bureau et après avoir travaillé deux ans sur Nantes là où j'étais assise derrière un bureau euh j'ai eu complètement envie de changer et puis la marine bon sur les bateaux c'est sûr que ça permet de voyager aussi à l'étranger donc c'est aussi ce que je recherchais*

Q11 : Donc là vous êtes déjà sur des bateaux ?

*J'ai fait une mission cette année mais là pour l'instant je suis affectée à terre mais je peux partir comme ça ponctuellement sur un bateau parce que je l'ai demandé. Mais pour l'instant donc mon affectation qui est de trois ans c'est à terre.*

Q12 : Donc là d'accord, et euh comment on passe de derrière un bureau à militaire dans la marine (rire), c'était quoi, c'était un désir d'action ou…

*Déjà un défi au niveau physique… Je pense par rapport à la maladie qui m'a enlevé quelques capacités physiques.*

Q13 : Comme quoi ?

*Heu des capacités respiratoires, avec les traitements ça a fait chuter ces capacités-là, que je ne pourrais pas récupérer totalement et donc du coup j'ai voulu me… J'ai voulu me lancer un défi physique parce que l'armée au niveau physique c'est assez… poussé quoi (rire)*

Q14 : Comment vous avez fait pour faire vos classes justement avec des problèmes respiratoires ?

*Bah, je me suis débrouillée, je me suis tirée dessus et heu, j'ai réussi à obtenir des performances qui étaient au-dessus de certaines femmes qui n'avaient rien eu donc euh…*

Q15 : Ils le savaient que vous aviez été malade ?

*Je l'ai caché au début mais j'ai pas pu le cacher très très longtemps puisque sur mon corps, j'ai quelques cicatrices euh qui se voient pas mal quoi donc forcément les médecins m'ont demandé ce que c'était ; donc j'ai été obligée de dire que c'était lié à des opérations et euh on m'a posé la question quel genre d'opération, pourquoi… Donc je n'ai pas pu mentir très longtemps quoi (rire). Et du coup j'ai eu quelques difficultés à rentrer parce qu'à l'armée c'est carré hein, si on ne rentre pas dans la case, on dégage hein (rire ironique) !*

Q16 : Et c'est un critère exclusif ça, le fait d'avoir été malade ?

*Euh oui oui bah il y en a pas mal hein qui ont du mal à rentrer dans l'armée et qui se font refouler même rien que des personnes qui sont asthmatiques euh… Ne peuvent pas rentrer dans l'armée euh il y en a certaines non. Mais euh j'ai pu, on m'a envoyé voir un hématologue à Paris à l'hôpital Percy et euh là-bas il m'a dit que de toute façon j'avais été soignée que j'étais en rémission complète, même si j'avais des capacités physiques un petit peu diminuées, il n'y avait pas de raisons pour qu'on me… Pour qu'on me refuse quoi ! Donc il a validé mon engagement quoi, ce qui fait que j'ai pu rentrer dans la marine !*

Q17 : D'accord, et avec de super performances physiques.

*Bah euh, super, disons que j'ai pas… Ouais j'ai terminé dans le haut du classement donc euh… J'étais assez contente donc euh… Et donc ça m'a permis aussi de couper euh, complètement avec euh bah Nantes, l'hôpital euh, les connaissances que j'avais ici qu'étaient liées à la maladie euh… J'ai tout quitté aussi je pense euh pour refaire quelque chose… Là je suis à Brest actuellement quoi, donc vraiment un nouveau travail, une nouvelle ville, de nouvelles personnes euh*

Dès le début de l'entretien, Valérie prend ses précautions. On comprend ses réticences lorsque, plus tard, elle explique avoir toujours refusé de se soumettre aux psychothérapies proposées par les médecins, alors qu'elle a accepté volontiers notre entretien. Mais voici ce qu'elle en dit alors : « là je le fais parce qu'il y a un but derrière [...] Et puis je sais que c'est une étude, je sais que c'est pour faire évoluer les choses, pour peut-être les jeunes qui sont pris en charge après ou… Donc c'est pour les autres ». L'altruisme de Valérie est sa thérapeutique, comme nous le verrons plus loin. Ces autres pourtant dont elle parle ici, c'est aussi elle, et elle situe donc le problème qui est le sien, non pas au regard d'une aide « aujourd'hui » mais au moment où elle a été prise en charge.

Elle poursuit en utilisant une expression souvent rencontrée chez ces jeunes, qui est la qualification de l'avant en « normal ». Elle fait dérouler les années jusqu'au moment de l'arrêt : la première, où « la maladie » s'est déclenchée. Contrairement à d'autres, Valérie ne « tombe » pas malade, c'est la maladie qui se déclenche, comme quelque chose qui est en dehors d'elle, dans un espace dont elle n'a pas la maîtrise.

La maladie arrive donc « sur » Valérie, comme un obstacle qui l'empêche de continuer. Les verbes et expressions qu'elle utilise, signifient la contrainte qui s'abat sur elle : « je ne voulais pas », « j'étais obligée », « j'arrivais plus », « forcément », « du coup ». Son récit s'organise autour d'un double discours : il y a la maladie (« ça a duré ») et elle, empêchée mais résistant et poursuivant son parcours. Pour ne pas redoubler, elle change d'orientation qui lui permet de reprendre le récit de sa scolarité comme si de rien n'était : « première, terminale, pas de problème ». Aucune interruption donc dans ce parcours quasiment sans faute, jusqu'à ce qu'elle « veuille » changer de parcours, signifiant ainsi qu'elle a transformé sa première orientation en choix volontaire, afin de ne pas subir l'échec. Son engagement dans la marine s'inscrit à ce moment-là comme une décision positive qui lui permet d'affirmer une identité et même plus, un état : « je suis militaire, je suis dans la marine… ». On remarquera que ce n'était pas elle, mais son CDI qui était, lors de son précédent emploi « dans un magazine ».

Valérie est donc secrétaire militaire. Sa mère, doit-on préciser, est secrétaire médicale, et travaille dans le cabinet du médecin généraliste qui la suit depuis qu'elle est petite et qui a découvert sa maladie. Ce rapprochement entre ces deux situations, elle nous le fournit en précisant que « le but recherché » est de faire de l'humanitaire à l'étranger. La marine nationale commence à prendre un sens. Les deux réponses suivantes (Q8 et Q9) nous montrent exactement de quoi il s'agit : ce n'est pas de « faire la guerre à droite à gauche », autrement dit de taper n'importe comment, mais au contraire, d'« aider », « protéger »,

« apporter » etc. Les « médecins qui sont à bord » ne font que du bien, mettent des gens à l'abri et leur apportent des choses qui soignent (les médicaments).

Cette image du médecin de l'armée n'est pas anodine, chez une jeune femme ayant été soignée pour un cancer. Les oncologues sont des combattants aussi, ils attaquent le cancer et pour Valérie, cette maladie est un objet extérieur à elle, il est donc possible de lui faire la guerre. Cette guerre cependant attaque aussi les personnes. La métaphore ici est éclairante : elle est entrée dans la Marine nationale pour s'embarquer avec ces « bons » médecins, et sa demande semble explicite : la guerre doit comporter sa part d'humanitaire, elle doit prévoir de mettre à l'abri les individus, des médecins doivent aussi s'occuper de cela.

Alors qu'elle affirme, à d'autres moments de l'entretien, éviter aujourd'hui les contacts avec les médecins, fuir les rendez-vous inutiles, elle s'engage dans une institution où sa santé va être examinée de près. Si elle avoue avoir tenté de cacher sa maladie, comme pour entrer clandestinement dans cet autre monde, elle a été confrontée à une épreuve paradoxale, celle de dévoiler, ne serait-ce que par ses stigmates corporels, son état, et se voir ensuite octroyer ce laissez-passer qui, pourtant, est refusé à moins malade qu'elle (les asthmatiques…). Pour y arriver, elle « se tire dessus », et ce n'est pas une mince expression dans la bouche d'un soldat. Il semble bien que pour « y arriver » elle ait dû, en effet, tuer une partie d'elle-même.

« Survivre » et « se tirer dessus », est une problématique récurrente chez Valérie, où les paradoxes et les apparentes contradictions se bousculent. Lors de sa maladie, elle avait 17 ans et avait choisi d'aller en oncologie pédiatrique, mais ce qu'elle a vu l'a durablement traumatisé alors qu'elle avait de très grandes chances de guérir. Une partie d'elle-même avance « comme si de rien n'était » ; une autre reste ancrée là où elle a vu la vie s'arrêter. S'embarquer pour sauver des vies innocentes a sans doute représenté pour elle une image qui lui a permis de penser, un temps, que le lien entre ces deux espaces (la communication) était possible.

Au moment de l'entretien, elle « plonge » à nouveau dans ce que les médecins identifient comme un épisode dépressif. Elle a rencontré récemment son oncologue, la seule personne à qui elle a envie de se confier, comme si elle avait tout particulièrement quelque chose à lui dire et s'y refuse en même temps. C'est encore le « rôle » du médecin qui est mis en avant :

> *C'est la seule personne qui arrive à … à comprendre un petit peu et à… Quand je vais la voir ben (silence) enfin, y'a des tas de choses que je ne lui dis pas parce que… sinon ça va pas aller mais… je cache au maximum quoi mais la semaine dernière ça faisait un moment que… ça faisait quelques mois que j'étais euh… pas bien et la semaine dernière bah…*
>
> Q : Oui, j'ai vu ça, elle a duré longtemps votre consultation, presque une heure je crois…
>
> *Ouais, et là quand je suis sortie je me suis dit, mais c'est pas normal, pourquoi elle me garde une heure !… je suis censée être là pour voir si je vais bien physiquement, et pas moralement quoi et euh… je culpabilise un peu aussi de… bah de prendre son temps parce que…*

> Q : Vous savez, elle est là pour ça quand même…
> *Enfin dans ma tête pour moi elle est là pour soigner le physique quoi, enfin.*

On touche ici, semble-t-il, à une question centrale pour notre propos, à savoir la façon dont s'imbriquent les différents niveaux de la maladie : relationnels (transférentiels, diraient les psychanalyses), physiques, psychiques, sociaux. Tout le discours de Valérie est organisé autour d'une rationalisation de son état physique, qu'elle fait même accréditer par l'armée comme étant excellent. Veut-elle faire officialiser sa guérison ou effacer ses effets ?

On peut se demander si cette « certification » la sert, car il n'est pas improbable que sa maladie lui soit quand même préjudiciable à un embarquement, et que les dégâts provoqués par les traitements (ce qu'elle appelle « la maladie ») soient, une fois de plus, minimisés par elle. Par ailleurs, devant son « mal-être », la réponse médicale est psychologique. C'est-à-dire que ce dont elle souffre, maintenant que son corps est « réparé », est localisé par les soignants « dans sa tête ». Le lien entre les deux n'arrive pas à se faire. Que peut donc dire Valérie à un psychologue lorsqu'elle veut surtout s'adresser à ceux qui se sont occupés d'elle pendant sa maladie, à ceux qui ont fait à son corps ce qu'elle-même n'arrive pas à dire. La dissociation (très médicale d'ailleurs) que l'on repère dans son discours entre ce qu'elle nomme « la maladie » (« la maladie qui m'a enlevée quelques capacités physiques ») et « les traitements » (« parce que la chimio elle a détruit un peu tout quoi ») rompt une « communication » et place dans l'indicible, l'expression d'une souffrance sans interlocuteur.

> Q : Et il y a d'autres séquelles pour vous que les séquelles physiques ?
> *(long silence)… Ouais sûrement oui, mais j'arriverais pas à mettre un mot… j'arriverais pas à mettre un mot dessus… (long silence).*
> Q : D'accord. Bon ben, écoutez, merci beaucoup pour cet entretien. Merci d'avoir accepté de jouer le jeu, je sais que ça vous a coûté.
> *Ouais.*
> Q : Donc merci beaucoup.
> *Et bien de rien, si ça peut faire avancer les choses pour la suite…*

Valérie est « bien portante », elle est guérie, ne rechutera sans doute jamais, ses séquelles sont minimes, ses « handicaps » sont cachés, et pourtant sa rémission semble s'être effectuée au prix d'une perte indicible. Son histoire permet de ne pas lier de façon systématique les représentations de la guérison avec l'étendue des séquelles objectives, comme le récit de Maud pourrait inciter, spontanément, à le faire.

*« Tout le monde a l'impression que je suis handicapée »*

Maud est une jeune femme de 24 ans atteinte d'une tumeur osseuse à la hanche à l'âge de 10 ans. Son traitement a duré sept mois : elle a d'abord subi une opération consistant à lui

enlever l'articulation et la remplacer par une prothèse, puis une chimiothérapie et une radiothérapie, suivies de longs mois de rééducation. Elle n'a pas fait son entrée en sixième, pour atterrir l'année d'après dans une classe spécialisée, car elle devait rester allongée. La façon dont elle raconte cette rentrée montre comment l'organisation spatiale de l'école la projette brutalement dans un « autre monde »[346] :

> *J'ai fait la rentrée au collège D. Vous connaissez ou pas ?*
>
> Q : Non.
>
> *C'est un collège spécialisé, où en fait entre guillemets à l'étage y a ceux qui n'ont pas de problème, c'est en cité, c'est un collège de cité, et en bas des classes réduites de 9 élèves, qui sont que des élèves handicapés. [...]*
>
> Q : Donc en fait vous êtes distante avec les autres enfants ? Comment ça se passe ?
>
> *Ben non pas spécialement en fait euh... Ben comme je disais y a les personnes handicapées et non-handicapées, et j'allais souvent avec les non-handicapées. Enfin j'avais les deux, mais j'étais plus souvent avec les non-handicapées.*
>
> Q : Et ça se passait bien entre les classes handicapées et les classes non handicapées ?
>
> *Bah y avait souvent les moqueries et tout ça quoi. [...]*
>
> *Et en fait j'ai sympathisé avec une fille qui était en classe valide, enfin en classe (elle se reprend) enfin en classe, enfin c'est comme ça, les valides et les personnes handicapées. Et en fait elle avait un souffle au cœur ou un truc cardiaque quelque chose comme ça, donc elle était normalement en classe handicapée mais ils l'ont mis avec les valides. En fait j'étais copine avec elle, mais elle est malheureusement décédée, donc ça aussi j'ai...*

Cette rentrée au collège est marquée par une rupture d'abord territoriale : son collège n'est pas celui auquel elle était destinée l'année précédente. De plus, il se situe dans une ZEP, autant dire (ce qu'elle suggère) dans un quartier socialement dévalorisé. Dans cet établissement, il semble qu'il n'y ait pas d'enfant « sans problème » (entre guillemets...), puisque ceux qui n'ont pas de handicap physique rencontrent des problèmes sociaux (de cité).

La séparation spatiale des groupes constitue un choc pour cette enfant, mais elle ne s'identifie pas aux « handicapés », comme en témoigne son amitié avec une petite fille malade, en « classe valide » mais « normalement en classe handicapée ». Le qualificatif de « valide » n'est pertinent qu'au regard de la classe où elle est affectée et met en scène l'opposition entre « malade » (ce qui est dit de l'enfant atteinte d'une malformation cardiaque qui lui sera fatale) et « handicapé » (ce qui lui est signifié par son placement à elle, pourtant survivante d'une maladie mortelle). Cette opposition va structurer son identité future, ou plutôt sa difficulté à s'en construire une qui la satisfasse.

Mais elle est, à l'époque, dans une perspective de convalescence et de rééducation et elle espère alors sortir de cette population stigmatisée et moquée.

> *Donc après j'ai été à l'école B, vous savez ce que c'est ?*
>
> Q : Oui je connais
>
> *Donc là on est mélangé, donc ça passe un peu mieux et donc là je faisais des cours avec une chaise plus haute que les chaises normales, et j'allais m'allonger au centre de soins aux récrés ou aux perms en fait. Et par contre mon BTS je l'ai fait au lycée V, je sais pas si vous connaissez ?*

[346] L'entretien a été réalisé par Hélène Lecompte.

> Q : Non ça par contre je connais pas
> *C'est un lycée tout à fait normal.*

En interpellant l'enquêtrice à chaque changement d'établissement pour situer son niveau de connaissance du tissu scolaire local, Maud atteste sa sensibilité à l'effet d'étiquetage que représente le lieu de sa scolarisation, du collège de cité avec ses « classes handicapées », au lycée « mélangé », jusqu'au lycée « tout à fait normal ». Dans ce dernier lycée, ce sont les enseignants qui vont s'adapter à elle, puisque sa classe jouit d'un statut dérogatoire du fait de sa présence : ce ne sont pas les élèves qui changent de salle entre chaque cours, mais les professeurs. Elle semble alors dans une pente ascendante et espère se débarrasser d'une stigmatisation qui la heurte.

Titulaire de son BTS de communication, elle trouve un emploi qui n'est pas en relation avec sa formation mais obtenu grâce à la reconnaissance de son invalidité à 80 %. Elle souffre d'une raideur de la hanche et d'un raccourcissement de la jambe correspondante, nécessitant une talonnette de 9 cm. Si la raideur de sa hanche n'est pas rectifiable, en revanche il existe des moyens pour rallonger sa jambe, même si ceux-ci impliquent de lourdes opérations et rééducations. Elle insiste beaucoup sur le fait que les gens « regardaient » sa semelle compensée, sorte d'attribut visible et stigmatisant. Son objectif est de supprimer cet attribut, cette talonnette qui lui fait dire d'ailleurs, inversant le problème, qu'elle a une « jambe plus longue que l'autre ».

Nous ne rentrerons pas ici dans les détails d'un parcours médicochirurgical complexe dont elle n'est pas totalement sortie au moment de l'entretien. La relation qui s'engage avec le médecin qui va l'opérer diffère d'une relation thérapeutique « classique ». Cette opération relève de la chirurgie dite « réparatrice », ou « reconstructive » voire « esthétique », qui s'oppose à une chirurgie à visée thérapeutique. Cette distinction est déterminante tant pour la nomenclature des actes et leur remboursement que pour le circuit des décisions. Le « demandeur » est ici le patient, qui doit alors assumer les risques de son choix, puisqu'il est clair qu'il peut vivre sans l'opération.

Maud se trouve alors dans une position inédite, et même inversée par rapport à celle qu'elle a connue, puisque son « choix » de faire rallonger sa jambe n'est plus un choix « vital »[347] : c'est le sien et pas celui d'un médecin. Pour autant, cette situation la place devant une prise de risque où son autonomie est relative. Si le chirurgien lui demande de choisir entre deux

[347] La hiérarchie des actes « réparateurs » mériterait en soi une analyse selon qu'ils sont associés à une anomalie congénitale, à un accident, à une maladie ou à des effets secondaires de traitements. Par ailleurs, ils dessinent cette limite entre le « thérapeutique » et le « confort » selon des références qui sont très certainement mouvantes, comme les critères de remboursement de certaines classes de médicaments le montrent.

techniques, elle doit décider en 24 heures, sans aucune réelle information. Cette mise en retrait du « médical » concernant une opération « réparatrice » n'est sans doute pas la meilleure façon de lui permettre d'obtenir « réparation ».

Cette opération déclenche des complications infectieuses, de fortes douleurs, des périodes de rééducation intenses etc. Elle perd son petit ami à ce moment-là et met cette rupture sur le compte du poids qu'elle représentait pour lui. Elle rentre aussi à la même période dans une relation ouvertement conflictuelle avec l'ensemble du monde soignant, médecins et paramédicaux, dans les différentes institutions où elle passe. Au final, sa jambe est bien rallongée (elle n'a plus que 2 cm de moins, plus faciles à corriger), mais une infection post-opératoire provoque de nouvelles séquelles, bloquant son articulation du genou, qu'elle ne peut plier qu'à 60°. Mais il y a désaccord entre les soignants (chirurgien et kiné) et elle sur ce « blocage », puisque le chirurgien affirme qu'il lui a plié lorsqu'elle était au bloc (à la suite d'une greffe osseuse après l'infection), alors qu'elle n'y arrive pas ensuite, en séances de kinésithérapie. Serait-ce là encore, « dans la tête » que réside le problème ?

Au moment de l'entretien, elle hésite à recommencer une série d'opérations dont, ainsi que l'a prévenu son chirurgien, elle pourrait à nouveau ressortir avec un handicap supplémentaire. Confrontée à un rejet assez fort de la part des camarades de son nouveau petit ami, qui « se moquent des handicapés », elle fait le choix de dire qu'elle a eu un cancer, et « pas un handicap », car elle arrive alors à les faire taire.

Dans son travail également, elle est sans cesse confrontée à cette stigmatisation qu'elle refuse tout en revendiquant une prise en compte de ses difficultés. Ayant changé d'emploi et travaillant dans une mutuelle, elle se trouve confrontée à une sollicitude toute particulière de la part de ses employeurs, qui veulent remplacer le matériel qu'elle a apporté elle-même et acheté dans un magasin de meubles ordinaires, par un matériel adapté à son handicap. Cette attention lui devient insupportable, d'autant qu'elle la met en dette et qu'il lui est difficile de s'en plaindre ouvertement.

Maud déploie des trésors de stratégie pour ne pas montrer son handicap, y compris avec son petit ami, avec qui elle entretient un rapport ambigu puisqu'elle ne veut pas qu'il voie ses appareillages, mais en même temps, elle lui reproche de ne pas la comprendre. C'est à cette occasion qu'elle associe ce conflit à sa consultation avec un psychiatre :

> Q : Mais comment vous faites ?
> *Quand je vais chez lui, et que je dors chez lui je rentre ici pour me laver ou, j'enlève pas mes bas ou alors je les enlève…*
> Q : Et quand il vient ici ?

> *Bah je vais dans une autre chambre, je vais dans la chambre de mon frère ou… enfin il a déjà vu parce que un jour il est arrivé et hier je lui ai dit, parce qu'en fait j'ai été voir une psychiatre du docteur pour la douleur et l'entretien j'ai pas trop apprécié, et euh…*
>
> Q : Qu'est ce que vous n'avez pas apprécié ?
>
> *Parce qu'elle me fait euh il faut vivre avec son handicap euh c'est comme les gens qui sont sourds et muets ou les gens qui sont noirs, j'fais oui euh… Et elle me dit bon bah qu'est ce que vous allez faire pour accepter le handicap ? Je lui fais bah euh désolée je vois pas ce que je peux faire, elle me fait bah si, si cherchez dites-moi, dites-moi ? Je fais bah je vois pas euh elle me dit bah vous pouvez militer dans une association ! … Je fais ouais non ! Et puis elle me fait (d'un air amusé) bah je vais vous montrer … l'autohypnose, c'est euh comme les petits enfants ils tombent ils se font mal au genou et puis la maman elle fait un bisou et puis hop ils ont plus mal. Elle fait bah là ça va être pareil, c'est un truc de concentration où la douleur comme ça euh parce que je suis extrêmement douloureuse en fait, elle me fait comme ça vous aurez plus mal quoi et euh je pensais qu'elle allait me montrer tout de suite. Et puis elle me dit, mais comme ça, elle me dit vous prendrez un rendez-vous avec euh la secrétaire pour euh la séance d'autohypnose. Elle me fait ça fera 50 euros, ça ira pour payer, parce que c'est pas remboursé je fais bah euh… et puis ça m'a un peu choquée parce qu'on m'avait dit que la première séance c'était trois quarts d'heure et moi elle m'a pris 20 minutes donc 50 euros. J'fais bah qu'est ce que vous voulez que je vous dise…*
>
> Q : Mais c'est une psychologue alors si c'est pas remboursé c'est pas un psychiatre ?
>
> *Si y a 30 euros de remboursés mais il y a des dépassements. Donc je l'ai payé, mais j'ai raconté ça à ma mère et elle m'a fait c'est bon t'y vas pas. Et en fait j'dis ça à mon copain euh que j'avais pas trop apprécié ce qu'elle m'avait dit et puis 'fin voilà et il m'a dit mais ça te gêne pas le handicap, j'vois pas, ça te rend pas malheureuse tout ça. J'fais non mais Jérémy tu vois pas quoi mais j'en souffre énormément quoi ! Déjà pour m'asseoir, j'fais euh tu vois pas que pour mettre mes bas j'ai besoin de matériel, j'lui ai dit ça comme ça mais j'veux pas qu'il sache en plus ! J'lui fait mais pour l'appartement tout ça mais moi j'veux pas que tu voies ça ! C'est pareil j'ai de nouveau trois centimètres de différence entre mes jambes donc là j'suis compensée ici j'ai un centimètre sur la chaussure et j'en ai à l'intérieur, il a toujours pas vu.*

Cet extrait d'entretien condense plusieurs associations d'idées. La première est celle qu'elle fait spontanément entre sa volonté de cacher son handicap à son petit ami et son besoin qu'il le prenne en compte. La consultation chez la psychiatre a réveillé chez elle une volonté de dire, et surtout d'être entendue. Et que lui dit cette femme ? D'abord qu'il « faut vire avec » et elle prend comme exemple les mêmes « handicapés » que ceux qu'elle avait fréquentés lors de sa scolarisation en ZEP : les sourds, muets, mais aussi ces « noirs » dont on peut supposer qu'ils sont associés aux habitants des cités. Stigmates physiques et sociaux, stigmates surtout « de naissance », définissant à ses yeux l'identité d'un « handicapé ». Ce qu'elle n'est pas, justement, ou ne veut pas être, puisqu'à un autre moment de l'entretien, elle raconte qu'elle oppose, devant ses amis étonnés de la voir se garer à une place « handicapés », qu'elle n'est pas handicapée, mais qu'elle a eu un cancer. Cette distinction semble avoir pour effet de les faire taire[348].

Le fait d'être « reconnue handicapée » est associé pour Maud à une négation de sa maladie, qu'elle place sur un autre registre, puisqu'il s'agit d'un événement qui lui est arrivé au cours de sa vie et qui n'est pas constitutif de son identité. Le handicapé « existe » à ses yeux

[348] Ces réaménagements de la « cause » signifient que les croyances stigmatisantes peuvent perdurer y compris pour celui qui est touché. Un jeune homme, rencontré lors des consultations et défiguré par une opération ayant supprimé l'os du nez, où se situait sa tumeur, désirait aussi se faire opérer, mais hésitait parce que c'était à lui de prendre la décision. Devant la réaction des « autres », il disait toujours qu'il avait eu un accident, parce que « si je dis que c'est une maladie, ça fait peur ».

comme un être particulier, à part, alors que le malade est une victime d'un mal venu de l'extérieur et dont il ne peut être tenu coupable. Maud vit dans un milieu « stigmaphobe », pour reprendre l'expression de Goffman[349] et il lui faut se ranger dans une catégorie acceptable selon les registres de la normalité mobilisés par les siens. Cette catégorie est celle de la maladie, puisque non seulement elle n'est pas associée à une faute originelle, mais elle en est sortie victorieuse. Or la psychiatre lui propose justement d'accepter une identité, non pas de malade, mais de « stigmatisée », ce qui la renvoie à ce qu'elle cherche à fuir. En outre, elle lui propose de procéder par hypnose, procédé soignant les « bobos » des enfants et qui n'est pas remboursé, ce qui rompt encore le lien avec son cancer et ses conséquences.[350]

Le renvoi vers les « psys » est vécu très souvent, et surtout pour les personnes issues de milieux populaires, comme une négation du réel. Ce qui est « dans la tête » n'existe pas dans le corps ; recommander à quelqu'un de rencontrer un psy revient à dénier sa souffrance physique ou à la renvoyer à une maladie qu'elle n'a pas, du moins qu'elle ne se représente pas comme venant d'elle-même.

La souffrance de Maud est largement autant psychique que physique, mais elle prend place aussi dans un « non-lieu » social, qui est celui de son handicap actuel dont elle n'arrive pas à « faire » quelque chose. On « est » handicapé et cet être-là « fait peur ».

Quel sens peut-elle donner à cette nouvelle « identité », elle qui est issue d'un milieu où les « handicapés » sont moqués, voire méprisés ? Ce que l'histoire de Maud met en scène, c'est l'opposition de mondes qui se succèdent, mais relèvent de références sociales différentes. Ainsi, le monde de la maladie est un monde dont on peut sortir, puisqu'elle a guéri de son cancer, a ensuite amorcé une pente ascendante. Mais après avoir franchi les étapes qui l'ont conduite d'une « classe handicapée » à un lycée « tout à fait normal », elle se retrouve bloquée, à un moment donné, par l'obtention d'un emploi aménagé et un stigmate qu'elle voudrait faire disparaître complètement. Dans ce monde, elle n'est plus « guérie » mais « handicapée », c'est-à-dire pourvue d'un mal chronique, inscrite en elle et dont elle ne pourra pas sortir. On comprend alors qu'elle se retourne vers les médecins pour leur demande de continuer à la soigner, mais ceux-ci ne répondent pas sous la même forme, car s'ils ont pu la « guérir » de son cancer, ils ont bien du mal à la débarrasser de son handicap.

---

[349] Goffman E., *Stigmates*, Les éditions de Minuit, Paris, 1975.

[350] Les personnes atteintes d'un cancer sont prises en charge à 100% en général, et pendant longtemps. Cela pose d'ailleurs un problème de confidentialité lorsqu'elles cherchent un travail et qu'on leur demande copie de leur attestation de carte vitale où le taux de remboursement est indiqué, provoquant souvent des questions de la part de l'employeur.

Maud cherche à être reconnue malade plus que handicapée et elle se sent abandonnée dans cette quête, par l'institution soignante mais aussi par le reste de la société. « *Tout le monde a l'impression que je suis handicapée* », est sans doute la façon dont elle exprime le mieux ce qu'elle ressent : le décalage entre la façon dont elle vit son état et la catégorie à laquelle elle se sent assignée. Elle est une « malade-guérie » et cette catégorie-là n'existe pas.

L'histoire de Maud peut paraître exceptionnelle du fait des séquelles importantes et visibles[351] dont elle souffre et qui la mettent de façon quasi automatique dans la catégorie des « handicapés ». Celle de Valérie permet de relativiser le seul impact des séquelles apparentes pour placer au niveau des représentations les effets stigmatisant consécutifs à la maladie. Ces difficultés font apparaître le paradoxe de la notion même de guérison : elle fait référence à un état de mieux-être, d'amélioration, de fin des souffrances et des désordres qui, dans le cas de guérison du cancer, correspond rarement à cette réalité. La maladie elle-même se présente sous un jour complexe : le plus souvent aujourd'hui, elle n'est pas très invalidante au moment du diagnostic et les patients se sentent devenir malades durant leur traitement. Les médecins sont également porteurs d'images contradictoires : à côté du médecin combattant qui part en guerre contre le cancer et qui, parfois, gagne la partie, œuvre le médecin malfaisant, qui empoisonne le corps avec sa chimiothérapie, brûle la peau et les organes avec ses rayons et mutile les corps avec sa chirurgie. Le médecin qui a guéri est nécessairement tous ces médecins : à la fois, bon et méchant, bientraitant et malfaisant. Ces jeunes leur doivent la vie au sens physiologique du terme, et l'imposition d'une nouvelle vie, dans sa réalité quotidienne.

Plutôt que de parler de séquelles du cancer, ou même des traitements, ne pourrions-nous pas parler de séquelles de la guérison ? Dans le cas du cancer, c'est bien le traitement (dans le sens d'une attaque du processus morbide) qui crée de tels désordres, non la suppression de la maladie. Certes, il est plus courant d'associer la notion de séquelles à celle d'événement malheureux, et la guérison est largement considérée comme un processus positif. Les séquelles de la guérison pourraient être ces processus de blocage qui apparaissent au décours de la maladie et font apparaître un nouvel état, différent de celui de malade et de celui de la « bonne santé » d'avant la maladie.

Le processus de guérison apparaît aussi socialisé que celui de maladie. Celui-ci est un acte scientifiquement raisonné, s'inscrivant dans des procédures d'action guidées par la priorité

[351] Une visibilité cependant plus accessible dans son discours que dans son apparence physique puisqu'elle réussit assez bien à masquer son handicap, lequel n'est pas repérable immédiatement.

de la vie « à tout prix »[352]. Le primat de la « préservation de la vie » fait parfois l'impasse sur le changement de vie qu'induit la guérison.

Le mode de résolution des problèmes rencontrés à la suite des traitements alterne entre la reconnaissance du handicap et celle de la chronicité de la maladie. Le passage au statut handicapé pose des questions assez spécifiques, dans la mesure où il ne s'agit pas du passage d'un état « normal » à un état « handicapé », mais d'un état de « malade » à celui de « guéri » en même temps qu'à celui de « handicapé ». La valeur positive attachée à la notion de guérison est masquée par la valeur négative du handicap. L'ancien malade devient handicapé par sa guérison.

La sociologie du handicap peut sans doute nous aider à comprendre ces situations compliquées à assumer pour les jeunes gens concernés. En effet, Murphy[353] considère que les personnes dites « handicapées » sont en fait figées dans une position liminaire, si l'on se réfère aux trois phases décrites par Van Gennep[354] pour illustrer les rites de passage dans nos sociétés : préliminaire, liminaire et post-liminaire. Les personnes handicapées seraient bloquées dans un entre-deux, un espace de flottement. Les injonctions sociales faites aux personnes handicapées par le monde ordinaire les installeraient durablement dans les interstices de la structure sociale[355], malgré les politiques de réadaptation mises en place en France.

La situation de nombreux jeunes que nous avons rencontrés ressemble en effet à une évolution empêchée, à un moment donné, par une conjonction de passages fermés. D'abord, celui de « malade » est considéré comme transitoire, puisqu'il est censé ne déboucher que sur deux issues : la mort ou la guérison. Celui de « guéri » permet alors de sortir du statut de « malade ». En revanche, si cette guérison introduit un nouvel état, celui-ci n'est pas socialement identifié. C'est sans doute la raison pour laquelle les uns tentent de retourner vers la maladie et les autres cherchent à se faire reconnaître parmi les bien-portants (les « normaux »). Ils se retrouvent bloqués dans leur quête car elle est impossible et ils souffrent d'un mal que l'on pourrait définir comme « le mal de la guérison du cancer ».

---

[352] On y retrouve des choix décisionnels qui se rapprochent, sous certains aspects, de ceux que l'on rencontre en réanimation néonatale et qui sont très finement décrits par Paillet A., *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, Paris, 2007.

[353] Murphy R., *Vivre à corps perdu*, Plon, Paris, 1990, cité par Stiker H.-J., « Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double », *Champ Psychosomatique*, vol. 3, n°45, 2005, p. 7-23.

[354] Van Gennep A., *Les rites de passage. Étude systématique des rites*, Picard, Paris, 1981.

[355] Calvez M., « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences sociales et santé*, 1994/4, vol. 12, n°1, p. 61-88.

*Guérisons mortelles : la révélation d'un malentendu*

Les histoires que nous avons étudiées jusque-là relèvent de situations où le problème du cancer n'est plus vraiment d'actualité et où les pathologies du long terme ne mettent pas en cause, à court terme, un pronostic vital. Il s'agit donc, avant tout, de se situer dans une vie à venir, même si certains ont beaucoup de mal à avancer. Les deux récits à suivre concernent des trajectoires différentes puisque, si la maladie cancéreuse est traitée et peut-être guérie, de multiples pathologies ont pris le relais, pour des raisons plus ou moins liées, altérant sévèrement la santé des jeunes (ici un jeune homme et une jeune fille), aujourd'hui très dépendants et dans un processus d'évolution plutôt défavorable.

On retrouve, dans ces deux récits, les mêmes éléments déterminant la façon dont les parents se positionnent face à la maladie de leur enfant. De milieu aisé, connaissant de nombreux médecins puisque son mari travaille pour l'industrie médicale, Madame E. serait plutôt dans une complicité de classe avec le milieu médical. Le couple a réussi à garder un espace de décision parentale, en choisissant par exemple de changer de ville pour le deuxième traitement de leur enfant. Mais après une rechute, leur fils a entamé une pente descendante, ne pouvant plus marcher, avec des problèmes mnésiques et psychiques tels qu'il était désormais impossible d'espérer qu'il retrouve une autonomie. Commence alors un véritable deuil pour toute la famille, qui avait pourtant lutté durant des années pour garder l'espoir.

Madame E. l'exprime sous une forme assez euphémisée, en s'appuyant sur notre recherche pour tenter de faire valoir un point de vue qui ménage toujours les soignants[356] :

> *C'est pour ça que si vous voulez, il y a des moments où avec mon mari on s'est dit : est-ce que ça a été le bon choix ?*
>
> Q : oui. (Silence) Oui forcément vous vous posez la question.
>
> *Est-ce qu'on n'a pas été nous, en tant que parents, égoïstes ? On voulait sauver notre fils, mais si on se place de son point de vue est-ce que lui, si il avait eu le droit de dire quelque chose, est-ce que il aurait dit… bon. Dans tous les cas on n'avait pas ce choix. Alors maintenant je me dis, justement avec le recul, avec tout ce que vous allez faire, est-ce que les parents n'ont quand même pas plus le droit de savoir tout ce qui peut… Enfin je ne sais pas vous voyez ce que je veux dire…*
>
> Q : Dites le… Parce que c'est important.
>
> *Est-ce que effectivement, si véritablement, au jour d'aujourd'hui avec les progrès qu'il y a eu, les études que vous allez faire et peut-être vous rendre compte qu'effectivement dans beaucoup de cas on sauve la vie au prix de souffrances autres… Est-ce que il ne faut mieux pas au départ être très, très, franc, alors seulement avec les parents qui le demandent parce que parfois il y a des parents qui ne veulent pas savoir. Moi j'en ai aussi vu et entendu qui préféraient ne pas savoir donc je respecte. Mais est-ce que les médecins ne pourraient pas avoir la franchise de dire bah oui, dans ce cas-là je sais qu'on fait un traitement mais les effets secondaires ça donnera ça.*
>
> Q : Vous avez la sensation que les médecins n'ont pas été totalement transparents ?
>
> *Non alors, encore une fois là je ne dis pas, parce que je pense que dans le cas de Guillaume, je pense que (silence) la manière dont je l'ai compris, enfin comme je leur ai fait toute confiance, et que je leur avais demandé de me dire toute la vérité donc je pense qu'ils ont été francs avec moi. Je pense qu'ils m'ont dit tout ce qu'ils pouvaient me dire mais je pense que tout ce qui est arrivé, ils ne le maîtrisaient pas eux non plus donc ils ne pouvaient pas se permettre de me dire des choses … Qu'ils ne savaient pas vraiment et que si elles n'étaient pas arrivées, moi comment je les aurais intégrées et qu'est-ce que j'en aurais pensé, vous voyez ? Je pense que là il y a aussi une protection de leurs*

[356] Entretien réalisé par Hélène Lecompte et moi-même.

> *pairs euh, de leur part en se disant : on ne sait pas donc quand on ne sait pas on ne dit pas. Donc, voyez, non, non je ne leur en veux pas, je n'en veux à personne. La seule chose c'est que je pense au futur. Parce que moi je pense que si on revenait en arrière, si on avait la possibilité, je pense que je préférerais qu'on me le dise, maintenant vous dire si je ferais le choix ou pas, je ne sais pas, mais… Je préférerais savoir, comme j'ai toujours préféré savoir même ce qui était difficile. En tant que maman, mais pour les autres, ça ne veut pas dire que d'autres familles ou d'autres mamans auront la même façon de voir les choses et ça ne veut pas dire que si j'avais le choix, j'aurais choisi de ne pas traiter mon fils, attention, je… Parce que ça c'est encore autre chose.*

On a vu, au chapitre VIII, que Madame E. disposait, avec son mari, d'un réseau social lui permettant de négocier chaque décision concernant son enfant et de choisir le lieu des traitements. Très informée, très entourée aussi, elle a toujours conscience pourtant, puisqu'elle a beaucoup fréquenté les hôpitaux et rencontré d'autres parents, d'avoir bénéficié d'une situation privilégiée. Sa proximité avec le corps médical la place dans une situation difficile : elle cherche à faire entendre sa voix mais elle la complète toujours par celle des médecins. On y retrouve la même capacité que Madame A à se déplacer et à faire sienne l'argument du « cas par cas » et de la compétence différentielle des patients à entendre, à comprendre et même, à décider. Toutes ces précautions prises, et compte tenu de ce qu'elle dit et qui équivaut à remettre en question la survie de son enfant, elle s'appuie alors sur notre enquête pour faire entendre son interrogation. Cette femme connaît bien le raisonnement médical qu'elle traduit parfaitement par un silence qui vaut aveu d'ignorance. Ce qu'elle reproche de façon détournée aux médecins n'est pas leur ignorance, c'est leur silence. Celui-ci n'aurait sans doute rien changé puisque justement elle n'aurait pas pu choisir en connaissant l'avenir, mais cette éventualité aurait pu être soulevée et elle ne l'a sans doute pas été. Une fois encore, il ne nous est pas possible de savoir ce qui a été dit ni comment cela s'est réellement passé, le seul matériau dont nous disposons est le discours de la mère et ce qu'elle en fait aujourd'hui, qui met en relation la question de la connaissance et celle du choix.

« Quand on ne sait pas on ne dit pas » : nous avons souvent eu l'occasion de faire cette même observation, que l'on pourrait même prolonger par « quand on ne peut rien faire on ne dit rien ». Le « savoir, le « faire » et le « dire » sont souvent associés en médecine. Dans ces conditions d'incertitude, que peut-on nommer un choix ? Existe-t-il une alternative ? En fait, cette femme demande à pouvoir faire un choix alors que ce choix « en connaissance de cause » est impossible, ce qui lui donne le sentiment qu'une option a été prise (donc un choix opéré, de fait), selon un principe qui s'est imposé à eux. Car à un autre moment de l'entretien, elle explique que son fils, apprenant sa rechute et se voyant décliner à chaque traitement, avait d'abord refusé de subir un nouveau traitement radiothérapie.

Le message que fait passer cette femme est qu'elle ne s'attendait pas à ce que cette guérison aboutisse à cela et que cette réalité-là lui est insupportable. Elle est « coincée », ne pouvant pas déplorer que son fils soit en vie, mais déplorant cette vie qui n'a pas été, pour autant, « sauvée ».

Le cas de Madame F, interrogée avec sa fille, est différent dans la mesure où elle s'est opposée frontalement aux médecins. Le parcours de sa fille fut long, il a fallu plusieurs années avant que l'on détecte des tumeurs cérébrales, après un séjour en clinique neurologique de plus d'un an, sans aucun diagnostic. Cette jeune fille, aujourd'hui âgée de 22 ans, cumule plusieurs maladies auto-immunes d'origine génétique. Du fait de la complexité de son état, qui continue d'empirer, elle est aussi lourdement handicapée et totalement dépendante. Tout au long de l'entretien[357], la mère se fond totalement avec sa fille, utilisant le « on » et le « nous » pour décrire toutes les phases de la maladie et des traitements.

> *C'est vrai que quand Ariel a commencé à aller plus mal, parce qu'on a vu la progression de la maladie d'Ariel, où elle pouvait marcher, où elle pouvait avoir une discussion, où elle pouvait plus avoir une discussion, vous voyez, travailler bien et puis après on travaillait moins bien, on faisait plus de sport…*
>
> Q : Donc en fait, vous l'avez vu décliner petit à petit…
>
> *Oui, je continue, et je continue ! Oui, moi c'est ce que je dis, je fais, on va vers des avancées négatives, on en parle toutes les deux parce qu'elle aussi, elle est aux premières loges, elle est aux premières loges, c'est clair. […] C'est Ariel qui m'a permis d'avancer et de vivre ça comme ça parce que j'ai dû faire le deuil d'Ariel d'avant. Ça a été jusque-là ! […] C'était un petit ouistiti hyper dynamique, je faisais, quand elle est tombée malade, Ariel, je faisais le tour de sa taille avec les mains, comme ça, vous imaginez la grosseur d'Ariel ? (elle fait aujourd'hui plus de 100 kg) J'avais un petit ouistiti qui grimpait aux arbres, qui me grimpait dessus qui… Nos amis, parce que j'ai la chance d'avoir des amis depuis très longtemps, j'en ai pas beaucoup mais ceux que j'ai sont restés tout le temps et, du coup, ça n'a pas été comme la famille, ça n'a pas éclaté et…*
>
> Q : Ça vous a aidé ça ?
>
> *Oui ? C'est… très rassurant et… C'est vrai qu'on en parle, quand on se voit et quand on se souvient d'Ariel quand elle grimpait partout voilà, ils font cette différence entre avant, après aujourd'hui, voyez c'est, voilà. On a besoin de ça en plus pour avancer on en a besoin, dès fois on dit ça fait mal mais on a besoin d'avoir mal pour pouvoir avancer, on n'avance pas sans le mal, c'est clair ! Personnellement.*
>
> Q : C'est ce que vous pensez ?
>
> *Oui ! oui, oui. Et je le vis comme ça. Et j'ai fait le deuil de mon enfant d'avant.*
>
> Q : A quel moment vous en avez pris conscience de ça ?
>
> *Ça fait très mal, et c'est très long.*
>
> Q : Ça ne vient pas d'un coup, c'est un processus en fait ?
>
> *Oui.*
>
> Q : Parce que les médecins ne le verbalisent pas comme ça ?
>
> *Alors moi, c'est sûrement encore différent par rapport à d'autres parents parce que je récupère un enfant qui est encore plus malade que quand je l'ai laissé au départ. Vous voyez ? Donc ça aussi il faut le… Donc il faut pas regarder derrière pour pouvoir, des fois on dit, il faut regarder derrière pour pouvoir avancer, moi si je regarde derrière, je m'autodétruis.*

Lorsque sa fille, à la suite d'une longue errance de diagnostic, commence ses traitements, elle raconte : « mais là je revivais parce que je me disais on va faire enfin quelque chose sur Ariel,

[357] Entretien réalisé par Hélène Lecompte.

on va quand même faire quelque chose. Et là vous avez une, il y a quelque chose qui s'éclaire au-dessus de vous et, vous vous dites : ça y est, je suis sortie du tunnel. Et pendant la chimiothérapie, même la radiothérapie, même si ça a été dur, je me suis dit : ça y est, on tient le bon bout. Et puis après, très vite j'ai compris qu'il fallait faire demi-tour et qu'on était à nouveau dans le noir ».

La guérison ici, ressemble à un processus « à l'envers » : elle est le début d'un long déclin sans espoir, dont cette jeune femme ne sortira pas.

Pour ces deux mères, il n'y a pas un « avant » et un « après » la maladie. Il y a un début, encore que dans le cas de Madame F, celui-ci soit difficile à dater, mais l'une et l'autre sont encore « dedans », même s'il n'est plus, directement, question de cancer. Elles ont, en le disant chacune à leur manière, découvert que « guérir » peut signifier « perdre la santé ».

Ces deux récits racontent des situations extrêmes, où la souffrance des traitements se prolonge au-delà de la « survie » de l'enfant. Ils portent sur des décisions lourdes, dont il ne nous est pas possible ici de juger les déterminants, ni même d'en analyser les composants. Ils obligent cependant à penser une guérison conduisant à la perte de la vie, selon un chemin distinct de celui de la maladie, si celle-ci n'avait pas été « vaincue ».

Ces situations éclairent les autres, celles où les séquelles sont moins importantes, où l'enfant peut acquérir une certaine autonomie, mais elles montrent comment se pose le paradoxe du traitement du cancer et des possibilités d'exprimer ce qui se passe « après ». La composante morbide de la guérison est une réalité qui n'a pas de mots, ni dans le langage médical, ni dans le langage commun. La iatrogénie n'est pas un concept vraiment satisfaisant pour en rendre compte. Le Haut Comité en Santé Publique, qui adopte une large définition de ce terme, considère comme iatrogènes « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé »[358]. En revanche, l'état du patient qui supporte ces conséquences ne porte pas de nom.

L'explication de type psychologique aux difficultés psychiques à vivre une « guérison » du cancer n'exclut pas une approche sociologique. La souffrance morale s'inscrit aussi dans un contexte social où les remaniements identitaires auxquels les individus sont soumis trouvent difficilement une place cohérente et réparatrice. Ces situations extrêmes révèlent aussi la façon dont le « normal » s'impose aux individus en dehors de leur propre conscience.

---

[358] Garros B., « Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie », *Actualités et dossiers en santé publique*, n°25, décembre 1998, p. 9-12.

C'est le parti pris de Pollak quand il écrit, à propos de *L'expérience concentrationnaire* : « toute expérience extrême est révélatrice des constituants et des conditions de l'expérience « normale », dont le caractère familier fait souvent écran à l'analyse. Dans cette recherche, l'expérience concentrationnaire, en tant qu'expérience extrême, est prise comme révélateur de l'identité comme image de soi, pour soi et pour autrui. Le caractère exceptionnel de cette expérience rend problématiques deux phénomènes situés au cœur de notre recherche : l'identité et la mémoire. Or, les rendre problématiques revient à les rendre visibles, donc analysables »[359]. La totalité des récits que nous avons recueillis, qu'ils émanent des patients ou de leurs parents, s'organise autour de cette opposition entre ce qu'ils décrivent comme des « mondes » séparés, dont ils n'avaient pas connaissance avant de plonger dans celui de la maladie cancéreuse. Une mère a ainsi fait cette réflexion au médecin d'un service d'oncologie pédiatrique, qui nous l'a rapporté en ne cachant pas le choc que lui a fait une telle association : « j'ai l'impression qu'avec mon mari et ma fille, nous sommes déportés ».

[359] Pollak M., *L'expérience concentrationnaire*, *op. cit.*, p.10.

## Chapitre XI : Le médecin, le malade et la guérison

La guérison est plus difficile à appréhender d'un point de vue sociologique que la maladie, car elle ne déclenche pas un état, un statut, une position socialement identifiée comme telle. Elle est ainsi souvent occultée comme état distinct de ceux de maladie et de « bonne santé », au-delà d'autres statuts comme le handicap, dont nous avons vu qu'ils rendaient difficile l'expression du vécu du « guéri ». Celle-ci permet pourtant de révéler des mécanismes peu visibles sur le terrain des traitements. Lorsque Marie Ménoret étudie des *Temps du cancer*, elle dessine des trajectoires où les guéris apparaissent, soit sans séquelles, soit avec des séquelles s'inscrivant dans une nouvelle trajectoire dite, soit de maladie chronique, soit de handicap[360]. Mais dans tous les cas, la trajectoire du cancer elle-même est stabilisée. Cette représentation, qui est compréhensible du point de vue du traitement du cancer saisi à partir d'un centre spécialisé, n'est pas celle des patients guéris, rencontrés de longues années après. Certes, il devient possible de renommer le mal : cardiopathies, stérilités, troubles moteurs etc., mais pour les individus, ce dont ils souffrent est directement lié à leur cancer, il ne s'agit donc pas d'une autre maladie mais de celle qui accompagne leur guérison, et qui ne peut avoir du sens qu'en fonction de cette maladie originelle.

Pour autant, comme les médecins ne nomment pas explicitement cet état, il devient difficile, pour la « société civile », de lui donner un nom significatif d'une nouvelle identité. Selon les points de vue, la « guérison » est une nouvelle maladie ou est un « retour » à l'absence de maladie. Ces deux acceptions du phénomène coexistent sans que ne soient éclaircis les fondements sur lesquels elles s'organisent et s'imbriquent l'une dans l'autre.

La confrontation des points de vue n'aboutit pas pour autant à une simplification du problème. D'un point de vue médical, la guérison peut être considérée comme une nouvelle maladie, mais elle n'est pas nécessairement analysée comme cela ni présentée sous cette forme. Du point de vue des « profanes » que sont à la fois les malades et les « bien-portants », la guérison n'est pas non plus systématiquement un retour à l'état de « bonne santé », mais là encore il existe un décalage entre les représentations collectives et les expériences individuelles.

L'expérience de la maladie est traduite par ce qu'elle produit comme effet, à savoir la mise en œuvre de traitements médicaux et sociaux particuliers. Car « tomber malade » a pour conséquence directe, dans la France du XXIe siècle, de se « faire soigner ». Comme l'explique Freidson, on attend bien d'un malade qu'il devienne un patient, en acceptant de demander assistance à des professionnels pour tenter de sortir de cet état.

---

[360] Ménoret M., *Les temps du cancer*, CNRS Editions, Paris, 1999, p. 82-83.

Interroger la guérison, c'est donc interroger la maladie en tant qu'objet de pratiques, à travers leur effet le plus souhaité, par les soignants comme par les malades, et même l'ensemble de la société. En reprenant l'exemple du cancer comme entrée dans la problématique de la guérison, cette fois du point de vue du champ médical qui lui est dédié et des membres de la profession qui s'y consacrent, nous utiliserons le concept d'objet du travail pour comprendre sur quelles bases s'accomplit le travail du médecin, en tant que professionnel s'emparant individuellement de l'objet « cancer » et en tant que participant à une organisation structurée pour une « lutte » collective contre le cancer en tant que « fléau ».

*Le cancer, objet du travail médical ?*

Le cancer fournit un bel exemple des problématiques complexes que toute maladie entraîne autour de ses causes. La maladie « doit » avoir une cause, le mal « doit » avoir un sens. La façon dont on le combat doit donc aussi avoir un sens : il est inutile de se représenter le « mal » s'il ne permet pas d'informer sur le « bien ». Si l'on suit Susan Sontag dans son exploration de *La maladie comme métaphore*[361], où le cancer tient une belle place, on s'aperçoit que la richesse symbolique de cette maladie est directement liée à son caractère mortel et au défi qu'elle lance à la rationalité scientifique. En revanche la guérison est moins poétique, elle inspire peu les créateurs.

Dans son ouvrage, *Cancer de chercheurs, cancer de cliniciens*, Ilana Lowÿ propose une classification des sciences médicales en trois grands domaines : « d'abord les domaines fortement intégrés à la science comme la thérapie du sida, l'endocrinologie, la génétique médicale, où d'importants éléments du traitement dépendent directement des résultats de laboratoire. Ensuite se dessine un espace intermédiaire qui englobe l'urologie, la rhumatologie et la gastroentérologie qui mobilisent à la fois des données de laboratoire et une expérience clinique. Enfin, les domaines tels que les soins d'urgence, le soulagement des douleurs chroniques, la gériatrie ou l'obstétrique, apparaissent davantage liés à la pratique clinique qu'aux recherches de laboratoire »[362]. Cette classification permet d'échapper à la dissociation entre une représentation biomédicale de la médecine et une représentation sociologique qui s'inscrit « à côté » de celle-ci. Elle intègre ainsi des données historiques, biologiques, thérapeutiques aux conditions concrètes d'exercice de ces disciplines médicales et à leur inscription dans un champ de la médecine. L'auteur situe la thérapie du cancer dans

---

[361] Sontag S. (1993), *La maladie comme métaphore*, C. Bourgeois, Paris, 2005.

[362] Lowÿ, I., *Cancer de chercheurs, cancer de cliniciens. Trajectoire d'une innovation thérapeutique*, Editions des archives contemporaines, Paris, 2002, p. 261.

le premier de ces domaines, du fait de la définition scientifique qui supporte sa pratique. Il s'oppose en cela à d'autres domaines, comme la médecine de la douleur, qui s'est plutôt construite sur un « vide » institutionnel autant que scientifique et qui, si elle fait l'objet de recherches spécifiques aujourd'hui, est totalement dépendante des formes cliniques de son expression.[363]

Le cancer est une maladie qui supporte un champ de la médecine, la cancérologie, qui s'est distinguée des autres pathologies par la création de lieux spécifiques dédiés à sa prise en charge, mais qui ne s'apparente pas à une spécialité d'organe[364]. Sa constitution comme espace de soin s'est fait indépendamment des espaces de formation et cette particularité est liée à son histoire. Dès le XVIII^e^ siècle, la situation dramatique des cancéreux pousse à la compassion un chanoine charitable qui cherche un lieu pour accueillir les cancérés[365]. Mais c'est aussi la crainte de la contagion par l'air vicié chargé de pestilences que dégagent les plaies de ces malheureux, qui incite les autorités à ouvrir des hôpitaux d'incurables, comme on nomma longtemps les personnes atteintes de ce mal. Le doute sur la nature du cancer persista longtemps puisque les discussions autour de l'ouverture de ces établissements témoignaient, au XVIII^e^ siècle, de l'existence de controverses sur la nature infectieuse (et donc contagieuse) du mal.

Les cancéreux, placés chez les incurables, étaient dédaignés par les médecins, puisque les traitements étaient pratiquement inexistants jusqu'à la fin du XIX^e^ siècle, si ce n'est quelques tentatives de chirurgie qui n'avaient pour conséquence directe que de hâter la fin des malades. Pinell rapporte ainsi que des 21 patientes opérées par hystérectomie en 1832, aucune n'a survécu à l'opération[366]. À part ces chirurgies expérimentales, que les anesthésiques commençaient à rendre possible, les chances de guérison d'un malade du cancer étaient donc nulles au XIX^e^ siècle. En revanche, ce fut à cette époque que s'organisèrent les premières spécialisations hospitalières autour de ces pathologies que l'on espérait, sinon guérir, du moins secourir, au registre desquelles le cancer ne figurait pas. Et comme les cancéreux étaient voués à la mort, ils ne représentaient pas non plus une valeur

---

[363] Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, Paris, 1995.

[364] Avant l'instauration des DES en 1983, l'oncologie médicale, qui rassemble surtout les « chimiothérapeutes » ne constituait pas une spécialité reconnue, ni par le Conseil de l'ordre, ni par la Sécurité sociale, mais une compétence. La radiothérapie était incluse comme une des options de la radiologie, à côté de la radiologie diagnostique. Quant à la chirurgie, elle constituait une compétence surtout acquise sur le tas. Aujourd'hui encore, la chirurgie oncologique n'existe pas en tant que telle. En revanche, l'exercice d'une spécialité (pneumologue, hématologue, pédiatre, gynécologue, dermatologue) dans des services ou des centres de cancérologie octroie, par les stages d'internes et de chefs de cliniques, suivis d'une pratique assez spécifique, cette spécialisation.

[365] Pinell P., *Naissance d'un fléau…*, *op. cit*, p. 22 et suiv.

[366] *Ibid.*, p. 29.

sociale digne d'être prise en considération. Les seuls « profits » qui pouvaient être tirés du cancer étaient symboliques et sociaux, car ce « mal » se prêtait à merveille aux œuvres charitables qui y voyaient là une source de malheurs directement exploitables et que la médecine ne semblait pas pressée de leur enlever.

La cancérologie émergea par un mouvement de spécialisation minoritaire qui n'est pas lié à la nature du mal ou des malades, mais à une technique thérapeutique, comme ce fut le cas pour l'orthopédie ou l'urologie au milieu du XIXe siècle. Il faudra attendre le début du XXe siècle pour que cette logique concerne le cancer, d'abord par l'usage des rayons X et la découverte de leurs effets thérapeutiques, mais surtout la radiumthérapie, jusqu'à l'ouverture de l'Institut du radium en 1913. Cependant, la faculté de médecine ne s'est à aucun moment intéressée à ces projets, qui sont le fruit de collaborations entre la faculté des sciences et l'Institut Pasteur.

Cette naissance peu académique de la médecine du cancer va lui conférer longtemps une place particulière dans le paysage de la formation médicale. La Ligue contre le cancer, crée au lendemain de la Grande guerre, en 1918, prend place dans un paysage sanitaire marqué par la tuberculose[367]. Les hygiénistes et les philanthropes s'y engagent et y insufflent un esprit de « médecine de guerre » qui marque encore aujourd'hui cette « lutte ».

Ainsi, la démarche de traitement du cancer, fortement expérimentale, « est possible, dès lors qu'elle prend pour objet non pas la physiopathologie du cancer, mais la physiopathologie qui affecte les cellules (normales ou cancéreuses) irradiées »[368]. L'historique de cette démarche est fondamental pour comprendre la façon dont, aujourd'hui encore, s'organise la prise en charge des personnes atteintes de cette maladie.

Au début du XXe siècle, si l'on commençait à entrevoir des possibilités de rémission pour des cancers dépistés tôt, les autres, et tout particulièrement ceux qui présentaient des métastases, ne bénéficiaient d'aucun espoir de guérison. D'où une mission que la Ligue contre le cancer n'a jamais lâchée : celle de la prévention. Cette prévention n'était pas tant celle du cancer, qui est apparue plus tardivement avec la mise en lumière de l'effet cancérigène de certaines substances, impliquant à la fois des comportements individuels et des environnements professionnels, mais celle du diagnostic « tardif », c'est-à-dire à partir de l'apparition de symptômes douloureux et invalidants. Le public est alors pris à partie pour jouer le rôle de sentinelle médicale, *via* les médecins généralistes, et le patient doit apprendre

---

[367] *Ibid.*, p. 115.

[368] *Ibid.*, p. 148.

à lire les signes de son « corps-objet-de-la-médecine »[369]. En outre, les représentants de la médecine du cancer luttent contre des pratiques de « charlatans », mais aussi de leurs pairs : généralistes qui orientent mal, gynécologues ou radiologues pratiquant la radiothérapie sans formation etc.

Les traitements contre le cancer ont considérablement évolué après la seconde guerre mondiale, d'abord grâce aux progrès spectaculaires de la chirurgie et la découverte des premières substances chimiothérapiques susceptibles de retarder, voire d'arrêter le processus de développement des cellules cancéreuses. On retrouve aujourd'hui chez les médecins pratiquant dans les centres dévolus à cette maladie, une représentation de leur « spécialité » qui porte l'empreinte de la construction des structures soignantes sur la base d'une compétence spécialisée dans la mise en œuvre de moyens thérapeutiques particuliers.

Cette représentation s'organise autour cet objet scientifiquement fascinant qui est la cellule cancéreuse, seul lien entre ces maladies du sang, des os ou des organes. Lorsque l'on interroge des médecins travaillant en cancérologie, on est frappé par le poids affectif des histoires racontées. Ils sont autant affectés par la violence de leurs pratiques que par la morbidité de leurs patients, ils doivent faire des choix épouvantables dont ils assumeront seuls les conséquences, ils voient venir la mort, mais surtout les souffrances, avant même que leurs patients ne les ressentent. Ce ne sont pas seulement les succès thérapeutiques, même s'ils embellissent quelques histoires, même s'ils sont spectaculaires dans certaines pathologies, qui les « font tenir ». Ce ne sont pas non plus les patients, auprès de qui ils jouent tour à tour le rôle de bourreau et de sauveur, qui leur demandent évidemment beaucoup (la vie…) et face à qui ils ne se sentent pas toujours armés pour répondre dans les meilleures conditions[370]. Leur « motivation » apparaît lorsque le sujet se déplace du patient au cancer. Là, les têtes se relèvent, les yeux brillent : ils sont « pris » par un autre objet.

L'extrait qui suit a été réalisé avec un oncologue médical, peu « bavard » et répondant à nos questions sous une forme volontiers « expéditive ». Plusieurs malentendus (au sens propre autant que figuré) furent cependant l'occasion de le conduire à aller plus loin dans ses propos.

> Q : Le cancer, je voulais vous demander : est-ce que, intellectuellement, c'est intéressant ?
> *Oui.*
> Q : Pourquoi c'est intéressant ?

---

[369] *Ibid.*, p. 274.

[370] Le premier plan cancer, en 2001, demandait ni plus ni moins aux médecins soignant les personnes atteintes d'un cancer, de veiller à leur état psychologique et à leur réinsertion sociale, tout cela sans moyens (les postes d'assistantes sociales dans les centres de lutte contre le cancer, sont très peu nombreux), mais en prenant en charge « globalement » les malades.

> *C'est la relation à l'autre.*
>
> Q : …… ah oui ? Je ne m'attendais pas à ça (rires). Plus particulièrement le cancer ?
>
> *Oui.*
>
> Q : Pourquoi ?
>
> *Parce que vous touchez la mort, direct. C'est la mort, c'est l'image de la mort en direct.*
>
> Q : Oui, c'est la mort. Moi je pensais au cancer médical quoi, au niveau, voyez…
>
> *Intellectuel ? Oui mais là aussi c'est intéressant. Mais c'est la relation… ce qui est intéressant c'est de voir la relation entre : un corps étranger et son hôte.*
>
> Q : Et son… ah ! et son hôte ! j'avais compris : autre… d'accord.
>
> *Dans tous les sens.*
>
> Q : … Ah oui c'est comme ça que vous le voyez, vous, ça, c'est intéressant ?
>
> *Oui.*
>
> Q : C'est-à-dire : le cancer c'est un corps étranger dans un corps…
>
> *Faut pas oublier que les cellules cancéreuses sont des cellules qui dérivent des cellules normales.*
>
> Q : Oui c'est pas des trucs qui arrivent de l'extérieur, c'est…
>
> *C'est à soi.*
>
> Q : C'est soi-même qui les produisons. Et donc…… ce que vous voulez dire c'est que c'est la personne qui a les cellules cancéreuses qui finalement va se faire hôte de ces cellules, les laisser se développer ou pas, c'est ça ?
>
> *Non, enfin je, je crois pas au fait que l'esprit soit capable de développer le cancer, c'est pas ça. Non non pas du tout. Mais ce qui est intéressant, c'est, c'est voir que les gens ont une espèce de petite, on le comprendra peut-être un jour d'ailleurs, une petite bête qu'on a nourri, qui est dans soi quoi. Et qui est capable de faire des bouleversements, aussi bien psychiques que physiques. C'est à l'image de la société quoi, c'est une communication qui se met entre les cellules cancéreuses, les cellules cancéreuses et le milieu environnant.*
>
> Q : Qui est : les autres cellules du corps de la personne malade ?
>
> *Oui.*
>
> Q : Et vous, là, votre boulot ?
>
> *C'est de casser le système de communication entre les cellules.*
>
> Q : D'accord……. et c'est ça la chimiothérapie ?
>
> *Ouais.*

En peu de mots, il y a ici beaucoup d'images. Celle l'« autre/hôte », celle d'une mort « en direct » et que l'on peut « toucher », celle de la « petite bête » « nourrie » par le corps humain et, enfin, le cancer comme métaphore de la société qui périrait de l'existence de liens pathogènes à son environnement, qu'il faut « casser ». Une fascination pour la mort qui devient accessible, comme le dit cet autre médecin :

> *Il est fascinant (le processus cancéreux) parce que là on va toucher à la mort cellulaire, au processus de mort cellulaire, comment une cellule peut mourir, comment elle peut échapper à la mort cellulaire et donc devenir immortelle et entraîner la mort. Donc ça m'a, ça m'a vraiment au départ, passionné sur le plan biologique. Mais les résultats cliniques étaient catastrophiques.*

Les médecins racontent parfois leurs premiers contacts avec les services de cancérologie comme des moments difficiles, où ils voyaient des personnes mourir et souffrir et où, surtout il y a trente ou quarante ans, les traitements étaient peu efficaces. Une époque où, disent-ils, on tuait les patients qui ne réagissaient pas positivement aux traitements. Ils font ainsi, à cette occasion, une « rencontre » avec le cancer en tant qu'ennemi qui leur lance en direct un

défi et qu'ils combattront « à mort ». S'occuper de cancéreux n'est plus synonyme de compassion ou de charité, cela devient un métier qui gagne ses lettres de noblesse.

De la représentation du cancer découle la représentation du travail des médecins. Et cette communauté de vue autour d'une même pathologie semble le point de rencontre des praticiens qui consacrent leur vie professionnelle à cette maladie par rapport à ceux qui soignent, à l'occasion, des cancers dans d'autres structures, en particulier les services organisés autour d'une spécialité d'organe. Soigner un cancer du poumon parmi d'autres pathologies de l'appareil respiratoire n'entraîne pas le même ethos professionnel que soigner un cancer du poumon parmi d'autres cancers.

La spécificité des lieux de traitement du cancer organise ainsi les rapports entre les médecins, même si la collaboration semble avoir été encouragée par le premier plan cancer et la mise en place des réunions pluridisciplinaires. Il se dégage des entretiens un déplacement des rivalités entre spécialités médicales et chirurgicale. Ces médecins, d'une part se situent autour d'une même maladie (ils ont le même « ennemi ») et, d'autre part, se constituent en une communauté différente de celle des « autres », ceux qui ne sont pas engagés totalement dans la même « lutte » contre (face ?) à la mort. Les extraits d'entretiens qui suivent déclinent plusieurs références de cette agrégation :

Le même métier :

> *Un CHU c'est un CHU. C'est pas la même chose qu'un CLCC*[371]*. Un CLCC c'est une culture, tout le monde pour le cancer, on ne fait que ça, on n'est pas payé à l'acte, enfin bon y' a plein plein de trucs, y'a pas de, y'a pas de consultation privée… Et puis, quand on informatise, on se compare avec les autres centres, quand on budgétise on compare avec les autres centres, quand on dépense des médicaments on se compare avec les autres centres, y'a un benchmarking permanent qui fait que, c'est vraiment des acteurs de métier, du cancer, dédiés à 100 % au cancer.*
>
> *(oncologue médical)*

Les mêmes malades :

> *Donc déjà je crois que, il faut qu'il y ait une mise au point très simple parce que, dans la diversité des modes de, professionnels, vous allez voir que, en cancérologie il y a deux systèmes, il a des systèmes, qu'ils soient publics ou privés, représentés par nous ou S, qui sont des structures dédiées à la cancérologie. Dont 99,9 % de nos malades, c'est de la cancérologie. Ca c'est extrêmement important dans une vision de prise en charge globale des malades, que ça aille de l'aide soignante au médecin. Parce que on ne soigne que ce genre de patients. Et c'est à mon avis une prise… alors je dis bien, public privé, euh, c'est un mode de fonctionnement et le différentiel il n'est pas sur le statut mais sur le : les établissements qui gèrent que de la cancérologie* versus *des établissements où ils intègrent des malades cancéreux dans plein d'autres activités. C'est à mon avis l'élément le plus important qui change dans la vision de la maladie, la vision du malade, la prise en charge du malade.*
>
> *(Chirurgien)*

Le même « bateau » :

[371] Centre de lutte contre le cancer.

> *C'est-à-dire que, de toute façon on est tous dans le plan cancer, on est tous dans le même truc, même si on est radiothérapeute, biologiste, médecin oncologue, chimiothérapeute, radiologue ou j'sais pas quoi ! on est dans le même truc, on est dans le même bateau. Au CHU vous ne pouvez jamais avoir cette impression-là ! vous êtes toujours en train de vous dire, oui mais les moyens que je vais essayer d'avoir, c'est au détriment de… de telle spécialité, qui va me faire la gueule, m'engueuler en CME*[372] *etc. Ici il y a une CME, c'est cancer, hein ! vous voyez ce que je veux dire ? c'est une espèce d'unité, de temps de lieu et d'objectif qui…*
>
> *(oncologue médical)*

Les mêmes compétences :

> *Le fait de savoir faire un examen ORL, permet de discuter d'égal à égal avec un ORL. Le fait de savoir faire un examen gynécologique, ça permet de discuter d'égal à égal avec un gynécologue. Donc c'est vrai que, cet élément, je veux dire, la partie clinique, parce que je pense que c'est encore de la clinique, permet ces échanges avec les, permet ces échanges avec les spécialistes d'organe. Et les chirurgiens.*
>
> *(Radiothérapeute)*

Le cancer n'est donc pas seulement une maladie, c'est un espace à partir duquel s'institue aussi un certain mode de relation, aux malades et aux confrères autant qu'à la maladie. Cette communauté ne signifie pas qu'elle soit exempte des divisions et des hiérarchies qui traversent le corps médical : les rivalités s'expriment ici comme ailleurs, mais cette proximité d'objet, de même que la nécessité de coopération qui fait rarement d'une guérison le succès d'un seul, donne un relief particulier aux relations professionnelles qui s'y instaurent.

La chirurgie cancéreuse, par exemple, est une chirurgie générale, mais qui revendique sa spécialisation par les effets du geste pratiqué, anticipant une évolution de la maladie et ne consistant pas en un geste essentiellement mécanique. La chirurgie anticancéreuse est aujourd'hui dépendante, *via* les protocoles de décisions pluridisciplinaires où l'acte est discuté entre spécialistes de disciplines différentes. Le chirurgien qui travaille dans de telles conditions doit ainsi se socialiser à un partage des décisions qui n'est pas inscrit dans sa culture professionnelle, et ne se fait pas sans heurts[373]. Il doit ainsi s'intégrer à un ordre où il n'est pas toujours, totalement, le maître. Le radiothérapeute également doit trouver une place particulière dans un espace de soignants où l'objet est à la fois identique et différent pour chacun d'entre eux :

> *On ne raisonne pas obligatoirement de la même façon. Schématiquement un chirurgien et un radiothérapeute raisonnent de la même façon.*
>
> Q : C'est-à-dire ?
>
> *Pourquoi ? parce que eux, ils ne font que des traitements locorégionaux. Le chirurgien, il opère la tumeur il fait un curage. Le radiothérapeute, il irradie la tumeur, il irradie les ganglions qui sont autour. On travaille dans la même sphère, la maladie locorégionale. Le chimiothérapeute est plus, je dirais, quelqu'un qui traite la maladie générale. Il traite la maladie locale aussi mais il traite la maladie générale. Donc il y a des modes de réflexion qui*

---

[372] Commission médicale d'établissement.

[373] Castel P., « La gestion de l'incertitude médicale … », *op. cit.*

> *ne sont pas nécessairement les mêmes. Je dirais l'oncologue médical a peut-être plus une version médecine interne que le chirurgien ou le radiothérapeute. Donc je pense que ça peut expliquer peut-être ces différences dans la prise en charge des patients. On le voit bien quand un patient a été traité en cours de surveillance, quand vous regardez un compte rendu de chirurgien et de radiothérapeute euh… y'a un compte rendu d'oncologue médical, le chirurgien et le radiothérapeute vont se focaliser surtout sur la zone qui a été traitée. Hein ! si c'est de la gynécologie, ben y'aura le chirurgien et le radiothérapeute feront systématiquement un examen gynécologique. Chose que ne fera pas nécessairement l'oncologue médical. Parce que déjà il a moins l'expérience que le radiothérapeute et le chirurgien, et puis effectivement lui est plus intéressé, enfin plus intéressé, autant intéressé par savoir s'il y a des métastases sous claviculaires, pulmonaires etc. je pense que cette, cette approche peut expliquer en partie cette différence. Il suffit encore une fois de prendre les comptes rendus, les comptes rendus sont complètement différents.*
> *(Radiothérapeute)*

La maladie cancéreuse est unifiée par les lieux de son traitement, mais elle est éclatée dans l'espace professionnel selon qu'elle est pensée et traitée à partir de la cellule, du sang, de l'organe ou de sa prolifération. Alors que le cancer du malade est « unique », ce sont « des cancers » que chaque médecin traite simultanément chez le même malade. Chacun lance sa propre offensive : l'un enlève la tumeur, l'autre bombarde de rayons une zone qui pourrait en accueillir d'autres, un autre ensuite « casse la communication » entre ces cellules afin de les rendre à nouveau mortelles. Les représentations des métiers du cancer recouvrent le mode selon lequel cette maladie s'est organisée, avec cette combinaison curieuse de travail collectif et de tâches isolées. Comme sur un bateau dit un médecin, on pourrait ajouter : comme sur un bâtiment de la Marine nationale, où les fonctions s'emboîtent les unes dans les autres, chacun restant maître dans sa spécialité et contribue en même temps à gagner la guerre.

Si l'objet d'un travail se définit à partir d'une délimitation d'un champ d'action recouvrant son champ de compétences, alors le chirurgien a « fait » son travail lorsqu'il a enlevé la tumeur, le radiothérapeute lorsque la zone définie a reçu le maximum de rayons supportables etc. On comprend alors que la notion de « prise en charge globale », mise en avant dans les centres de lutte contre le cancer, soit une notion à double entrée : la lutte paraît globale dans la mesure où tous agissent, en des points différents, sur un même corps, mais cela signifie-t-il que le malade soit, en tant que personne, au centre de l'action médicale ? N'est-ce pas parce que chacun est « autonome » dans son travail et compétent dans son domaine que les effets des traitements sont difficilement pris en charge : ils ne relèvent plus d'aucune de ces spécialités.

Par ailleurs, l'écart entre ce que disent les médecins les plus jeunes ou les internes, et les récits des plus anciens, témoigne de l'enjeu que représente la « lutte contre le cancer » dans le registre des combats que mène la médecine. Les résultats aujourd'hui sont certes là, mais le cancer reste toujours un mystère à percer, avec toutes ses conséquences, tant en matière de succès thérapeutiques que de recherche fondamentale, comme en témoigne l'apparition de

théories sur les cellules-souches cancéreuses[374] ou les thérapies géniques appliquées au cancer.

Sans doute est-ce aussi cette approche particulière qui fait apparaître une évolution de la clinique cancéreuse, telle que la décrit David Cantor. Au XIXe siècle, le cancer semblait un attribut de l'individu et le diagnostic consistait à interroger le patient dans tous les aspects de sa vie afin de détecter la nature du mal qui le rongeait[375]. L'ouverture des corps et l'examen des tissus permettant d'identifier la forme du mal ont provoqué une première rupture ontologique révolutionnant les pratiques. En tant que maladie, c'est-à-dire ensemble de manifestations cliniques, le cancer n'existait presque plus, concentrant les actions sur son état anatomopathologique. Aujourd'hui, on pourrait dire que le malade « réapparaît » dans la clinique, allant jusqu'à prendre en compte les représentations sociétales de la maladie. Le cancéreux est à nouveau impliqué, par son mode de vie, son alimentation, son travail, son environnement, dans le processus pathogène. Il est porteur d'un « risque », qui s'est développé presque malgré les médecins.

L'histoire de l'interprétation, sur le terrain, de l'effet de l'amiante dans le développement du mésothéliome pleural est assez significative de ce type d'évolution. Dans les années soixante-dix, on expliquait aux étudiants nantais comment interroger un patient en vue de diagnostiquer un mésothéliome pleural. Les signes qu'il présentait étaient associés à son métier, et s'il travaillait sur les chantiers navals, on savait qu'il souffrait de la « maladie de l'amiante ». Mais rien n'était jamais dit, ni à la famille, ni dans les publications scientifiques. Le tabac se présentant comme un des rares facteurs pathogènes liés à un comportement individuel, c'est lui qui, éventuellement, était officiellement désigné comme le responsable de la maladie. Il a fallu attendre les années quatre-vingt-dix[376] pour que le « scandale de l'amiante » soit révélé au public, grâce surtout aux médecins du travail, c'est-à-dire à ceux qui avaient intégré dans leur mission la protection de la santé des travailleurs. Cette mise à jour n'était pas possible dès lors que le colloque singulier scellait un secret professionnel et conditionnait une représentation désocialisée de la maladie[377].

---

[374] Laplane L., « Cellules souches cancéreuses : réflexions épistémologiques », *Sociétés* n°105, 2009/3, p.45-55.

[375] Cantor D., « Cancer », dans Lecourt D. (dir), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF 2004, p. 195-201.

[376] L'amiante a été interdite en 1996 en France.

[377] Sallé C., *Regards croisés de la sociologie et de la psychologie sur le mésothéliome. Etude exploratoire réalisée pour l'axe 5 « Cancer et Sciences de l'Homme » du Cancéropôle Grand-Ouest*, A.-C. Hardy (sous la dir.), Les informations que nous rapportons concernant l'apprentissage des signes du mésothéliome pleural nous ont évidemment été rapportées de façon tout à fait informelle, par un médecin qui montre par ailleurs à quel point la médecine peut être aveugle, non seulement lorsqu'elle sert des intérêts de classe, mais aussi lorsqu'elle n'a pas de « solution » à proposer. Car la Loire-Atlantique, qui est une des régions les plus touchées mais qui fut parmi les dernières à enregistrer (et encore fort mal) ces cancers professionnels, investit aujourd'hui dans la recherche thérapeutique, avec la découverte récente de chimiothérapiques permettant d'améliorer l'espérance de vie de ces malades. A

Le cancer est-il rangé au registre des « erreurs » que Canguilhem avait repérées comme constituant un « nouveau concept en pathologie »[378] ? Celle-ci semble en effet induire un nouveau rapport à la connaissance et à l'objet de la médecine, mais il reste à démêler la nature de cette erreur : erreur biologique, métabolique ou génétique ? Aujourd'hui, il semble que ce soit le concept de « risque » qui joue ce rôle de distanciation entre les conditions biographiques et sociales d'apparition du cancer et l'objet sur lequel se porte le travail du médecin. « Guérir » comme « nouveau risque », si « de fait, l'éradication de l'erreur quand elle est obtenue est irréversible, alors que la guérison d'une maladie est parfois la porte ouverte à quelque autre, d'où le paradoxe des « maladies qu'il est dangereux de guérir » »[379].

*Qu'est-ce que « guérir » ?*

*« Il n'y a pas de réalité du mal »*[380]

Si le cancer est une maladie qui s'exprime par un processus de développement cellulaire pathologique, mais surtout mortel pour tout l'organisme, alors on comprend que la lutte contre le cancer consiste à combattre « à mort » ce processus, à travers les cellules qui s'en trouvent responsables. Un combat que l'on nous a souvent décrit comme pouvant être, au propre, « à mort », allant jusqu'à « tuer le malade » à défaut du cancer. Guérir du cancer ressemble donc autant à une victoire sur les traitements et leur attaque sans merci, qu'à une victoire des traitements contre les cellules cancéreuses. Comme la maladie, nous l'avons dit, peut se vivre surtout à travers les désordres provoqués par les différentes thérapeutiques utilisées, la guérison peut aussi se penser comme une « survivance » aux agressions médicales. S'il n'y avait pas les limites constituées par les capacités de résistance des patients au traitement, le cancer serait toujours guérissable puisque, fondamentalement, on dispose de substances susceptibles de l'éliminer, dans tous les cas.

À travers le cas particulier du cancer, il devient possible de problématiser la question de la guérison, au moins à partir d'un premier point de vue croisé : celui des médecins, dont on pourrait caricaturer l'objectif en disant qu'ils cherchent à « éradiquer » le mal, et celui des patients, dont on pourrait tout autant caricaturer le désir en disant qu'ils veulent redevenir « comme avant ». Or tuer le mal n'est pas l'enlever, c'est modifier le corps qui l'héberge et le modifier durablement. Cette modification est souvent rappelée par les médecins eux-mêmes,

---

l'époque, le diagnostic officiel était le cancer du poumon, et même du fumeur, la consommation de tabac augmentant le risque de mésothéliome, ce n'était apparemment qu'un « demi-mensonge », et dans tous les cas, la conduite à tenir était la même, le décès survenant quelques mois après le diagnostic.

[378] Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966. p. 207 et suiv.

[379] *Ibid.*, p. 211.

[380] *Ibid.*, p. 61.

qui affirment qu'en matière de cancer « on ne guérit pas, on remplace une maladie par une autre, que l'on espère moins grave. »[381] Comment cela peut-il se penser, du point de vue médical ?

Canguilhem expose une représentation des frontières entre santé, maladie et guérison qui permet de comprendre comment agit la médecine sur des individus malades et comment ces derniers peuvent être conduits à s'interroger sur ce nouvel état qui est le leur. Sans verser dans un relativisme dont il se défend, Canguilhem développe cependant une idée qui tranche avec la représentation normative de la maladie telle qu'elle était développée par Claude Bernard. Pour lui, l'état de maladie n'est ni un désordre ni une perte de normes, mais une modification de celles-ci, qui conduit l'individu à restreindre ses capacités. Autrement dit, la maladie réagence les normes habituelles de l'individu, ce qui conduit le malade à n'être « pas anormal par absence de norme, mais par incapacité d'être normatif »[382]. La normativité représente ici la puissance d'adaptation aux agressions et aux modifications d'un environnement. L'homme en bonne santé, dit Canguilhem, est « plus que normal », il est « normatif », c'est-à-dire qu'il peut s'adapter à de nouvelles normes sans pour autant que ses capacités ne soient altérées. Cette définition permet de penser la maladie comme une « nouvelle dimension de la vie » puisque le nouvel agencement produit des effets nouveaux, en particulier la limitation du champ d'action de chaque individu. C'est ce qui permet aussi de penser le caractère individuel de l'état de maladie ou de « bonne » santé, selon les normes avec lesquelles chacun organise sa propre existence.

L'action médicale se situe à ce point-là particulièrement complexe, puisqu'elle est multiple. D'une part, il s'agit évidememnt de soigner la maladie, mais d'autre part et, toujours en même temps, de soigner les maladies qui peuvent être déclenchées par cette maladie. Comme l'écrit Canguilhem, « la rougeole ce n'est rien, mais c'est la bronchopneumonie qu'on redoute. La syphilis n'est si redoutée que depuis ses incidences d'ordre nerveux »[383] etc. L'action de soin est ainsi une intervention sur le cours de la maladie pour éviter que celle-ci ne produise des dommages. La bonne santé revient à pouvoir résister aux attaques de la vie sans que ces dommages ne se produisent, alors que la maladie les provoque inévitablement.

Soigner une maladie conduit à provoquer un nouvel agencement des normes qui permette cette adaptation, mais avec, toujours, une réduction des capacités d'adaptation de l'individu aux traumatismes qu'il rencontrera par la suite. Ce nouvel agencement peut produire, dans le

---

[381] Oncologue.

[382] Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p.122.

[383] *Ibid.*, p. 132.

cas de la guérison, un état de bonne santé, mais qui n'est jamais le même que celui d'avant. C'est un état qui nécessite « ménagement », c'est-à-dire une attention nouvelle aux risques de la vie. De ce fait, la maladie peut se définir quasiment de la même façon que la guérison, puisqu'« il n'y a pas de désordre, il y a substitution à un ordre attendu ou aimé d'un autre ordre dont on n'a que faire ou dont on a à souffrir »[384].

Cette représentation de la guérison est à la fois rationnelle et philosophique, dans la mesure où elle place la guérison dans un *continuum* entre plusieurs états qui, bien qu'étant définis selon les règles du normal et du pathologique, perdent de leur puissance d'opposition systématique. La réalité du mal pourtant est difficile à chasser des représentations, et l'on a vu que chez les médecins, y compris chez ceux qui étaient engagés dans les recherches les plus avancées, ces représentations normatives continuent d'agir. La guérison a ainsi une fonction métaphorique, qui est celle de mettre en images l'existence de forces capables de lutter contre (et de vaincre) le mal.

*« Mon roi guérit, donc il n'est pas un homme comme les autres »*[385]

Que les médecins doivent leurs succès thérapeutiques aux progrès de la science, nul ne le discuterait aujourd'hui, mais que la guérison se réduit aux effets de cette science, cela mérite sans doute discussion[386]. L'idée de guérison en effet, n'a pas attendu les Lumières pour acquérir une fonction sociale, dans toutes les sociétés et à toutes les époques. Les guérisseurs, sorciers, magiciens et autres « panseurs » que l'on retrouve partout sous des formes diverses, en attestent. Si l'homme a tellement besoin d'être guéri, la science médicale est sans doute largement venue alimenter ce besoin, voire édifier de nouvelles utopies. Aussi anachronique que cela puisse paraître, il semble impossible de penser sociologiquement la guérison sans interroger la signification sociale de cette idée d'une possible victoire du « bien » sur le « mal », et sur le contenu de ce « bien » et de ce « mal ».

La guérison, en dehors d'une rationalisation scientifique, est une construction symbolique portant sur les possibilités humaines d'agir sur la vie et d'en modifier le cours « naturel », à partir de catégories de pensée, disponibles à un moment et dans une société donnés. Elle s'inscrit dans des systèmes de représentations accordant aux « guérisseurs » des pouvoirs variant selon les époques et l'usage social du fait de guérison.

---

[384] *Ibid.*, p.128.

[385] Bloch M., *Les rois thaumaturges*, Gallimard, Paris, 1983, p. 157.

[386] On pourrait évidemment discuter de cet « effet placebo » qui est au centre de nombreux débats scientifiques sur l'efficacité des médicaments, mais qui n'est volontairement pas au cœur de notre problématique, dans la mesure où il propose d'emblée une distinction entre l'effet thérapeutique « réel », qui serait celui d'une action biochimique ou biologique, et un effet thérapeutique « psychique » qui serait celui d'une action subjective, susceptible ou non d'interférer sur l'efficacité « réelle » d'une substance.

Arrêtons-nous un moment sur une catégorie de médecins d'une nature un peu particulière, pratiquant leur art du haut Moyen âge à la Révolution française, puis ponctuellement jusqu'au XIXe siècle. Il s'agit des rois thaumaturges, dont l'étude est rendue d'autant plus pertinente qu'elle fut réalisée par Marc Bloch[387], qui nous propose une analyse historique méticuleuse en même temps qu'un cadre interprétatif interrogeant la dimension sacrée du pouvoir royal s'exprimant dans un don de guérison.

De quoi s'agit-il ? De rois médecins, si l'on reprend l'expression usitée par l'historien lui-même. Qu'on les appelle médecins n'est pas anodin, car ils en présentaient une caractéristique, quoique dans une version très spécialisée : ils guérissaient les scrofuleux en touchant leurs écrouelles[388]. Ce détail de l'histoire pourrait paraître anecdotique, d'autant plus qu'il ne concernait que les rois français et anglais. Pourtant, grâce à l'analyse méticuleuse que Bloch nous livre de la mise en place de ce rite jusqu'à son extinction, on voit apparaître les différents éléments qui font de l'acte de guérison le signe d'un pouvoir à la fois sacré et profane. L'historien replace l'institution de ce rite dans un contexte géopolitique où la dynastie monarchique était fort instable et où la légitimité d'un roi restait souvent à prouver, car la filiation ne suffisait pas toujours à asseoir une dynastie. Pour autant, une désignation ou une élection basée sur le mérite individuel affaiblissait aussi l'autorité royale. Il fallait alors la conjonction d'un double rite pour ancrer la royauté dans une double autorité : religieuse par le rite de l'onction et dynastique par celui du couronnement. La conjonction des deux accordait au roi un droit divin mérité par héritage. Cette légitimité faisait du roi une sorte de saint, ou du moins un envoyé de Dieu, et il avait grand intérêt à manifester cette qualité par des actes exceptionnels. Celui de la guérison apparaît à l'époque comme la bienfaisance la plus accomplie. Mais cela n'allait pas de soi et il fallut une véritable campagne de « publicité » pour faire adopter la croyance dans le pouvoir thaumaturge d'Henri II. L'enjeu était de taille car « le miracle royal se présente avant tout comme l'expression d'une certaine conception du pouvoir politique suprême ; de ce point de vue, l'expliquer, ce sera le rattacher à l'ensemble d'idées et de croyances dont il fut une des manifestations les plus caractéristiques ; aussi bien faire rentrer un cas particulier dans un phénomène plus général, n'est-ce pas là le principe même de toute « explication » scientifique ? »[389]

---

[387] M. Bloch, *Les rois thaumaturges, op. cit.*

[388] Les scrofuleux étaient en fait des tuberculeux, dont les ganglions du cou avaient tendance à grossir et à s'infecter. La forte labilité de ces ganglions laisse penser que l'on pouvait trouver là une explication presque rationnelle à cet effet de guérison, qui pouvait aussi rapidement diminuer qu'augmenter.

[389] M. Bloch, *Les rois thaumaturges, op.cit.*, p. 51.

L'explication est pourtant loin d'être simple. Elle peut s'éclairer par l'analogie avec les faits observés dans les sociétés dites « primitives ». Ce que tente Bloch en se demandant si, à l'instar de certains rois polynésiens, les rois thaumaturges disposaient d'un pouvoir à la fois malfaisant (de provoquer les écrouelles) et bienfaisant, le temps n'ayant retenu que ce dernier. L'auteur rejette l'hypothèse selon laquelle les rois thaumaturges aient pu être aussi des « fauteurs de maladie » et constate que, dans le rapport entre le bien et le mal, ils se positionnent dans une autre controverse. Ces rois ne possédaient pas le don de faire le bien **et** le mal, mais plutôt le bien **sans** le mal, procurant « des bienfaits sans contrepartie fâcheuse »[390]. Ici peut-être se situe le miracle ainsi que la nature du pouvoir de guérison. D'ailleurs les médecins de l'époque pouvaient recommander à leurs malades d'aller se faire toucher par le roi, une recommandation qui advenait à l'occasion avant l'adresse au chirurgien, entre les mains desquels il ne fallait se confier qu'en dernière extrémité, tant les chances d'y survivre étaient faibles.

L'étude des rois thaumaturges peut paraître, pour notre sujet, totalement anecdotique. Mais elle nous apporte des informations rares sur plusieurs aspects des représentations sociales originelles de la médecine et de ses actes, à l'aube de la constitution d'un corps légitime. Ces informations portent sur trois points essentiels.

Le premier est la désignation de **l'acte qui fait le médecin**. Ici il s'agit de la guérison. C'est parce qu'il permet la disparition du mal que le roi est déclaré médecin. De ce point de vue, on se place sur le registre de la preuve autant que de la croyance. Le peuple croyait au don du roi (comme à celui des saints, des ecclésiastiques en général et des guérisseurs et sorciers) parce que celui-ci avait des résultats. S'il ne guérissait pas, il n'aurait pas été désigné ainsi. L'évaluation que l'on peut faire, aujourd'hui, de la réalité de la guérison des malades royalement touchés n'est que transposition d'une norme dans un monde qui en connaissait une autre. Autrement dit, le principe même du raisonnement semble le même, ce sont les outils qui divergent. Voir la guérison implique que celle-ci soit concrètement démontrée, même si cela passe par des récits que l'on qualifierait aujourd'hui de fantasmatiques. Le médecin n'est pas quelqu'un qui raisonne, ou qui fait ce qui ne se voit pas, c'est quelqu'un qui fait un geste (même si celui-ci est accompagné de paroles d'ailleurs obscures) conséquent.

On retrouve cette question de la preuve dans une étude beaucoup plus contemporaine, qui est celle qu'a menée Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage[391]. Son enquête date du début des années soixante-dix et permet de faire sortir de l'obscurantisme et de

---

[390] *Ibid.* p. 54.

[391] Favret-Saada J., *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris, 1977.

l'accusation de débilité ces paysans, sorciers, ensorcelés et désorceleurs. Elle montre que la question de la crédulité est une fausse question, puisque le problème n'est pas ce que l'on croit, mais ce qui est, prenant acte ici de ce qui se dit. C'est la parole qui fait de l'effet. C'est elle qui tue les Maoris de Polynésie, cités en exemple par Mauss pour décrire ces faits « où la nature sociale rejoint très exactement la nature biologique de l'homme »[392].

L'effet performatif de la parole médicale est sans doute accéléré par les progrès techniques de la médecine. Une femme peut se sentir en pleine santé et apprendre, à l'issue d'une opération nationale de dépistage, qu'elle est « malade ». Si elle croit la parole de son médecin qui s'appuie sur des signes radiologiques et anatomopathologiques certes, mais des signes qu'elle n'est pas en mesure d'interpréter, elle va se soumettre à des traitements susceptibles de la mutiler et de la rendre, « malade » au sens où elle devient fatiguée, souffrante etc. À l'issue du traitement, alors qu'elle a une perception de son état altéré par rapport à celui qu'elle ressentait lorsqu'elle était allée faire sa mammographie, le médecin peut la déclarer « guérie » ou du moins en rémission et elle n'a d'autres choix que de le croire, ou plutôt de croire en sa compétence à interpréter des signes qui lui sont étrangers. Le cancer est une maladie qui reflète bien les paradoxes d'une médecine où le patient ne se sent pas atteint et où, pour guérir, il devra accepter d'altérer sa santé « perçue ». La parole est ce qui institue les rapports entre les individus, qu'ils soient rois, sorciers ou médecins. La guérison, sur ce point, n'existe pas *scientifiquement* parlant, elle est d'abord un symbole, et c'est crédités de cette « force » acquise durant leurs études que les médecins peuvent acter symboliquement une guérison ou une maladie.

Le second point soulevé par l'analyse de Bloch est, à la suite du premier, **l'action véritable du roi-médecin**. Celui-ci guérit certes, mais surtout, il enlève le mal sans pour autant intervenir sur le corps souffrant. Ce n'est pas lui qui guérit, c'est Dieu qui agit par son intermédiaire. L'acte divin est totalement bon et bénéfique, il ne fait qu'ôter le mal, il n'en déclenche aucun et, même inefficace, il ne nuit pas. Il fait disparaître la marque de la maladie, ici les écrouelles, ce qui suffit pour penser que la maladie a disparu. La représentation du mal étant exogène, la guérison consistait en premier lieu à trouver le moyen de faire repartir le mal d'où il venait ou d'en combattre l'origine. La purification, avant d'être hygiénique, était religieuse et permettait de nommer le mal et de faire exister un être derrière ce mal. Le passage d'une représentation exogène à une représentation endogène de la maladie n'est pas allé de soi et s'est accompagné d'une autre représentation de la guérison, et même de la

[392] Mauss M., « Faits néo-zélandais et polynésiens », dans *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1980, p. 329.

médecine, en introduisant l'idée d'une action sur le corps[393]. La guérison royale en revanche relève des guérisons surnaturelles qui dissocient l'homme de sa maladie. Ainsi la différence, relevée par Bloch, avec les croyances populaires de sorcellerie, résidait dans l'exclusivité du bénéfice. C'est aussi le cas des désorceleurs du Bocage décrits par Favret-Saada, qui ne font que du bien, au contraire des sorciers, qui déclenchent le mal. Mais la figure des désorceleurs est plurielle : il y a les désorceleurs « pour le bien » et ceux « contre le mal ». Les premiers ont une force assez limitée et peuvent seulement éloigner le mal. Les autres font bien mieux, ils s'attaquent directement à la force du sorcier et ce faisant, lui font du mal. Le schéma auquel arrive l'ethnologue est celui d'un transfert de forces, tant vitales que magiques, entre le sorcier, le désorceleur et l'ensorcelé. Grâce à la force magique du désorceleur, la force vitale volée par le sorcier à l'ensorcelé est récupérée et restituée à ce dernier, affaiblissant, parfois à mort, le « coupable ».

Enfin, le fait même de procéder à des guérisons assoit le pouvoir du roi, car cela signifie qu'il possède un rapport particulier avec Dieu, que d'autres n'ont pas et ce faisant**, cela le qualifie**. Au cœur des polémiques qui ont traversé le pouvoir thaumaturge des rois de France et d'Angleterre, il y avait la comparaison entre la nature du pouvoir royal et celle du pouvoir (acquis) des religieux. Le pouvoir royal est-il d'origine divine ? L'est-il de façon comparable à celui des prêtres, évêques et papes ? Le sacre est-il un sacrement qui permet une délégation du pouvoir divin ? Ces questions, dans un contexte où il n'y a de légitimité possible que relayée par la volonté de Dieu, sont d'abord politiques. Savoir ce que Dieu accorde au roi, c'est déterminer l'étendue de son pouvoir, en particulier s'il est plus ou moins important que celui de l'Église. L'enjeu des guérisons royales se situe exactement à ce point de discussion de la nature de l'autorité souveraine. Cela se joue sur le registre d'un savoir qui est le seul alors reconnu, qui est théologique et liturgique. Ce savoir accorde une légitimité au roi et la confiance de son peuple.

La guérison apparaît comme un fait social qui traverse toutes les sociétés, mais elle s'efface aujourd'hui devant une science qui justifie, non pas la puissance du « bien » sur le « mal », mais la concomitance de ces deux forces, justifiant non plus un pouvoir divin, mais celui de l'homme sur la nature[394]. Cette représentation hippocratique de l'acte médical n'est pas, pour

---

[393] Vigarello G., *Histoire des pratiques de santé, op. cit.*

[394] Pour Hipprocrate, le médecin doit arriver à maîtriser, par la connaissance, un fonctionnement de la nature qui lui permettra d'agir sur celle-ci pour qu'elle inverse son action pour réparer ce qu'elle a engendré. Car l'effet thérapeutique est, pour Hippocrate, d'abord œuvre d'une nature qui possède la double capacité de tuer et de faire vivre. Cf. sur ce point, Starobinski J., « Guérison », dans Lecourt D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, op.cit. p. 546-553.

autant, dépossédée de tout système de croyance[395], mais celui-ci s'avère complexe, relevant tour à tour de la religion, de la sorcellerie, de la magie ou, à l'opposé, de la science médicale. Comme acte social qualifiant de ce fait guérisseurs et guéris, la guérison s'efface, au motif sans doute que la science la relativise. Elle semble pourtant fonctionner comme un moteur puissant des rapports noués entre les agents impliqués dans un acte thérapeutique, à travers sa capacité à proposer une distinction entre le bien et le mal, même si (et là serait sans doute son intérêt) elle en complique toujours un peu plus les liens.

Penser sociologiquement la guérison nécessite de donner du sens aux valeurs morales attachées aux actes de soins, puisque, même à l'état d'idéal, d'utopie, de projet voire de fantasme, elle met en actes un système de représentations du bien et du mal devant, pour fonctionner, recueillir l'adhésion d'un grand nombre d'acteurs. La portée de l'acte médical s'étend au-delà d'une pratique professionnelle en proposant un système de valeurs collectivement reconnu.

[395] *Ibid.*, p.548 : « Le fameux serment qui est attribué à Hippocrate invoque « Apollon médecin », Asclépios, et les deux filles de celui-ci, Hygie et Panacée. Mais ces divinités ne sont pas appelées à intervenir : elles garantissent la sainteté des actions du médecin. ».

## Conclusion de la cinquième partie : La guérison comme *non-lieu*

D'un côté, la guérison semble s'effacer derrière une représentation pragmatique et relative d'un état de santé fluctuant et, de l'autre, elle condense les projets les plus aventureux de la recherche médicale pouvant aller jusqu'à fabriquer une nouvelle « nature » humaine prétendant à l'immortalité. Ce paradoxe, particulièrement prégnant dans les discours sur le cancer, selon que l'on parle d'une lutte au corps à corps des malades ou au plus profond de la nature de ce mal, déclenche une position ambivalente des soignants nous conduisant à suspecter derrière la thématique de l'après-cancer, l'existence d'un véritable *tabou* médical. Nous utilisons ici le terme de tabou dans le sens choisi par Freud : « Pour nous, le tabou présente deux significations opposées : d'un côté, celle de *sacré*, *consacré* ; de l'autre, celle *d'inquiétant*, *de dangereux*, *d'interdit*, *d'impur*. En polynésien, le contraire de tabou se dit *noa*, ce qui est ordinaire, accessible à tout le monde. C'est ainsi qu'au tabou se rattache la notion d'une sorte de réserve, et le tabou se manifeste essentiellement par des interdictions et restrictions. Notre expression *terreur sacrée* rendrait souvent le sens de tabou »[396]. Ce tabou de la guérison se manifeste par une difficulté à aborder de front cette question, soit en la faisant disparaître (la guérison n'existe pas), soit en faisant porter sa problématisation sur l'autre (ils croient que l'on peut guérir comme ça…), soit en la réduisant à une situation simple (ils n'ont plus de cancer). En même temps, les médecins utilisent souvent ce verbe lorsqu'ils s'adressent aux patients : « si vous voulez guérir », « on va tout faire pour vous guérir », « vous pouvez vous considérer guéri ». Renvoyés à cette représentation, ils sont souvent gênés et considèrent parfois que la question ne doit pas être posée en ces termes. Cette difficulté, chez les médecins, de parler vraiment de ce qu'ils font, le bien et le mal, un mal pour un bien, découvert souvent tardivement par les patients, ce qui n'est pas pour améliorer leurs relations avec les soignants, alerte et doit conduire à interroger les conditions sociales dans lesquelles praticiens et patients conduisent, ensemble, un processus de guérison[397].

La mythologie grecque témoigne du caractère ambigu du sacré, Apollon est à la fois un dieu guérisseur et porteur d'épidémies, « le pouvoir supérieur qui peut provoquer la maladie peut

---

[396] Freud S., *Totem et tabou*, Payot, Paris, 1965, p. 35

[397] Anne Paillet a mis en évidence ce même type de malaise concernant les décisions de poursuite ou d'arrêt en réanimation néonatale. Elle a bien montré que les conséquences des actes posés étaient traditionnellement portés par les médecins, le reste des soignants ayant ainsi une plus grande liberté à adopter des positions critiques. On y retrouve certaines questions communes à notre objet, concernant cette trilogie parents/enfants/médecins, mais aussi ces ruptures temporelles, où la décision d'une ou d'un groupe de personnes est portée sur le long terme par un autre groupe, qui n'y prend pas toujours part et qui ne réalise jamais les actes qui en découlent. Paillet A., *Sauver la vie, donner la mort… op.cit.*

aussi, en d'autres occurrences, dispenser la guérison »[398]. La religion catholique a préféré séparer le mal du bien, elle a opéré le déni de la double face des actes, bons et mauvais selon leur usage, leur fonction, leur interprétation. Les rois ainsi ne pouvaient plus faire le mal dès lors qu'ils étaient du côté de Dieu et pouvaient intercéder auprès de lui. La guérison, qui comprend à la fois ce mal et ce bien, le retournement aussi de l'un sur l'autre, n'a plus d'autre issue que de devenir *tabou.*

Pourtant, on pourrait considérer que la médecine fonde sa légitimité sur deux piliers. Le premier est la rationalité scientifique, le second est le pouvoir de guérir. Pour que, comme l'affirme Freidson, les médecins aient pu convaincre de leur suprématie en termes de guérison, il ne leur a sans doute pas suffi de se réclamer de la science, il fallait qu'elle soit efficace et pose des actes significatifs. Peut-être est-il est vain de chercher ce qui fait la légitimité médicale, puisque si la science est la justification par laquelle le monopole a été obtenu, le pouvoir de guérir a peut-être été aussi celui par lequel les médecins ont dû faire leurs preuves, pour s'attirer la croyance de leurs patients. La guérison, même relativisée par la science, reste sans doute un acte fondateur du pouvoir médical, qui lui donne non seulement du crédit, mais aussi qui institue sa profession. Le plus grand risque, tant pour la profession que pour ses membres, semble d'être mis en échec, définitivement, sur cette question-là[399].

Si la maladie peut être comprise sociologiquement à travers son statut, ses institutions, voire ses professionnels, si le malade peut se définir comme un déviant qu'une organisation de soins tente de ramener à une relative « normalité », comment pourrait-on définir la guérison ? Le concept de *non-lieu*, polysémique et pouvant se référer aux espaces sociaux, scientifiques et juridiques, pourrait éclairer la complexité des rapports sociaux qui se trament autour de sa mise en œuvre.

*Non-lieu* social, pour commencer, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de qualification sociale permettant de le reconnaître. Le miraculé de Lourdes, au moins, bénéficie d'une reconnaissance de l'église de son salut et des origines de celui-ci[400]. La guérison n'est pas un

---

[398] Starobinski J., « Guérison », *op.cit.*, p.548.

[399] Peut-être cette mise en échec apparaît-elle avec une acuité particulière à travers ce que les médecins décrivent comme des « troubles somatomorphes », à savoir des maladies « pseudosomatiques », autrement dit : des malades sans maladies. Car s'il n'y a pas de maladie, il n'y a pas de guérison possible. Si les médecins peuvent « décréter » qu'une personne est « malade », que peuvent-ils faire lorsqu'ils se trouvent devant un patient qui souffre « vraiment » et dont ils n'arrivent pas à classer la souffrance ?

[400] Le rôle des médecins dans la qualification des miracles de Lourdes s'est modifié dans le temps. Sollicités au départ pour certifier la guérison d'un malade, ils semblent que les progrès de leurs connaissances les aient conduits, au fil du XX$^{e}$ siècle, à accorder de moins en moins de crédit aux pouvoirs de Bernadette. Devant cette faillite, l'Eglise ne leur demande plus aujourd'hui de certifier les miracles mais seulement de constater l'état du malade. L'Eglise a repris le pouvoir de décréter ou non le miracle de guérison, opérant une distinction subtile

label, ni pour le monde du travail, ni pour celui de la santé, elle n'apparaît pas dans les situations prévues par les Assurances sociales. Le terme même de « convalescence », autrefois d'usage courant, en particulier en association avec la tuberculose, a quasiment disparu de notre vocabulaire. Il n'y a presque plus de « maisons de convalescence », mais des établissements de soins de suite ou de rééducation fonctionnelle. On est toujours dans l'acte médical, et les patients du cancer souffrant de séquelles invalidantes et évolutives, ou en « longue rémission », sont aujourd'hui considérés comme des malades chroniques. Cette représentation de l'installation dans le temps du « malade » est assez proche de celle du « handicapé », dans le sens où il s'agit de placer sur le registre de l'ailleurs celui qui n'est plus tout à fait « sain ». L'antagonisme malade/non-malade tend ainsi à faire apparaître d'abord la maladie comme un état justifiant un traitement particulier, à la fois institutionnel, économique et social, plaçant dans une vaste catégorie normalisée tous ceux qui n'ont pas à subir un tel traitement. En s'effaçant des représentations sociales, soutenues - y compris dans le malentendu - par un discours médical rationnel visant à la délégitimer, la guérison devient un moyen de révéler le paradoxe d'un processus qui conduit à un état nouveau mais socialement inscrit que sur le mode du retour « à la normale ». Il n'y a pas d'identité du guéri.

La guérison, pourtant, est toujours autant objet d'utopies démesurées, à travers le mythe de l'immortalité[401] ou de la « santé parfaite »[402]. La fascination induite par le cancer comme processus cellulaire, active chez de nombreux chercheurs le fantasme de percer, par son intermédiaire, le mystère de la vieillesse et, par-delà, de la mort. L'anthropomorphisme scientifique existe, le mythe du « gène » tout puissant, nouveau créateur et grand ordonnateur de la Vie, est venu remplacer celui des puissances divines.[403]. Ainsi, la guérison comme mythe n'a pas disparu, le succès de ces marathons médiatiques visant à recueillir des fonds pour la recherche contre des maladies diverses, montre à quel point nous voudrions tous contribuer à cette opération magique d'éradication du mal. Pour autant, il n'existe pas de telles opérations pour recueillir les fonds nécessaires à la lutte contre le paludisme, qui tue des milliers d'enfants dans les pays pauvres et que l'on sait parfaitement guérir et même prévenir. C'est bien le mythe ici qui est à l'œuvre, ce n'est pas l'acte lui-même, car ce dernier serait réalisable, le « miracle » pourrait avoir lieu. Et il n'a pas lieu, justement, parce que la

---

entre « grâce de guérison » et « miracle de guérison ». Benoit J., « Une anthropologie de la guérison », dans Dumet N. et Rousset H., *Soigner ou guérir ?*, Erès, Paris, 2010, p. 86-87.

[401] Lafontaine, C., *La société post-mortelle, op. cit.*

[402] Sfez L., *La santé parfaite*, Seuil, Paris, 1995.

[403] Une remise en cause que certains chercheurs, minoritaires, tentent d'argumenter, cf. Kupiec J.-J., Sonigo P., *Ni Dieu ni gène*, Seuil, Paris, 2000.

guérison sépare symboliquement les populations, parce qu'elle sépare l'idée du fait. Le mythe d'une science bientôt toute-puissante doit faire de la guérison une utopie et non une réalité. Dans ce sens, elle est un *non-lieu* scientifique, mais pas au sens que lui donne Canguilhem car celui-ci ne la dénie pas, il l'intègre à une représentation continue de la vie. C'est plutôt l'usage du concept de guérison qui contribue à déplacer dans un monde irréel la croyance dans les pouvoirs de la science. Ou bien alors nous situons-nous dans cet espace particulier des *métiers impossibles* décrits par Freud, au registre desquels il comptait les actions d'« éduquer, guérir et gouverner »[404].

Le *non-lieu* est aussi un concept juridique, défini par le droit pénal comme une « décision de clôture par laquelle une juridiction d'instruction déclare qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'instruction contre un inculpé, soit parce que les faits à lui reprochés ne tombent pas ou ne tombent plus sous le coup de la loi pénale, soit parce que les charges relevées contre lui n'apparaissent pas suffisantes »[405]. La guérison pourtant se « déclare » comme la maladie, elle a ses conséquences, qui sont l'arrêt des traitements médicaux, ou leur poursuite sous une forme allégée. Le *non-lieu* n'intervient pas en revanche à l'issue d'un procès et d'un verdict, mais en amont du procès, au cours de l'instruction : il ne provoque pas de condamnation, ni même de relaxe, puisqu'il n'y a pas de présumé coupable. Du point de vue médical, on serait alors tenté de considérer le *non-lieu* comme une plainte non justifiée qui ne mérite pas d'être soignée, la personne n'étant pas atteinte d'une affection identifiée biologiquement. Et si l'on assimile le malade à un déviant, la médecine serait la « peine » infligée au déviant pour le ramener à la norme et le « guérir » ainsi de sa déviance. Mais nous sommes alors sur une métaphore de la condamnation : « coupable », le malade est condamné au traitement et la guérison correspondrait à sa relaxe. L'action médicale pourrait s'étudier sur un mode similaire à celui de l'action judiciaire : la médecine protège-t-elle la société du malade ou a-t-elle comme ambition de le ramener aux normes ? Nous avons en partie posé cette question, mais sans doute le concept de guérison permet-il d'aller plus loin dans cette interrogation.

Il nous faut revenir sur les concepts de bien et de mal, et constater que le non-lieu de la guérison, tant d'un point de vue social que juridique, tend à faire disparaître son ambivalence, c'est-à-dire la coexistence de valeurs contraires. La scission entre le bien et le mal impose que le débat n'aboutisse pas, que le procès conduise à un *non-lieu.*

---

[404] Le verbe « guérir » ayant été d'ailleurs transmué en « soigner » et rapidement référé à la pratique de la psychanalyse. Cf. Cifali M., « Métier « impossible » ? Une boutade inépuisable », *Le Portique*, [en ligne] n°4, 1999, mis en ligne le 11 mars 2005. URL : http://leportique.revues.org/index271.html.

[405] Cornu G., *Vocabulaire juridique…*, *op. cit.* p. 525-526.

Le *non-lieu* n'est pas un *non-événement.* C'est, au contraire, la reconnaissance d'un événement mais le refus de juger les acteurs de cet événement. C'est un événement « neutre » juridiquement parlant. Pas de coupables, une pseudo-victime à qui personne ne veut pourtant du mal, des actes sans intention réelle, une absence de preuves, le procès n'aboutit pas, parce qu'on ne sait pas bien qui il faudrait condamner ni quelle loi a été enfreinte.

La guérison, comme symbole de l'acte médical échappe pourtant aux médecins eux-mêmes, car elle se construit à partir de représentations qui s'imposent autant aux praticiens qu'à leurs patients. Il n'y a jamais uniquement deux acteurs, il y en a toujours trois. Celui qui guérit n'est ni le médecin ni le malade. Le médecin n'est sans doute que le bras d'une action qu'il ne détermine pas lui-même. Pour Hippocrate, ce travail était celui de la nature, que le médecin aidait. Dans la société de l'Ancien régime, Dieu agissait à travers les rois et les saints. Il y a toujours un tiers, qui inscrit l'acte de guérison dans une symbolique de l'ordre social. Paradoxalement, la guérison comme *non-lieu* révèle les limites du concept d'autonomie de l'acte médical et permet d'interroger la nature du tiers armant le bras du médecin.

# Conclusion

À la fin de son ouvrage sur *La profession médicale*, Freidson revient sur l'autonomie professionnelle dont il redéfinit les contours. D'abord, il reconnaît que le pouvoir politique exerce une contrainte sur cette autonomie, dans des conditions variant selon les époques et les sociétés. Ensuite, il accorde à cette autonomie le pouvoir de dominer d'autres métiers, sur lesquels les médecins exercent leur autorité. Enfin, il considère que cette autonomie « s'instruit elle-même », car elle se constitue dans des lieux séparés. L'auteur voit dans l'autonomie médicale la raison pour laquelle les praticiens sont incapables de percevoir les besoins réels de régulation de leur profession et de protéger efficacement leur clientèle. Pour tous ces motifs, Freidson, se plaçant sur le registre de la critique politique, considère l'autonomie médicale injustifiée et recommande de la limiter par une réglementation plus étroite afin de préserver les malades des abus du pouvoir médical. Le principal reproche énoncé par Freidson à l'encontre des professions libérales, et en particulier de la profession médicale, est leur « isolement glorieux », situation leur permettant de bénéficier du privilège exorbitant de pouvoir « vivre sur elles-mêmes »[406] tout en énonçant des règles morales fortement prescriptives.

Cet isolement, relevé par Freidson sous une forme ironique, ne reflète qu'une « gloire » limitée car il a aussi son « envers ». En effet, il signifie également une incapacité d'action en dehors d'un espace réservé et pose, de ce fait, des limites à l'autonomie professionnelle. Nous proposons ici de reprendre l'idée d'un isolement de la profession médicale, en nous appuyant sur le concept d'objet du travail pour mettre en évidence la combinaison de deux formes de déplacement de cet objet. Le *glissement* de l'objet du travail médical, tant dans sa dimension

[406] Freidson E., *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 358.

théorique que pratique, interroge *l'indépendance* de la décision et de l'acte médical ; *l'emboîtement* des objets du travail permet à son tour de circonscrire *l'autonomie* professionnelle dans des frontières modulables pouvant aller jusqu'à son enfermement. Enfin, nous ouvrirons une réflexion sur les conséquences sociales de la généralisation du *modèle* de la profession, non seulement comme forme d'organisation des rapports de travail, mais aussi comme mode de *régulation* des rapports sociaux, en particulier des conflits entre collectifs.

*L'indépendance de l'acte médical*, au centre du principe d'autonomie de la profession, est socialement justifiée par l'acquisition par les professionnels d'une expertise scientifique, lui conférant des qualités rationnelles et objectives. Ce postulat mérite discussion car il repose sur le constat que les lieux de production et d'enseignement de la connaissance médicale apparaissent comme des espaces clos offrant peu de contacts avec les autres lieux d'enseignement de connaissances ou de pratiques professionnelles. Pourtant, les lieux de production du savoir scientifique sont séparés des lieux d'enseignement de l'exercice de la profession ; l'université n'a pas toujours été à l'origine des innovations scientifiques puisqu'elle avait une mission de structuration du corps professionnel. Production et reproduction des savoirs n'obéissent pas aux mêmes mécanismes.

L'objet du travail scientifique est d'explorer les mystères d'une nature qui se moque bien des institutions. Claude Bernard fut un adepte de la révolution scientifique et sa méthode expérimentale préconisait l'absence de présupposés établis, laquelle trouve ses limites dans la mise en pratique d'une science. Weber a montré que les présuppositions de la science ne sont pas problématiques si l'on s'en tient à des données générales, théoriques ou méthodologiques, mais elles le deviennent dès qu'il s'agit des résultats du travail scientifique et de ses effets. Il montre que la science médicale ne se demande pas « si la vie mérite d'être vécue et dans quelles conditions », alors que le médecin, au moment de prolonger une vie au prix de souffrances parfois insupportables, pourrait se poser la question. Il se l'interdit cependant, sur la base des présupposés de la pratique médicale (prolonger la vie) et du code pénal (interdiction de donner la mort)[407]. L'objet de la connaissance scientifique se distingue alors de celui de la pratique scientifique, et celui de la pratique obéit à d'autres présupposés, juridiques, politiques, économiques ou moraux.

L'objet du travail médical est d'abord un objet théorique, élaboré au cours des études de médecine par une opération de rejet systématique des représentations dites « profanes » de

[407] Weber M., *Le savant et le politique*, Plon, Paris, 1959, p. 77-78.

la maladie, de la santé, et même du corps. Cette mise à l'écart permet à l'objet médical d'occuper une place originelle et de se confronter aux corps réels et à leurs souffrances, ressenties et exprimées par des individus, seulement dans un deuxième temps, reléguant les plaintes des malades au rang de « manifestations » d'un phénomène représenté sous forme abstraite. Le mandat du médecin est sans doute de soulager les souffrances et de résoudre les problèmes des malades, mais son objet n'est pas élaboré par ces souffrances ni à partir de ces problèmes, les études de médecine ont permis de le faire glisser hors du corps réel. Le praticien s'attache à modifier des phénomènes physiologiques et biologiques reconnus à travers une manifestation somatique ou psychique. C'est pourquoi une souffrance non rattachée à un processus médicalement identifié perd du sens pour le médecin, pour qui la cause est toujours antérieure à la manifestation. L'objet du travail médical ne peut totalement se définir, ni à partir de la production de connaissances scientifiques, ni à partir de la plainte du malade, mais il est lié aux deux. Il ne possède pas les caractéristiques d'indépendance de la science ni les caractéristiques subjectives de la maladie ressentie, c'est un objet abstrait tiré de la production scientifique, visant à s'adapter à la plainte du malade, selon une norme socialement définie et légitimant ses actes.

*L'autonomie professionnelle* peut s'entendre comme un processus conduisant à l'isolement, voire à l'enfermement des professionnels, qui s'opère par le déplacement de l'objet de leur travail, clôturant l'espace de leur pratique autant que le secteur de leur activité.

Cet objet du travail médical est inscrit dans une série d'objets emboîtés les uns aux autres. Celui du médecin « couvre » très largement celui des autres professions paramédicales, par le biais de tâches parcellisées, comme l'est aussi chaque objet de la médecine spécialisée. De ce point de vue, la spécialisation contribue à l'éclatement d'un objet médical global, lequel n'est supporté aujourd'hui par aucune spécialité, y compris la médecine dite générale ou la santé publique. Le seul objet réunissant les médecins, nous l'avons vu dans le cas du cancer, est un objet abstrait et faiblement coordonné.

Si l'objet du travail médical ne s'élabore pas à partir de la demande des malades, et apparaît relativement autonome, il est également mis au service de « besoins sociaux » pouvant évoluer dans le temps et selon les contextes politiques et économiques. Le glissement de l'objet du travail médical lui confère une certaine mobilité et lui permet de s'emboîter dans d'autres systèmes organisés au profit d'objectifs qui lui sont à la fois supérieurs et « étrangers ». L'indépendance de l'acte médical masque un contrôle de l'autonomie

professionnelle s'opérant par des mécanismes bureaucratiques de structuration du corps professionnel, dès l'entrée dans la profession.

L'emboîtement des objets du travail permet de comprendre la coexistence d'un système de régulation interne et d'un contrôle externe de cette régulation. La profession médicale, comme tout groupe, produit son système juridique, compris ici au sens que lui donne Léopold Pospisil, comme « une catégorie de phénomènes déterminés empiriquement »[408]. Le phénomène juridique est consubstantiel de la directorialité des sociétés et se caractérise par la mise en œuvre d'une autorité interne à un groupe, appliquant un principe général à vocation universelle, à partir d'une décision (*obligatio*) qui définit les droits et devoirs des parties et intègre une sanction. Selon cette définition, le système juridique de la profession médicale ne reconnaît que le médecin et son patient, soumis à un système d'obligations et de sanctions à partir d'une autorité dont la légitimité est portée par des principes à vocation universelle. Ce système est celui qui formalise son indépendance, mais il ne garantit pas son autonomie. Il fait l'impasse sur les champs avec lesquels il doit pourtant entretenir des relations, en particulier le travail ou la justice, régis par leurs propres systèmes juridiques. En même temps, il fournit aux catégories dirigeantes du groupe l'occasion d'asseoir leur domination en revendiquant l'indépendance du collectif et en s'imposant comme interlocuteur privilégié de l'État. Les instances dirigeantes de la profession et le pouvoir politique ont un intérêt commun à défendre les frontières séparant le groupe des autres communautés de travail. La mobilisation des membres de la profession dans le cadre de revendications collectives, n'est rendue possible que sur la base d'intérêts communs limités aux conditions dans lesquelles ils exercent leur pratique, sauf à transgresser les règles internes édictées par leur communauté, donc à la fragiliser. Ils ne peuvent pas utilement s'associer aux membres d'autres groupes, leur capacité d'action collective s'arrête à leur espace interne[409]. Leur autonomie est aussi ce qui limite leur pouvoir politique.

---

[408] Pospisil L., « Le droit comme concept opérationnel fondé empiriquement », *Droit et Cultures*, 13, 1987, p. 8.

[409] On pourrait assez aisément illustrer ce principe d'action collective à l'occasion de chaque mouvement protestataire porté par un groupe de médecins. Le dernier en date, portant sur la rémunération des médecins généralistes, fait l'impasse sur les conditions réelles d'exercice de ces praticiens, isolés et souvent surchargés, ne laissant filtrer qu'une réclamation de type financier. On a vu ainsi la rhétorique de la baisse de la vocation médicale (en particulier en médecine générale) venir justifier l'augmentation des tarifs, une « baisse » pourtant orchestrée de longue date par l'Etat avec l'aide des représentants de la profession et dont tous savent que le prix de la consultation lui est totalement étrangère. En revanche, d'autres revendications, comme celles qui opposent aujourd'hui les différentes générations, sont passées sous silence et permettront sans doute de justifier dans l'urgence des réformes sous couvert de « santé publique », en faisant l'économie d'un débat public sur l'organisation des soins dans le pays.

*La profession, comme forme d'organisation du travail, et la profession médicale en particulier, comme figure archétypique de cette organisation, peut être comprise comme un modèle de régulation des relations entre agents au sein d'une communauté.*

Isolement et autonomie sont deux façons complémentaires de penser un même processus. Cependant, le constat d'une limitation de l'autonomie des travailleurs dans un contexte de professionnalisation des emplois[410] et d'injonction au professionnalisme[411], s'accorde *a priori* mal avec le modèle des professions « se prévalant d'un monopole d'exercice qu'elles défendent en contrôlant le contenu des compétences revendiquées, la transmission des savoirs et la socialisation des membres, les règles éthiques présidant à leur mise en œuvre, la valeur sociale et économique de leur activité »[412]. Ce modèle propose un cadre trop étroit car il est pensé de l'intérieur d'un espace protégé, circonscrit par les limites de l'autonomie professionnelle. En revanche, si l'on utilise le concept d'isolement, plus ou moins « glorieux » et pouvant aller jusqu'à un enfermement des groupes professionnels[413], il devient possible de comprendre comment l'application du principe organisationnel de la profession peut offrir un moyen de contrôle des communautés de travail réduisant de fait, et sur le terrain, l'autonomie des travailleurs. L'approche par l'isolement permet de réconcilier les concepts de profession, de professionnalisation, de professionnalité ou de professionnalisme à partir d'un schéma cohérent et adaptable à divers secteurs économiques.

La généralisation du modèle professionnel n'a pas seulement des conséquences sur les travailleurs et leurs organisations, elle crée un modèle de relations sociales entre les groupes, en rupture avec le modèle conflictuel des classes sociales, et s'instituant sur un autre principe classant, celui de l'opposition entre professionnels et profanes. Une société de professionnels est aussi une société de profanes, c'est-à-dire d'individus dont la parole n'est pas reconnue en dehors de leur champ d'expertise. Dans ce sens, la logique d'organisation de la profession est une logique d'organisation sociétale, basée sur la régulation des rapports sociaux autour du principe de la spécialisation savante, à la fois prescriptive de droits et d'obligations au sein d'espaces réservés aux « experts », et excluante pour les profanes dont

---

[410] Guitton C., « La professionnalisation, nouvelle catégorie de l'intervention publique. L'exemple du programme "nouveaux services, nouveaux emplois" », *Formation Emploi*, n°70, 2000, p. 13-30.

[411] Boussard V., Demazière D., Milburn P. (dir.), *L'injonction au professionnalisme. Analyse d'une dynamique plurielle*, PUR, Rennes, 2010.

[412] Demazière D., « Postface : Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation », *Formation Emploi*, n°108, 2009, p. 84.

[413] Un exemple d'enfermement pourrait être illustré par le processus repéré au sein de l'armée, où le « professionnalisme » des agents est une création relativement « nouvelle », enchâssée dans un système hiérarchique immuable car constitutif de l'institution elle-même.

les seules ressources sont la réclusion dans leur propre espace de reconnaissance professionnelle, plus ou moins vaste, confortable et socialement gratifiant.

La profession médicale peut être pensée comme un modèle de cette logique dont elle produit des principes généraux éventuellement reconnus comme universels, à travers sa pratique. Le cœur de son indépendance se reconnaît dans les prises de décisions médicales où le praticien est représenté seul face à son patient et à ses responsabilités. C'est là qu'opère une manipulation symbolique selon une logique propre à la pensée médicale. Cette indépendance repose sur l'application de données scientifiques guidant l'action du médecin pour « le bien » du malade, y compris lorsque celui-ci est défini en dehors de sa volonté. La mise en œuvre d'un « bien » pour autrui établi à partir de connaissances rationnelles et certifiées s'étend à d'autres secteurs de la vie sociale et économique. Sa logique est appliquée dans des entreprises qui s'appuient sur le « professionnalisme » de ses agents pour les convaincre de « mieux » travailler ou de conduire leurs clients à prendre les « bonnes » décisions[414]. Elle est aussi au centre des procédures de bilans de compétences, lorsque l'individu est conduit « scientifiquement » à se construire une image « positive » de lui-même, lui permettant de mieux supporter les traitements dévalorisants qu'il subit à son travail ou de faire face à une exclusion douloureuse du marché de l'emploi.

Cette logique d'énonciation du bien et du mal s'appliquant aux individus se retrouve aussi à travers les préoccupations dites éthiques s'étendant à tous les secteurs de la vie sociale, en particulier lorsque les principes d'action des dirigeants sont mis en cause[415]. Ces nouvelles préoccupations éthiques proposent un schéma de justification de l'intervention politique, économique ou sociale, qui reprend une dialectique semblable à celle du discours médical. Il s'agit de savoir s'il est possible de déterminer des valeurs universelles pouvant justifier des décisions, y compris lorsqu'elles paraissent injustes. Autrement dit, de savoir s'il existe un principe pouvant supporter la décision au-delà des intérêts individuels subjectifs, question à laquelle la médecine répond par la justification thérapeutique de son action. Le principe thérapeutique comme principe d'action repose sur le présupposé rationnel de la guérison, en tant qu'action univoque et défendant l'intérêt de chaque individu, y compris si celui-ci ne le comprend pas. Malgré les alertes lancées par des sociologues contre ce « garde-fou

---

[414] On en trouve un exemple dans la façon dont les conseillers commerciaux des banques sont incités à adopter une démarche scientifique afin de conduire le client à faire le « bon » choix, guidé par son « intérêt réel ». Cf. Roux X., « Les conseillers commerciaux des banques et la figure du professionnel « rationnel » », dans Boussard V. et alii, *L'injonction au professionnalisme*, *op. cit.*, p. 121-132.

[415] C'est ainsi qu'à l'issue de la crise financière de ces dernières années, on a vu fleurir des « normes éthiques » appliquées à la finance, permettant de faire l'économie d'une réglementation juridique du secteur et de rassurer sur le « bien » réalisé par les agents appliquant ces principes, élaborés par des « éthiciens professionnels ».

illusoire »[416] que représente la tentation d'ériger en valeur morale un principe thérapeutique dont les limites sont toujours plus floues qu'elles ne le prétendent, et encore plus de le faire muter en norme juridique, l'alibi thérapeutique reste massivement invoqué comme limite acceptable des pratiques médicales. Il est aussi mobilisé dès qu'il s'agit de prendre des mesures économiques au détriment de « quelques uns » pour sauver l'ensemble du système, une justification qui est plus qu'une métaphore médicale[417], elle procède d'un principe de décision opérant par le déni de ses effets induits.

Si la médecine fait l'économie de sa propre réflexion sur les limites de son action thérapeutique, elle ne peut être en mesure de se réclamer d'une quelconque indépendance dans ses actes. C'est à ce point précis qu'il devient plus difficile de suivre Freidson jusqu'au bout de sa conception de l'autonomie médicale, pensée comme une qualité interne au groupe, et non comme une forme d'organisation sociale constamment contrôlée et régulée par le biais de ses représentants. L'incapacité de la profession médicale (même si des médecins en sont capables individuellement) à produire une réflexion indépendante sur son action, à poser clairement les termes de sa mission, à lever des tabous comme celui de la « guérison » ou à définir les limites de ses interventions, signale fondamentalement l'ampleur de ses sujétions.

---

[416] Bateman-Novaes S., « De la thérapeutique comme norme », dans Bateman-Novaes S. et alii, *Raison pratique et sociologie de l'éthique*, *op. cit.*, p. 138.

[417] Canguilhem alerte d'ailleurs fort à propos, sur les dangers de la métaphore médicale pour l'explication des phénomènes sociaux, tout en faisant remarquer que des termes aussi politiques que « crise » ou « constitution » sont d'origine médicale. Cf. Canguilhem G., *Ecrits sur la médecine*, *op. cit.*, en particulier le chapitre sur « le problème des régulations dans l'organisme et dans la société », p. 101-125.

# Bibliographie


AÏACH P., KAUFMANN, A., WAISMAN R., *Vivre une maladie grave*, Méridiens Klincksiek, Paris, 1989.

AÏACH P., FASSIN D. (dir.), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris, 1994.

AÏACH P., DELANOË D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, Paris, 1998.

AÏACH P., CEBE D., CRESSON G., PHILIPPE C. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Éditions de l'ENSP, Rennes, 2001.

AKRICH M., *Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.

ARBORIO A.-M., « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans l'univers professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n° 3, 1995, p. 93-126.

ARLIAUD M., *Les médecins*, Éditions la Découverte, Paris, 1987.

ATTAL-JOUBERT K., LEGENDRE N., « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », DREES *Études et résultats* n° 578, juin 2007.

AUGE M., HERZLICH C. (dir.), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 1984.

BARRAGAN K., HARDY-DUBERNET A.-C., « Le bilan de compétences : un espace de transition ? - Les bilans de compétences et les bilans de compétences approfondis des points de vue du droit et de la sociologie », *Travail et Emploi* n° 103, juillet-septembre 2005, p. 29-40.

BARTHES R., *Mythologies*, Seuil, Paris, 1957.

BASZANGER I., « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, 1981, p. 223-245.

BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil, Paris, 1995.

BATAILLE P., *Un cancer et la vie, les malades face à la maladie*, Éditions Balland, Paris, 2003.

BATEMAN-NOVAES S., « Bioéthique », dans Lecourt D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004, p. 158-164.

BATEMAN-NOVAES, OGIEN R., PHARO P., *Raison pratique et sociologie de l'éthique. Autour des travaux de Paul Ladrière*, CNRS Éditions, Paris, 2000.

BATEMAN-NOVAES S., « De la thérapeutique comme norme », dans BATEMAN-NOVAES, OGIEN R., PHARO P., *Raison pratique et sociologie de l'éthique. Autour des travaux de Paul Ladrière*, CNRS Éditions, Paris, 2000, p. 129-142.

BAUDELOT C., ESTABLET R., *Allez les filles !* Seuil, Paris, 1992.

BAUDELOT C., ESTABLET R., *L'élitisme républicain. L'école française à l'épreuve des comparaisons internationales*, Seuil, Paris, 2009.

BAUDELOT C., Baudelot O., *Une promenade de santé. L'histoire de notre greffe*, Stock, Paris, 2008.

BECKER H., « Préface », dans Demazière D. et Gadéa C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Paris, 2009, p. 10.

BENOIT J., « Une anthropologie de la guérison », dans DUMET N., ROUSSET H., *Soigner ou guérir ?* Erès, Paris, 2010, p. 77-96.

BENTABET E., FOUCHER C., DUBERNET A.-C., MICHUN S. (CRPEE), LAMANTHE A. (LEST), MONNET M., TROUVE P. (ESC-CER), *Pratiques et représentations de la formation continue dans les très petites entreprises, approche sectorielle*, Céreq, février 1997.

BERGER J., MOHR J., *Un métier idéal*, Éditions de l'Olivier, Paris, 1967, 2009.

BERNARD C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris, 1966.

BLANCHARD S., LE FEUVRE N., METSO M., « Les femmes cadres et dirigeantes d'entreprise en Europe. De la sous-représentation aux politiques de promotion de l'égalité dans la prise de décision économique », Caisse nationale des Allocations familiales, *Informations sociales*, n° 151, 2009/1, p. 72-81.

BLOY G., SCHWEYER F.-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010.

BLOY G., « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 1/2005, p. 103-125.

BLOY G., « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus », dans BLOY G., SCHWEYER F.-X. (dir.), *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Éditions de l'EHESP, Rennes, 2010, p. 75-95.

BLOCH M., *Les rois thaumaturges*, Gallimard, Paris, 1983.

BODIGUEL J.-L., GARBAR C.-A., SUPIOT A. (dir.), *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris, 2000.

BOUCHARD C., *Recrutement et préparation des maîtres de l'enseignement médical*, Steinheil éditeur, Paris, non daté.

BOUDON R., *Effets pervers et ordre social*, PUF, Paris, 1977, 1989.

BOUFFARTIGUE P., GADEA C., « Un héritage à l'épreuve. Bref panorama des évolutions dans la formation et l'emploi d'ingénieurs en France », *Formation Emploi* n° 53, 1996, p. 5-13.

BOURDIEU P., *Questions de sociologie*, Éditions de Minuit, Paris, 1984

BOURDIEU P., « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 62-63, juin 1986, p. 69-72.

BOURDIEU P., *La Noblesse d'État, Grandes écoles et esprit de corps*, Les éditions de Minuit, Paris, 1989.

BOURDIEU P., « De la maison du Roi à la raison d'État. Un modèle de la genèse du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 118, n° 1, 1997, p. 55-68.

BOUSSARD V., DEMAZIERE D., MILBURN P. (dir.), *L'injonction au professionnalisme. Analyse d'une dynamique plurielle*, PUR, Rennes, 2010.

BOZON M., HERAN F., *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille, La découverte*, Paris, 2006.

BRANCIARD A., *Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985*, rapport préparatoire pour la MIRE, mai 1987.

BREUIL-GENIER P., GOFETTE C., « La durée des séances des médecins généralistes », DREES, *Études et Résultats* n° 481, avril 2006.

BREUIL-GENIER P., SICARD D., « L'origine sociale des professionnels de santé », DREES *Études et résultats* n° 496, juin 2006.

BRUN D., *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Dunod, Paris, 1989.

BUNGENER M., *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine*, thèse de troisième cycle, Université de Paris IX Dauphine, 1980.

CAILLAUD P., *Le diplôme*, thèse de doctorat en droit privé, Université de Nantes, 2000.

CALISTI L., REY J.-F., « Indépendance professionnelle, réalités et imaginaire », *Prévenir*, mars 1981/3, p. 23-34.

CALVEZ M., « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences sociales et santé*, 1994/4, vol. 12, n° 1, p. 61-88.

CANEVET J.-P., « Entre marchandisation de la santé et médicalisation du souci de soi : le goût de la maladie », communication au colloque *Prescrire, proscrire, présence d'enjeux non médicaux dans les questions de santé*, MSH Ange-Guépin, Nantes, 23-24 novembre 2009.

CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.

CANGUILHEM G., *Écrits sur la médecine*, Seuil, Paris, 2002.

CANTOR D., « Cancer », dans LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004, p. 195-201.

CASTEL P., « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2008, n° 26/1, p. 9-32.

CASTEL P., « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine – commentaire », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n° 2, juin 2006, p. 105-112.

CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995.

CAVALIN T., SUAUD C., VIET-DEPAULE N., *De la subversion en religion*, Karthala, Paris, 2010.

CEUIGNET M., *La médicalisation de l'approche profane lors de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches*, Mémoire pour le diplôme d'État de Sage-femme, Université de Nantes, 2010.

CHAUCHARD J.-P., « Subordination et indépendance : un Sisyphe juridique ? », *Travail et protection sociale*, octobre 2001, p. 4.

CHAUCHARD J.-P., HARDY-DUBERNET A.-C. (dir.), *La subordination dans le travail – analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans le travail*, les Cahiers Travail et Emploi, La Documentation Française, 2003.

CHAUMETTE P., « Salariat, déontologie médicale et intérêt général à propos du statut des médecins », dans BODIGUEL J.-L., GARBAR C.-A., SUPIOT A. (dir), *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris, 2000, p. 252-270.

CHAUSSINAND-NOGARET G., « Nobles médecins et médecins de cour au XVIIIe siècle », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol., n° 5, 1977, p. 851-857.

CICOUREL A. *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive.* Textes réunis et présentés par BOURDIEU P., WINKIN Y., Seuil, Paris, 2002.

CIFALI M., « Métier « impossible » ? Une boutade inépuisable », *Le Portique*, [en ligne] n° 4, 1999, mis en ligne le 11 mars 2005. http://leportique.revues.org/index271.html.

COMBESSIE P., *Sociologie de la prison*, La Découverte, Paris, 2004.

CORDIER A., *Éthique et Professions de Santé.* Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, La Documentation Française, Paris, 2003.

CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, PUF, Paris, 1987.

CRESSON G., « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans AÏACH P., CEVE D., CRESSON G., PHILIPPE C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Éditions ENSP, Rennes, 2001, p. 303-328.

CRESSON G., SCHWEYER F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, éd. de l'ENSP, Rennes, 2000.

CYRULNIK B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris1999.

DAMANE D., « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *Genèse*, vol. 3, n° 1, 1991, p. 31-54.

DECHAMP-LE ROUX C., « Vocation médicale et choix professionnel », *dans Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, AÏACH P., FASSIN D. (dir.), Anthropos, Paris, p. 87-119.

DEMAZIERE D., « Postface : Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation », *Formation Emploi*, n° 108, 2009, p. 83-90.

DEMAZIERE D., GADEA C., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Paris, 2009.

DENEUX-TARAUX C., PHILIBERT M., BOUVIER-COLLE M.-H., « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001 », INVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 9, mars 2009, p. 77-79.

DERICQUEBOURG R., « Max Weber et les charismes spécifiques », *Archives de sciences sociales des religions*, n° 137, janvier-mars 2007, p. 21-41.

DESJOURS C., *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, Paris, 1998.

DESJOURS C., *Suicide et travail, que faire ?* Seuil, Paris, 2009

DU BAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris, 1998.

DUBAS F., *La médecine et la question du sujet. Enjeux éthiques et économiques*, Les Belles Lettres, Paris, 2004.

DUBERNET A.-C., « Entre chercheurs et décideurs : qui évalue qui ? » dans : *Évaluation des aides publiques à l'insertion et à la réinsertion - journée d'études du Céreq et du réseau des centres associés*, DEMAZIERE D. VERDIER É. (éds), Céreq Documents série séminaires n° 94, mai 1994, p. 289-300.

DUBERNET A.-C., « La formation professionnelle continue : du devoir à l'obligation », *Travail et Emploi*, n° 77, décembre-janvier 1998, p. 41-51.

DUBERNET A.-C., *L'embauche. Approche sociologique des modes de recrutement dans le secteur privé*, thèse de doctorat de sociologie, Université de Nantes, 1995.

DUFOULON S., SAGLIO J., TROMPETTE P., *Les marins du Georges Leygues. Analyse sociologique du fonctionnement d'un bâtiment de combat.* Rapport de synthèse, décembre 1995.

DUHAMEL G., « Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine », *Revue des deux mondes*, 15 mai 1934, p. 277-299.

DUMET N., ROUSSET H., *Soigner ou guérir ?* Erès, Paris, 2010.

DURKHEIM E., *De la division du travail social*, PUF, Paris, 1930/1998.

DURKHEIM E., *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Paris, 1937.

DURKHEIM E., *L'éducation morale*, PUF, Paris, 1963.

ERHENBERG A., *La Société du malaise*, Odile Jacob, Paris, 2010.

FASSIN D., « Les politiques de la médicalisation », dans AÏACH P., DELANOË D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, Paris, 1998, p. 1-13.

FASSIN D., « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie. Analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2003, 51, p. 403-413.

FASSIN D., *Faire de la santé publique*, Éditions de l'EHESP, Rennes, 2008.

FASSIN D. (dir.), « Inégalités et santé », *Problèmes politiques et sociaux* n° 960, mai 2009.

FAURE O. « La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie et société*, vol. 3, n° 4, 1984, p. 593-608.

FAURE O., « La médicalisation vue par les historiens », dans AÏACH P., DELANOË D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, Paris, 1998, p. 53-68.

FAURE Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, p. 98-114.

FAVRET-SAADA J., *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris, 1977.

FLAHAULT E.-T., COUTURIER P.-L., CHATELLIER G., « Critères de réussite en première année de médecine (PCEM1) à Paris V », *La revue du praticien*, vol. 56, septembre 2006, p. 1513-1520.

FOUCAULT M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963.

FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975.

FOUCAULT M., BARRET-KRIEGEL B., THALAMY A., BEGUIN F., FORTIER B., *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1979.

FOX R., WEISZ G. (éd.) *The Organization of Science and Technology in France 1808-1914*, Cambridge University Press, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Cambridge, Paris,1980.

FREIDSON E., *La profession médicale*, Payot, Paris, 1970.

FREUD S., *Totem et tabou*, Payot, Paris, 1965.

FRIEDMANN G., *Où va le travail humain ?* Gallimard, Paris, 1950.

GADEA C., GRELON A., « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », dans DEMAZIERE D., GADEA C., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Paris, 2009, p. 118-128.

GAEL Mme., *La femme médecin, sa raison d'être du point de vue du droit, de la morale et de l'humanité*, E. Dentu, Paris, 1868.

GARROS B., « Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 25, décembre 1998, p. 9-12

GAUDU F., VATINET R., *Les contrats du travail*, coll. « Traité des contrats », Ghestin J. (dir..), LGDJ, Paris, 2002.

GELIS J., LAGET M., MOREL M.-F. (présenté par), *Entrer dans la vie, Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Gallimard, coll. « Archives », Paris, 1978.

GIORDANO G., « Les « clashs » parents/soignants en oncologie pédiatrique : réaction caractérielle ou violence institutionnelle ? », *Sociétés*, n° 105, 2009/3, p. 21-34.

GIRARD A., « Le recrutement géographique des étudiants en médecine dans les Universités françaises, et la place de l'Université de Paris », *Population*, vol. 15, n° 5, 1960, p. 789-806.

GODEAU E., *L'« esprit de corps », Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 2007.

GOFFMAN E., *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps.* Les éditions de Minuit, Paris, 1975.

GOFFMAN E., « La carrière morale du malade mental » dans *Médecine, maladie et société.* Recueil de textes présentés et commentés par C. HERZLICH, Mouton, Paris, 1970, p. 125-154.

GOFFMAN E., « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 143, 2002, p. 80-87.

GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL B., « Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios », *Gaceta Sanitaria, 14(3)*, 2000, p. 237-246.

GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL, B., BARBER-PEREZ, P., *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030)*, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2007.

GREUIL-GENIER P., SICART D., « L'origine sociale des professionnels de santé », DREES *Études et Résultats* n° 496, juin 2006.

GRILL J., KIEFFER-RENAUX V., *Séquelles neuropsychologiques des enfants guéris d'un cancer*, doc. du Département de pédiatrie, IGR, Villejuif, France.

GRUNFELD J.-P., *Pour un nouvel élan, Rapport au Président de la république, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013*, février 2009.

GUILLAUME P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, La Documentation Française, Paris, 1996.

GUILLERM M., TOMASINI M., « Devenir des bacheliers deux ans après leur première inscription en première année de médecine : réussite et réorientation », *Note d'Information 07.12*, MENESR, avril 2007.

GUIRIMAND N., « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage ». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, p. 72-87.

GUITTON C., « La professionnalisation, nouvelle catégorie de l'intervention publique. L'exemple du programme "nouveaux services, nouveaux emplois" », *Formation Emploi*, n° 70, 2000, p. 13-30.

HARDY-DUBERNET A.-C., « "Parce que je le vaux bien"… Bilan de compétences et promotion de soi », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 43, janvier 2007, p. 61-75.

HARDY-DUBERNET A.-C., « Des "métiers traditionnels aux vrais métiers" ; à propos du rôle de la certification professionnelle dans la définition des "nouveaux métiers" », dans PIOTET F. (dir.), *La révolution des métiers*, PUF, Paris, 2002, p. 25-52.

HARDY-DUBERNET A.-C., « La représentation de l'aptitude dans les annonces d'embauche », dans OMNES C., BRUNO A.-S., *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*. Belin, Paris, 2004, p. 147-162.

HARDY-DUBERNET A.-C., LE ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », dans BERTHET T. (éd.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq coll. « Relief n° 17 », novembre 2006, p. 25-34.

HERZLICH C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, éditions de l'EHESS, Paris, 1969/2005.

HERZLICH C. (Recueil de textes présentés et commentés par), *Médecine, maladie et société.*, Mouton, Paris, 1970.

HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M.-C., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Éditions INSERM/Doin Éditeurs, Paris, 1993.

HERZLICH C., « Médecine moderne et quête de sens », dans AUGE M., HERZLICH C. (dir..) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Ed. des archives contemporaines, Paris, 1994.

HESSE P.-J., « Le nouveau tarif des corps laborieux : la loi du 8 avril 1989 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail », dans LE CROM J.-P. (dir.), *Deux Siècles de Droit du Travail, l'histoire par les lois*, Les éditions de l'atelier, Paris, 1998.

HIPPOCRATE, *Connaître, soigner, aimer, Le Serment et autres textes*, présentés et annotés par Jean SALEM, Seuil, Paris, 1999.

HUARD P., « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 27, n° 1, 1974, p. 45-62.

ILLITCH I., *Némésis médicale*, Fayard, Paris, 1975.

JAMOUS H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Éditions du CNRS, Paris, 1969.

KALINOWSKI I., « Fontière du sacré et frontière du savoir dans Hindouisme et bouddhisme de Max Weber », dans CAVALIN T., SUAUD S., VIET-DEPAULE N., *De la subversion en religion*, Karthala, Paris, 2010, p. 121-122.

KARPIK L., *Les avocats. Entre l'État, le public et le marché. XIIIe-XXe siècle*, Gallimard, Paris, 1995.

KAUFMANN A., « Les malades face à leur cancer », dans AÏACH P., KAUFMANN, A., WAISMAN R., *Vivre une maladie grave*, Méridiens Klincksiek, Paris, 1989, p. 27-114.

KUPIEC J.-J., SONIGO P., *Ni Dieu ni gène*, Seuil, Paris, 2000.

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail.* Rapport fait à la demande de Premier ministre, février 2010.

LAFONTAINE C., *La société post-mortelle.* Seuil, Paris, 2008.

LALLEMENT M., *Le travail sous tensions*, Éditions Sciences Humaines, Paris, 2010.

LAMOUROUX A., MAGNAN A., VERVLOET D., « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 22, n° 1, février 2005, p. 31-34.

LAPEYRE N., « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », dans BLOY G., SCHWEYER F.-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010, p. 365-378.

LAPEYRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, Vol. LIX, n° 1, p. 59-81.

LAPLANE L., « Cellules souches cancéreuses : réflexions épistémologiques », *Sociétés* n° 105, 2009/3, p. 45-55.

LASCOUMES P., SERVERIN E., « Théories et pratiques de l'effectivité du Droit », *Droit et société* n° 2, janvier 1986.

LASJAUNIAS P., « Le corps transparent », dans MASQUELET A.-C. (dir.), *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, PUF, Paris, 2007, p. 69-78.

LE BODIC C., « Proscrire, prescrire ou « Les modes médicales » », conférence introductive aux journées *Proscrire, prescrire, présence d'enjeux non-médicaux dans les questions de santé*, MSH Guépin, Nantes, 23-24 novembre 2009.

LE CROM J.-P. (dir.), *Deux Siècles de Droit du Travail, l'histoire par les lois*, Les éditions de l'atelier, Paris, 1998.

LE CROM J.-P., « Retour sur une « vaine querelle » : le débat subordination juridique-dépendance économique dans la première moitié du XXe siècle », dans CHAUCHARD J.-P., HARDY-DUBERNET A.-C. (dir.), *La subordination dans le travail – analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans le travail*, les Cahiers Travail et Emploi, La Documentation Française, 2003, p. 71-83.

LECOMPTE H., Les *modalités et les effets de l'information au sein d'un service d'oncologie pédiatrique*, Mémoire de M2 Recherche, Université de Nantes, 2007.

LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004.

LEONARD J., « Médecins et notables sous le Consultat et l'Empire », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol., n° 5, 1977, p. 858-865.

LEONARD J., « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol., n° 5, 1977, p. 887-907.

LEONARD J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubier, Paris, 1981.

LOWŸ I., *Cancer de chercheurs, cancer de cliniciens. Trajectoire d'une innovation thérapeutique*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2002.

MAGNON R., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Masson, Paris, 2001.

MARUANI M., *Travail et emploi des femmes*, La découverte, Paris, 2003.

MARRY C., *Les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*, Belin, Paris, 2004.

MASQUELET A.-C. (dir.), *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, PUF, Paris, 2007.

MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., *De la médecine à la santé - Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*. Flammarion, Paris, 1997.

MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1950/1980.

MEMMI D., *Les gardiens du corps, dix ans de magistère bioéthique*, Éditions de l'EHESS, Paris, 1996.

MENORET M., *Les temps du cancer*, CNRS Éditions, Paris, 1999.

MERLE P., « Les transformations socio-démographiques des filières de l'enseignement supérieur de 1985 à 1995. Essai d'interprétation », *Population*, vol. 51, n° 6.

MERTON R. K., READER G. G., KENDALL P., *The student physician. Introductory studies in the sociology of medical education*., Harvard University Press, Cambridge, 1969.

MOUGEL S., *Au chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?* A. Colin, Paris, 2009.

MURPHY R., *Vivre à corps perdu*, Plon, coll. « Terre Humaine », Paris, 1990.

OMNES C., BRUNO A.-S., *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Belin, Paris, 2004.

ONDPS, Rapport 2006-2007, tome I : *La médecine générale*, 2008.

ORIO M., *Le personnel médical hospitalier, formation et statuts*, ENSP, 1997.

CHAUMETTE P., « Salariat, déontologie médicale et intérêt général à propos du statut des médecins », dans BODIGUEL J.-L., GARBAR C.-A., SUPIOT A. (dir.), *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris, 2000, p. 252-270.

PAICHELER G., « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? » dans AÏACH P., CEBE D., CRESSON G., PHILIPPE C. (dir..), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Éditions de l'ENSP, Rennes, 2001, p. 179-196.

PAILLET A., *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, Paris, 2007.

PARADEISE C. « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984, p. 352-375.

PAUGAM S., *La disqualification sociale*, PUF, Paris, 1991.

PEIN F., ISERIN L., DE VATHAIRE F., LEMERLE, J., « Toxicité cardiaque des traitements du cancer chez l'enfant et l'adolescent : physiopathologie, données cliniques et point de vue de l'oncopédiatre », *Bulletin du Cancer*, vol. 91, numéro spécial, novembre 2004, p. S185-S191.

PENEFF J., *La France malade de ses médecins*, Seuil, Paris, 2005.

PEQUIGNOT B., « Médecine libérale / médecine salariée : quelles origines, quels rapports entre elles ? », *Prévenir*, mars 1981/3, p. 7-16.

PHARO P., *Morale et sociologie. Le sens et les valeurs entre nature et culture*, Gallimard, Paris, 2004.

PINCEMIN J., « Les médecins », *Revue française de science politique*, vol. 9, n° 4, 1959, p. 881-900.

PINELL P., ASSELAIN B., BROSSAT S., GUERRIERI R., « Étude sociologique des consultants d'un centre anti-cancéreux : qui oriente qui et pourquoi ? », *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale*, XXVII^e^ année, n° 2, avril-juin 1987, p. 135-161.

PINELL P., *Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, 1992.

PINELL P., « Médicalisation et procès de civilisation », dans AÏACH P., DELANOË D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, Paris, 1998, p. 37-51.

PINELL P., « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n° 29, 2004, p. 3-21.

PINELL P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, p. 4-36.

PINELL P., « La génèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue Française de Sociologie*, 50-2, 2009, p. 315-349.

PIOTET F. (dir.), DASSA S., DUBERNET A.-C., DE VILLENEUVE A., FLEURIEL S., PINAUD H., *L'exercice de l'activité dans les armées*, recherche réalisée à la demande de l'Observatoire Social de la Défense, 1999.

PIOTET F. (dir.), *La révolution des métiers*, PUF, Paris, 2002.

POIRIER J., « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme », *Communications*, vol. 54, n° 1, 1992, p. 209-227.

POLLAK M., *L'expérience concentrationnaire*, Métailé, Paris, 2000.

PORTES L., *A la recherche d'une éthique médicale*, Masson & Cie/PUF, Paris, 1954.

POSPISIL L., « Le droit comme concept opérationnel fondé empiriquement », *Droit et Cultures*, 13, 1987, p. 5-23.

POUILLARD J. *Historique de l'Ordre National des Médecins 1845-1945*, http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-histoire-de-l-ordre-868.

QUINTON A., *Épreuves Classantes Nationales. Résultats des épreuves – choix d'affectation*, CRAME, Université de Bordeaux 2, 2007.

REY A. (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1994.

ROBELET M., LAPEYRE-SAGESSE N., ZOLESIO E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*. Note de synthèse pour le Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2006.

ROUX X., « Les conseillers commerciaux des banques et la figure du professionnel « rationnel » », dans BOUSSARD V., DEMAZIERE D., MILBURN P. (dir.), *L'injonction au professionnalisme. Analyse d'une dynamique plurielle*, PUR, Rennes, 2010, p. 121-132.

SALLE C., *Regards croisés de la sociologie et de la psychologie sur le mésothéliome*. Étude exploratoire réalisée pour l'axe 5 « Cancer et Sciences de l'Homme » du Cancéropôle Grand-Ouest, A.-C. HARDY (dir.).

SAUTORY O., « La démocratisation de l'enseignement supérieur : évolution comparée des caractéristiques sociodémographiques des bacheliers et des étudiants », *Education & formations* n° 74, avril 2007, p. 49-64.

SAVATIER J., *La profession libérale. Étude juridique et pratique*, LGDJ, Paris, 1947.

SAVATIER J., « Le statut juridique du médecin dans la société contemporaine », *L'effort*, n° 4-5, Juillet-Octobre 1967, p. 79-88.

SAVATIER R., « La responsabilité médicale en France (Aspects de droit privé) », *Revue internationale de droit comparé*, Vol 28, n° 3, Juillet-septembre 1976, p. 493-510.

SCHWEYER F.-X., « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ? », dans CRESSON G., SCHWEYER F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, ENSP, Rennes, 2000, p. 149-170.

SFEZ L., *La santé parfaite*, Seuil, Paris, 1995.

SICARD D., *L'alibi éthique*, Plon, Paris, 2006.

SONTAG S., *La maladie comme métaphore*, C. Bourgeois, Paris, 1993, 2005.

STAROBINSKI J., « Guérison », dans LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004, p. 546-553.

STIKER H.-J., « Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double », *Champ Psychosomatique*, 2005/3, n° 45, p. 7-23.

STRAUSS A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle BASZANGER, L'Harmattan, Paris, 1992.

SUAUD C., « L'imposition de la vocation sacerdotale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 3, 1975 p. 2-17.

SUPIOT A., *Critique du droit du travail*, PUF, Paris, 1994.

SUPIOT A., « Les nouveaux visages de la subordination », *Droit Social*, n° 2, février 2000, p. 131-145.

SUPIOT A., « La fonction anthropologique du droit », Entretien paru dans *Esprit*, fév. 2001, p. 154.

SUPIOT A., « Un faux dilemme : la loi ou le contrat ? », *Droit social*, n° 1, janvier 2003, p. 59-71.

TAREK KILANI T., « la relation médecin-malade en chirurgie », communication à la *cinquième conférence annuelle du comité national d'éthique médicale*, Tunis, 16 novembre 2000.

TOULEMON L., PONTONE S., BROUARD N., « Forte différence de fécondité entre hommes et femmes parmi les médecins spécialistes et les autres professions de cadre », Colloque de l'AIDELF, *Population et travail : Dynamiques démographiques et activités*, 18 au 23 septembre 2006, p. 345-363.

TUBIANA M., *Histoire de la pensée médicale, Les chemins d'Esculape*, Flammarion, Paris, 1995.

VAN GENNEP A., *Les rites de passage. Étude systématique des rites*, Picard, Paris, 1981.

VERGEZ B., *Le monde des médecins au XXe siècle*, Éditions Complexe, Paris, 1996.

VIGARELLO G., *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Seuil, Paris, 1993, 1999.

WEBER M., « Droit et jeux. À propos de R. Stammler : dépassement du matérialisme historique », *Droit et société* n° 95, vol. 14, p. 149-153.

WEBER M., *Le savant et le politique*, Plon, Paris, 1959.

WEBER M., *Économie et société*, tomes I et II, Plon, Paris, 1995.

WEISZ G., « Reform and conflict in French medical education », *in* FOX R., WEISZ G.(éd.) *The Organization of Science and Technology in France 1808-1914*, Cambridge University Press, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Cambridge, Paris, 1980.

WEISZ G., « Les transformations de l'élite médicale en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 74, septembre 1988, p. 33-46.

WEISZ G.(dir.), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, University of Pennsylvania Press, Philadephia, 1990.

WEISZ G., « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germonophone », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, mars 2005, p. 37-51.

WEISZ G., *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford University Press, New York, 2006.

WINCKLER M., *La maladie de Sachs*, P.O.L., Paris, 1998.

ZOLESIO E., « "Chirurchiennes de garde" et humour "chirurchical". Posture féminine de surenchère dans l'humour sexuel et scatologique », *¿Interrogations ?* n° 8, juin 2009, p. 159-177.

ZOLESIO E., « Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée », *Sociétés contemporaines*, n° 74, 2009, p. 147-165.

# Table des matières

**PREFACE : *CURRICULUM VITAE*** ..... **6**

*Le CV manquant* ..... *6*
*Les objets discrets* ..... *8*
*Les objets confluents* ..... *12*

**INTRODUCTION** ..... **20**

**PREMIERE PARTIE : LES TRANSFORMATIONS DU CORPS MEDICAL** ..... **26**

CHAPITRE I : LA FORMATION DE LA PROFESSION ..... 34

*Exclure pour unifier* ..... *34*
Du « mal » à « la maladie » ..... 35
Faire un seul corps ..... 37
*Spécialisation et divisions du corps* ..... *43*

CHAPITRE II : ÉLECTIONS ET SELECTIONS MEDICALES ..... 50

*L'internat : l'élite d'abord* ..... *50*
Une profession à double entrée ..... 50
De l'internat des hôpitaux à l'internat de spécialités ..... 52
*Le* numerus clausus *de PCEM1 : la base après* ..... *59*
*Réguler en temps réel ?* ..... *63*

CHAPITRE III : LA FEMME EST L'AVENIR DU MEDECIN… ..... 70

*Des femmes (peu) combattantes…* ..... *71*
Une entrée « en douce » ..... 71
Généralistes, « toutes » ? ..... 74
*… aux hommes déserteurs ?* ..... *79*
*La médecine change-t-elle de genre ?* ..... *83*

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE : UNE REPRODUCTION MEDICALE ASSISTEE ? ..... 88

**DEUXIEME PARTIE : LES DEUX FACES DE L'INDEPENDANCE MEDICALE** ..... **91**

CHAPITRE IV : LE TRAVAIL, LA SANTE ET LE MEDECIN ..... 95

*À l'origine du concept de subordination : un droit aux soins* ..... *95*
*Un principe d'échange dans un droit dérogatoire* ..... *99*
*Santé et travail : une relation réflexive* ..... *103*

CHAPITRE V : L'ETHIQUE, LA MORALE ET LE COLLOQUE SINGULIER ..... 109

*À propos du « colloque singulier »* ..... *110*
*Profession libérale et fonction publique* ..... *114*
*1945-2003 : permanence des cadres et déplacement des sujets* ..... *117*
La Morale médicale, mère de l'éthique ? ..... 118
La déontologie médicale et le principe de la liberté professionnelle. ..... 126
Le XXI^e siècle et l'enseignement de l'éthique ..... 130

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE : L'ALLEGEANCE DE LA MEDECINE ..... 141

**TROISIEME PARTIE : PROFESSION ET OBJET DU TRAVAIL ..... 145**

CHAPITRE VI : PROFESSIONNALISATION ET DEPLACEMENT DE L'OBJET DU TRAVAIL ..... 149

*Le glissement de l'objet : L'exemple des coiffeurs ..... 149*
*L'emboîtement des objets : l'exemple des militaires ..... 156*
*Autonomie de l'action et isolement du professionnel ..... 167*

CHAPITRE VII : LA FORMATION DE L'OBJET DU TRAVAIL MEDICAL ..... 172

*La rupture initiatique du PCEM1 ..... 174*
Vouloir « faire médecine » ..... 175
Une discrimination élective ..... 179
*Les stages hospitaliers : être et faire ..... 183*
*La « matière » des cours ..... 187*
*« On fait mal aux gens » ..... 189*

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE : L'OBJET VISIBLE D'UN TRAVAIL INDICIBLE ..... 194

**QUATRIEME PARTIE : L'APPARITION DU « PROFANE » ..... 198**

CHAPITRE VIII : L'ENFANT-MALADE COMME ENJEU ..... 206

*S'en sortir ? ..... 207*
*Le « rapt » de l'enfant ..... 214*
*Parents sous surveillance ..... 220*
*Ce qui « reste » du parent ..... 223*

CHAPITRE IX : AUTORITE PARENTALE ET POUVOIR MEDICAL ..... 228

*« Je sais pas, ils savaient » ..... 228*
*« Pour lui, moi je n'étais pas… » ..... 231*
*« Elle ne vous appartient pas ! » ..... 239*
*« Compliance » et « résilience » sont-ils incompatibles ? ..... 242*

CONCLUSION DE LA QUATRIEME PARTIE : L'ORDRE DE LA NEGOCIATION PROFANE ..... 246

**CINQUIEME PARTIE : L'EFFACEMENT DE LA GUERISON ..... 252**

CHAPITRE X: LE CHAMP DE BATAILLE ..... 256

*Les "héros" sont fatigués ..... 258*
Réussites objectives et séquelles subjectives ..... 258
« Je me suis tirée dessus » ..... 263
« Tout le monde a l'impression que je suis handicapée » ..... 268
*Guérisons mortelles : la révélation d'un malentendu ..... 276*

CHAPITRE XI : LE MEDECIN, LE MALADE ET LA GUERISON ..... 282

*Le cancer, objet du travail médical ? ..... 283*
*Qu'est-ce que « guérir » ? ..... 292*
« Il n'y a pas de réalité du mal » ..... 292
« Mon roi guérit, donc il n'est pas un homme comme les autres » ..... 294

CONCLUSION DE LA CINQUIEME PARTIE : LA GUERISON COMME *NON-LIEU* ..... 300

**CONCLUSION ..... 306**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 314**

**TABLE DES MATIERES ..... 324**