

Le trépied fondateur de la médecine : pour un modèle tripartite des fonctions médicales dans la société contemporaine

The three pillars of medicine: toward a tripartite model of medical functions in contemporary society

ROLAND M.

Médecin de famille et de santé publique

Ancien enseignant en médecine générale et médecine sociale, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Cet article propose une conceptualisation tripartite des fonctions médicales qui s'appuie sur une trajectoire professionnelle et intellectuelle inscrite dans la pratique clinique, la santé publique et l'anthropologie médicale. Loin de se réduire à la dimension curative individuelle, la profession médicale s'articule autour de trois pôles complémentaires : le soin individuel, l'action collective de santé publique ainsi qu'une fonction d'officialisation et de contrôle social que nous proposons de nommer « fonction d'officier de santé ». Cette tripartition, ancrée dans les travaux fondateurs de Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Talcott Parsons et Didier Fassin, permet de mieux comprendre les tensions inhérentes à la profession et d'éclairer les enjeux contemporains de la médecine dans ses rapports aux individus, aux populations et aux institutions.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 560-567

Doi : 10.30637/2026.25-076

Mots-clés : médecine sociale, santé publique, contrôle social, fonctions médicales, anthropologie médicale, épistémologie médicale

ABSTRACT

This article proposes a three-part conceptualization of medical functions, drawing on a professional and intellectual trajectory rooted in clinical practice, public health, and medical anthropology. Far from being limited to the individual curative dimension, the medical profession revolves around three complementary pillars: individual care, collective public health action, and a function of formalization and social control that we propose to call the "health officer function." This tripartite framework, rooted in the seminal works of Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Talcott Parsons, and Didier Fassin, provides a better understanding of the tensions inherent in the profession and sheds light on contemporary issues in medicine as it relates to individuals, populations, and institutions.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 560-567

Doi : 10.30637/2026.25-076

Keywords: social medicine, public health, social control, medical functions, medical anthropology, medical epistemology

INTRODUCTION

La question des fondements de la médecine et de ses missions sociétales traverse l'histoire de la pensée médicale depuis Hippocrate. Si la dimension curative a longtemps constitué le cœur de l'identité professionnelle des médecins, l'émergence de la santé publique au XIX^e siècle et les transformations contemporaines du rôle social des médecins invitent à repenser cette fonction de manière plus complexe et multidimensionnelle.

Cet article s'inscrit dans une démarche réflexive issue d'une trajectoire professionnelle qui a progressivement révélé la nécessité d'un modèle conceptuel intégratif. D'abord inscrit dans une perspective curative classique, puis enrichi par des formations en santé publique, en épidémiologie et en anthropologie médicale, notre parcours a fait émerger l'hypothèse d'un « trépied » fondateur de la médecine, articulant trois dimensions fonctionnelles distinctes mais interdépendantes.

Cette proposition conceptuelle s'ancre dans une littérature théorique riche, notamment les travaux de Michel Foucault sur la médicalisation et le biopouvoir, ceux de Pierre Bourdieu sur la reproduction sociale, ainsi que les apports de Talcott Parsons, Didier Fassin et Geoffrey Rose. L'objectif est de démontrer que la profession médicale ne peut se comprendre pleinement sans reconnaître la coexistence de trois fonctions : le soin individuel curatif, l'action collective de santé publique et une fonction d'officialisation, de certification et de contrôle que nous nommons « fonction d'officier de santé ».

Nous proposons d'examiner successivement ces trois dimensions, d'analyser leurs fondements théoriques, puis d'explorer les tensions et articulations qu'elles génèrent dans la pratique contemporaine, avant de conclure sur les implications pour la formation médicale et l'organisation des systèmes de santé.

Du soin curatif à la conscience systémique

La formation médicale initiale, particulièrement dans le contexte européen francophone des années 1960-1970, privilégiait une approche centrée sur la maladie et le traitement individuel. Cette perspective biomédicale, héritée du modèle pasteurien positiviste et de la révolution microbiologique, construit le médecin comme un « réparateur » du corps malade, dans une relation duelle médecin-patient largement décontextualisée.

Cependant, la confrontation avec la réalité clinique révèle rapidement l'insuffisance de ce modèle. Chaque patient s'inscrit dans des réseaux d'appartenance multiples : familial, professionnel, communautaire, culturel et idéologique. La maladie, dont la nature même peut être questionnée, n'est jamais un événement purement biologique¹ ; elle est vécue, interprétée et gérée dans un contexte social qui en modifie profondément l'expression et l'évolution.

Cette prise de conscience a motivé un approfondissement en santé publique et en épidémiologie, disciplines qui déplacent le regard du cas individuel vers les populations et les déterminants collectifs de la santé². L'épidémiologie sociale, notamment, révèle l'ampleur des inégalités sociales de santé et la nécessité d'interventions dépassant le cadre clinique traditionnel.

L'apport de l'anthropologie médicale

La découverte de l'anthropologie médicale, particulièrement à travers le *Traité d'Anthropologie médicale* coordonné par Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin³, a constitué un tournant épistémologique majeur. Cet ouvrage de référence propose une lecture culturelle, sociale et politique de la santé et de la maladie, intégrant les dimensions symboliques, rituelles et idéologiques de la pratique médicale.

L'anthropologie médicale conduit également vers les œuvres de Michel Foucault, notamment « Naissance de la clinique »⁴ et ses cours au Collège de France sur la médicalisation. Foucault démontre que la médecine moderne ne se limite pas au soin : elle participe à la construction de normes corporelles et comportementales, exerce un pouvoir disciplinaire sur les corps et constitue un dispositif de contrôle social. Le concept de « biopouvoir » désigne cette emprise du pouvoir sur la vie même, où la médecine devient un instrument de gouvernementalité^{4,5}.

Parallèlement, les travaux de Pierre Bourdieu⁶ sur la reproduction sociale par l'école éclairent un mécanisme similaire en médecine : les institutions médicales participent à la perpétuation des structures sociales, légitiment certaines normes tout en marginalisant d'autres et contribuent à la reproduction intergénérationnelle des inégalités de santé.

Ces lectures convergent vers l'hypothèse d'une troisième fonction médicale, distincte du soin et de la prévention collective : une fonction de constat, de certification et d'officialisation des états de santé et de maladie, qui inscrit le médecin dans un rôle d'agent de l'État et de gardien de l'ordre social.

Convergence vers un modèle tripartite

La synthèse de ces différentes influences conduit à l'élaboration d'un modèle conceptuel qui reconnaît trois piliers fondamentaux de la pratique médicale :

- Le soin individuel (fonction clinique curative) : prise en charge thérapeutique d'une personne malade dans une relation interpersonnelle ;
- L'action collective de santé publique (fonction préventive et populationnelle) : interventions visant la santé des populations, la prévention et la surveillance épidémiologique ;
- La fonction d'officier de santé (fonction de certification et de contrôle) : constats officiels de maladie, déclarations obligatoires, certificats d'incapacité, constats de décès et évaluations médico-légales.

Ce modèle tripartite n'implique pas que chaque médecin exerce simultanément ces trois fonctions dans sa pratique quotidienne. Au contraire, la spécialisation médicale conduit souvent à privilégier l'une d'entre elles. Néanmoins, toute pratique médicale, même hautement spécialisée, peut mobiliser ces trois dimensions, et la profession médicale dans son ensemble ne peut se concevoir sans leur coexistence.

FONDEMENTS THÉORIQUES ET ANCRAGES CONCEPTUELS

La dimension clinique curative : du colloque singulier à la médecine personnalisée

La fonction de soin individuel constitue le cœur historique de l'identité médicale. Elle repose sur le « colloque singulier » décrit par Georges Duhamel⁷, cette relation privilégiée entre un médecin et son patient, fondée sur la confiance, l'empathie et la compétence technique. Cette dimension s'inscrit dans une tradition hippocratique qui place le bien du malade au centre de l'éthique médicale.

La médecine curative se caractérise par une approche individualisée, tenant compte des spécificités biologiques, psychologiques et sociales de chaque personne, que George Engel⁸ a formalisées dans un modèle global « biopsychosocial ». L'*evidence-based medicine* elle-même, malgré son apparente standardisation, reconnaît l'importance de l'adaptation aux particularités individuelles. Les développements récents en médecine personnalisée (médecine prédictive par exemple) et en pharmacogénomique renforcent cette individualisation en proposant des traitements ajustés au profil génétique de chaque patient.

Cependant, cette fonction curative ne peut être isolée des deux autres dimensions. Le soin individuel s'inscrit toujours dans un contexte social et institutionnel qui en conditionne les modalités et l'efficacité. Les travaux d'Aaron Antonovsky⁹ sur le « sens de la cohérence » et ceux de Michael Marmot¹⁰ et Richard Wilkinson¹¹ sur les déterminants sociaux de la santé soulignent l'importance des facteurs extracliniques dans les résultats des soins.

La santé publique : de Rose à Fassin, penser la population

La distinction entre médecine clinique et santé publique a été théorisée de manière fondatrice par Geoffrey Rose dans son article « *Sick Individuals and Sick Populations* »¹². Rose y développe le concept de « paradoxe de la prévention » : les interventions qui bénéficient le plus aux populations ne sont pas nécessairement celles qui apparaissent les plus pertinentes pour les individus à haut risque, socle explicatif de l'« *Inverse care law* » ou « Effet Matthieu », principe sociologique selon lequel les personnes qui ont déjà des avantages consomment et accumulent davantage de ressources, tandis que les personnes moins favorisées voient leurs désavantages s'accroître¹³.

Cette approche populationnelle déplace radicalement le regard médical. Il ne s'agit pas seulement de traiter des personnes malades, mais aussi de modifier les déterminants collectifs qui produisent la maladie : conditions de logement, environnement professionnel, alimentation, accès aux soins, politiques publiques. La santé publique opère sur des leviers macrosociaux, utilise des outils épidémiologiques et statistiques et vise des objectifs de réduction des inégalités et d'amélioration des indicateurs populationnels.

Didier Fassin, dans ses travaux sur « la santé publique comme culture disciplinaire »¹⁴, souligne que cette dimension ne se réduit pas à une médecine appliquée aux groupes. Elle constitue un champ épistémologique distinct, avec ses propres paradigmes, méthodes et enjeux politiques. Fassin analyse également comment la santé publique peut devenir un instrument de gouvernement des corps et des populations, rejoignant ainsi les préoccupations foucaaldiennes sur le biopouvoir.

Dans le contexte belge, et particulièrement bruxellois, cette dimension prend une importance particulière face aux enjeux de précarité, de migration et de vulnérabilité sanitaire. Les initiatives développées à Bruxelles dans le cadre du projet CoVeR^a et par des institutions comme Vivalis^b illustrent la nécessité d'une approche intégrée combinant prévention, réduction des risques et accompagnement des populations marginalisées. Cette approche doit néanmoins se prémunir des écueils que la critique anthropologique de l'idéologie

humanitaire a mis en évidence : le risque de réduire ces populations à des figures d'altérité prises en charge dans une logique compassionnelle plutôt que dans une perspective de droits et de justice sociale¹⁵.

La fonction d'officier de santé : Foucault, Parsons et le contrôle social

La troisième dimension, moins visible mais fondamentale, concerne le rôle d'officialisation et de certification que la société délègue aux médecins. Michel Foucault, dans « Naissance de la clinique »⁴, décrit l'émergence historique de cette fonction avec la médicalisation de la société moderne. Le médecin devient progressivement un agent de l'État, chargé de constater officiellement la maladie, d'attester de l'incapacité, de surveiller les épidémies et de certifier la mort.

Cette dimension d'officialisation trouve son expression la plus fondamentale dans le rapport du médecin aux seuils de l'existence. Comme l'ont montré les travaux d'anthropologie médicale, toute société organise rituellement les passages entre vie et mort, entre les statuts de non-être et d'être social. Dans nos sociétés sécularisées, c'est au médecin qu'est désormais dévolu ce rôle autrefois assumé par les autorités religieuses. Le médecin examine le nouveau-né et valide son entrée dans le monde des vivants ; il constate le décès et acte la sortie de ce même monde. Dans certains contextes, son rôle dépasse le simple constat : il accomplit l'acte d'accouchement, participant directement à la venue au monde et, dans le cadre de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, il peut, sous conditions strictes, accompagner et réaliser l'acte qui met fin à la vie. Ces prérogatives font du médecin un « maître des seuils », détenteur d'un pouvoir à la fois technique et symbolique sur les frontières ultimes de l'existence humaine, position qui ne va pas sans soulever de profondes questions éthiques et philosophiques.

Talcott Parsons, dans « *The Social System* »¹⁶, identifie explicitement trois rôles du médecin : soignant, expert technique et agent de contrôle social. C'est dans ce dernier rôle que s'inscrit la fonction d'officier de santé. Parsons souligne que le médecin gère l'accès au « statut de malade » (*sick role*), légitimant ainsi certains comportements (absence au travail, dépendance temporaire) tout en contrôlant leur usage potentiellement abusif.

Cette fonction se manifeste concrètement dans de nombreux actes médicaux :

- Certificats médicaux autorisant ou interdisant certaines activités (sport, travail, conduite automobile) ;
- Déclarations obligatoires de maladies infectieuses, participant à la surveillance épidémiologique ;
- Constats de décès et certifications médico-légales ;

^a CoVeR est un dispositif d'aide socio-sanitaire financé par Vivalis (ex-Cocom) pour les personnes en hébergement d'urgence, en squat ou en rue.

^b Vivalis est l'administration bilingue de référence dans les secteurs de la Santé et de l'Aide aux Personnes en région bruxelloise.

- Évaluations d'invalidité pour l'accès aux prestations sociales ;
- Expertises médico-légales dans le cadre judiciaire ;
- Vérification des critères permettant la dépénalisation de l'euthanasie ;
- Mesures d'observation et de protection (MOP) en psychiatrie.

Dans ces actes, le médecin n'exerce pas nécessairement une fonction de soin : il constate, officialise ou certifie¹⁷. Il occupe une position d'autorité déléguée par l'État, produisant des documents qui ont valeur légale et qui conditionnent l'accès à des droits ou l'imposition de contraintes. Cette fonction inscrit la médecine dans les dispositifs de pouvoir et de régulation sociale, comme l'ont analysé Foucault et, plus récemment, Didier Fassin¹⁸ dans ses travaux sur les politiques de la vie.

Pierre Bourdieu⁶, bien qu'il se soit moins directement intéressé à la médecine qu'à l'éducation, offre un cadre théorique pertinent pour penser cette fonction. Tout comme l'école reproduit la structure sociale en légitimant certaines formes de capital culturel, la médecine, par sa fonction de certification, participe à la reproduction de l'ordre social. Elle valide certaines définitions de la normalité et de la pathologie, discrimine entre handicaps légitimes et plaintes non reconnues et contribue ainsi à maintenir les hiérarchies sociales existantes.

Cette dimension soulève des questions éthiques majeures, notamment lorsque les intérêts du patient et ceux de l'institution (employeur, assurance, État) entrent en conflit. Le médecin se trouve alors dans une position ambiguë, tiraillé entre son devoir de confidentialité et de protection du patient d'une part et son obligation de transparence envers les autorités d'autre part.

ARTICULATIONS, TENSIONS ET COMPLÉMENTARITÉS

Nécessité d'un équilibre : la métaphore du trépied

La métaphore du trépied n'est pas innocente : elle suggère que la stabilité de l'édifice médical repose sur l'équilibre entre ces trois piliers. Une médecine qui privilégierait exclusivement la dimension curative risquerait de négliger les déterminants collectifs de la santé et de perdre de vue son rôle dans la régulation sociale. À l'inverse, une médecine uniquement centrée sur la santé publique pourrait oublier la singularité irréductible de chaque patient et la dimension relationnelle du soin.

L'histoire récente de la médecine illustre les dangers de ces déséquilibres. La dérive hypertechniciste et spécialisée de la médecine hospitalière des années 1970-1980 a conduit à une déshumanisation du soin, largement critiquée par Ivan Illich dans sa « Némésis médicale »¹⁹. Cette période a vu un affaiblissement de

la dimension relationnelle au profit d'une approche purement technique, réduisant le patient à un ensemble d'organes dysfonctionnels.

Inversement, certaines dérives de la santé publique, notamment dans les politiques sanitaires autoritaires, ont montré les risques d'une médecine qui deviendrait principalement un instrument de contrôle des populations. Les débats récents autour de la gestion de la pandémie de COVID-19 ont révélé ces tensions entre protection collective et libertés individuelles, entre approche populationnelle et respect de l'autonomie personnelle, en regard des impératifs réglementaires suggérés par les spécialistes médicaux pour restreindre la contagion et « aplatis la courbe » dans l'intérêt supposé du patient individuel, de la population générale et du système de santé, à la fois infrastructure et superstructure dans la terminologie marxiste^c.

Conflits d'intérêts et dilemmes éthiques

La coexistence de ces trois fonctions génère inévitablement des tensions et des conflits d'intérêts. Le médecin du travail, par exemple, doit conjuguer sa mission de protection de la santé des travailleurs (santé publique) avec son obligation de conseil à l'employeur (fonction de certification) et son devoir de soin individuel. Ces trois dimensions peuvent entrer en contradiction : certifier l'aptitude d'un travailleur peut servir l'intérêt de l'entreprise mais nuire à la santé de l'individu.

De même, le médecin conseil des organismes d'assurance maladie occupe une position structurellement ambiguë : mandaté par l'institution pour contrôler la justification des arrêts de travail et maîtriser les dépenses (fonction d'officier de santé), il doit néanmoins garantir l'accès aux soins et protéger la santé des assurés (soin individuel et santé publique).

La médecine légale et forensique concentre ces tensions de manière particulièrement aiguë. L'expert médical dans un procès n'est ni le soignant ni le défenseur de l'accusé. C'est un technicien au service de la justice, produisant une vérité médicale qui sera utilisée par d'autres. Cette posture implique une neutralité axiologique qui peut entrer en conflit avec l'éthique du soin et du « *primum non nocere* ».

Spécialisation et fragmentation

L'évolution de la profession médicale au XX^e siècle s'est caractérisée par une spécialisation croissante, conduisant à une fragmentation des trois fonctions. Certains médecins se consacrent presque exclusivement au soin curatif (chirurgiens, médecins hospitaliers spécialisés), d'autres à la santé publique (épidémiologistes, médecins inspecteurs), d'autres encore aux fonctions d'expertise et de certification (médecins légistes, médecins-conseils).

^c L'infrastructure (ou base économique) concerne les rapports de production et les forces productives, la superstructure, les institutions juridiques, politiques, idéologiques (État, droit, religion, éducation, culture) qui reflètent et légitiment la base économique.

Cette spécialisation présente des avantages indéniables en termes d'expertise technique et d'efficacité. Cependant, elle comporte également le risque d'une perte de la vision globale de la mission médicale. Un médecin qui ne pratique que l'expertise risque de développer une vision désincarnée de la maladie, oubliant la dimension existentielle de la souffrance. À l'inverse, un clinicien enfermé dans sa pratique curative peut négliger les enjeux de santé publique et les dimensions sociales de la santé.

La médecine générale, en tant que spécialité de la globalité et de la continuité, occupe une position particulière dans ce paysage. Le médecin généraliste est souvent celui qui maintient le lien entre les trois dimensions : il soigne, il participe à la prévention et au dépistage (santé publique) et il produit régulièrement des certificats et constats (fonction d'officier de santé). Cette polyvalence fait de la médecine générale un observatoire privilégié de la complexité du rôle médical.

Complémentarités et synergies possibles

Malgré les tensions, ces trois dimensions peuvent également se renforcer mutuellement. Une bonne compréhension des enjeux de santé publique enrichit la pratique clinique en sensibilisant le médecin aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités. Réciproquement, l'expérience clinique nourrit les politiques de santé publique en alertant sur l'émergence de nouveaux problèmes de santé ou sur l'inadéquation de certaines mesures.

La fonction d'officier de santé, bien que potentiellement problématique, est également indispensable. Sans déclaration obligatoire, aucune surveillance épidémiologique n'est possible. Sans certification d'incapacité, aucune protection sociale ne peut être organisée. Le défi consiste à exercer cette fonction tout en préservant l'alliance thérapeutique et en protégeant l'autonomie des patients.

Les protocoles développés dans le contexte de la prise en charge des populations vulnérables à Bruxelles, notamment autour de problématiques comme les infestations de punaises de lit ou les maladies transmissibles, illustrent la nécessité d'une approche intégrant ces trois dimensions : soin des personnes affectées, prévention collective et gestion des aspects réglementaires et déclaratifs.

IMPLICATIONS POUR LA FORMATION ET L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Repenser la formation médicale

Le modèle tripartite proposé a des implications directes pour la formation médicale. Actuellement, les cursus privilégient massivement la dimension curative, avec un enseignement centré sur la physiopathologie, le diagnostic et la thérapeutique. La santé publique est souvent reléguée à un enseignement marginal, perçu

comme théorique et peu pertinent pour la pratique. Quant à la fonction d'officier de santé, elle n'est généralement pas enseignée de manière explicite et systématique.

Une formation véritablement équilibrée devrait intégrer dès le début du cursus ces trois dimensions. Les étudiants devraient être sensibilisés aux enjeux de santé publique et aux déterminants sociaux de la santé, non comme un supplément culturel, mais comme une composante essentielle de leur compétence professionnelle. L'enseignement de l'épidémiologie, de la biostatistique et des politiques de santé devrait occuper une place comparable à celle de la pharmacologie ou de l'anatomie.

De même, la dimension d'officier de santé devrait faire l'objet d'un enseignement spécifique, incluant les aspects juridiques, déontologiques et éthiques de la certification médicale. Les futurs médecins devraient être formés à gérer les conflits d'intérêts inhérents à cette fonction, à distinguer clairement leurs rôles de soignant et d'expert et à préserver l'alliance thérapeutique même lorsqu'ils doivent exercer une fonction de contrôle.

L'anthropologie médicale et les sciences sociales de la santé devraient également trouver une place plus importante dans les cursus. Elles permettent de développer une réflexivité critique sur la profession, de comprendre les dimensions culturelles et symboliques de la maladie et de prendre conscience des rapports de pouvoir qui traversent la relation de soin.

Organisation des systèmes de santé et gouvernance

Le modèle tripartite invite également à repenser l'organisation des systèmes de santé²⁰. Trop souvent, ces systèmes sont structurés exclusivement autour de la dimension curative, avec un financement et des incitations qui privilégient les actes techniques au détriment de la prévention et de l'éducation à la santé.

Une organisation équilibrée devrait allouer des ressources significatives à la santé publique et à la médecine préventive. Le financement de la médecine ne devrait pas reposer uniquement sur l'acte curatif, mais valoriser également les activités de prévention, d'éducation et de coordination. Les modèles de paiement à la capitation ou les forfaits de prise en charge globale peuvent contribuer à rééquilibrer ces dimensions²¹.

Concernant la fonction d'officier de santé, une réflexion est nécessaire sur la séparation des rôles. Dans certains cas, il peut être souhaitable de distinguer institutionnellement les fonctions de soin et de certification. C'est le principe du tiers payeur neutre en médecine du travail ou de l'expertise médicale indépendante dans le cadre judiciaire. Cette séparation permet d'éviter les conflits d'intérêt et de préserver la confiance du patient envers son médecin traitant.

Cependant, une séparation trop stricte comporte aussi des risques. Elle peut conduire à une fragmentation excessive de la prise en charge, à une multiplication des intervenants et à une perte de continuité. L'enjeu est de trouver un équilibre permettant de clarifier les rôles tout en maintenant une approche globale du patient²².

Enjeux éthiques et déontologiques

La reconnaissance explicite de ces trois fonctions soulève des questions éthiques et déontologiques fondamentales. Le Code de Déontologie médicale, largement construit autour de la relation de soin, est insuffisamment adapté aux situations où le médecin exerce une fonction d'expertise ou de contrôle.

Le principe du secret médical, par exemple, trouve ses limites dans les obligations de déclaration et de signalement. Le médecin doit parfois choisir entre sa loyauté envers le patient et ses obligations envers la société. Ces dilemmes ne peuvent être résolus par des règles simples ; ils requièrent une éthique de la responsabilité, attentive aux conséquences de chaque décision et capable de naviguer dans la complexité des situations.

La transparence sur les rôles exercés constitue un impératif éthique majeur. Le patient doit savoir si le médecin qu'il consulte agit comme soignant, comme expert pour un tiers ou comme agent de santé publique. Cette transparence permet au patient d'adapter son niveau de confiance et de contrôler l'information qu'il partage.

Enfin, la question du consentement prend une dimension particulière. Dans le cadre du soin, le consentement éclairé du patient est une exigence fondamentale. Mais qu'en est-il lorsque le médecin exerce une fonction d'officier de santé ? Le patient peut-il refuser une certification ou un constat ? Jusqu'où s'étend son autonomie face aux obligations légales de certaines vaccinations (poliomyélite) ou de certains traitements (tuberculose) et à l'intérêt collectif ?

Les situations de pénurie de ressources vitales cristallisent de manière paradigmatique l'incompatibilité potentielle de ces trois fonctions. Le médecin confronté, comme ce fut le cas durant les pics de la pandémie de COVID-19, à un nombre de patients en détresse respiratoire supérieur au nombre de respirateurs disponibles aux urgences, ne peut échapper à l'exercice d'une violence symbolique : il doit renoncer à soigner certains patients (mettant à l'épreuve la fonction curative), appliquer des critères de priorisation utilitaristes visant à maximiser les chances de survie globales (logique de santé publique), tout en assumant la responsabilité médico-légale de décisions qui seront potentiellement scrutées et contestées (fonction d'officier de santé). Face à ce dilemme insurmontable, seul le tirage au sort permettrait de préserver l'égalité et l'équité entre tous les patients, en renonçant à toute discrimination fondée sur l'âge, les comorbidités ou le pronostic. Pourtant, cette solution radicalement égalitaire se heurte aux impératifs de

santé publique qui privilégient la maximisation du nombre de vies sauvées et entre en conflit avec les protocoles institutionnels qui imposent généralement des critères cliniques de priorisation. De tels dilemmes révèlent que l'équilibre du trépied médical n'est pas toujours atteignable et que certaines situations forcent des hiérarchisations tragiques entre ces dimensions, où aucune décision ne peut satisfaire simultanément aux trois fonctions sans en trahir au moins une.

PERSPECTIVES CRITIQUES ET LIMITES DU MODÈLE

Critique de la fonction de contrôle

L'identification d'une fonction d'officier de santé, inscrite dans une perspective foucauldienne, soulève des objections légitimes. Certains pourraient y voir une lecture excessivement critique de la profession médicale, réduisant le médecin à un agent de contrôle social au service du pouvoir. Cette interprétation risquerait de décourager l'engagement professionnel et de nourrir une défiance envers la médecine.

Il convient donc de clarifier que la reconnaissance de cette fonction n'implique pas un jugement moral négatif. Toute société a besoin de mécanismes de régulation et de certification. Le rôle du médecin dans ces processus n'est problématique que lorsqu'il s'exerce de manière opaque, autoritaire ou au service d'intérêts contraires au bien-être des personnes²³.

De plus, il existe une tension entre l'analyse structurale proposée par Foucault et Bourdieu, qui met l'accent sur les mécanismes de pouvoir et de reproduction, et l'expérience vécue de nombreux professionnels qui se perçoivent avant tout comme des soignants dévoués au bien de leurs patients. Cette tension n'invalide pas l'analyse théorique, mais rappelle qu'il faut articuler les niveaux macrosociaux et micro-interactionnels²⁴.

Risque de schématisation

Tout modèle théorique simplifie nécessairement la réalité. Le trépied proposé pourrait être accusé de réductionnisme, ramenant la complexité de la pratique médicale à trois fonctions distinctes. Dans la réalité, ces dimensions sont souvent intriquées et difficilement séparables.

Un acte médical apparemment simple, comme une consultation de médecine générale, mobilise simultanément les trois dimensions : le médecin soigne (fonction curative), il dépiste et prévient (fonction de santé publique) et il peut être amené à certifier un arrêt de travail ou à déclarer une maladie contagieuse (fonction d'officier de santé). La distinction analytique ne doit pas faire oublier cette unité pratique.

De plus, d'autres dimensions de la pratique médicale pourraient être identifiées : la recherche et l'innovation, l'enseignement et la transmission des savoirs, la gestion et l'organisation des soins. Le modèle tripartite ne prétend pas épuiser la réalité de la profession, mais mettre en lumière trois dimensions fondamentales dont la coexistence est souvent occultée.

Contextualisation culturelle et historique

Le modèle proposé s'ancre dans une analyse de la médecine occidentale moderne, et plus spécifiquement dans le contexte européen francophone. Sa validité dans d'autres contextes culturels et historiques reste à interroger. Les systèmes de santé non occidentaux, les médecines traditionnelles et les configurations médicales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire présentent probablement des articulations différentes entre ces fonctions.

De même, l'évolution historique de la médecine suggère que l'importance relative de ces trois fonctions a varié considérablement. La médecine prémoderne privilégiait fortement la dimension curative individuelle. L'essor de l'État moderne et de la santé publique au XIX^e siècle a renforcé les deux autres dimensions. Les transformations contemporaines, notamment la numérisation de la santé et l'émergence de la médecine prédictive, modifient à nouveau ces équilibres.

Une analyse comparative, tant synchronique (entre différents systèmes de santé contemporains) que diachronique (à travers l'histoire), serait nécessaire pour évaluer la robustesse et la généralité du modèle tripartite.

CONCLUSION

Cet article a proposé une conceptualisation tripartite des fonctions médicales, fruit d'une trajectoire intellectuelle combinant pratique clinique, formation en santé publique et réflexion anthropologique. Le modèle du trépied distingue trois dimensions fondamentales : le soin individuel curatif, l'action collective de santé publique et la fonction d'officier de santé incarnant les rôles de certification et de contrôle social.

Cette tripartition, ancrée dans les travaux de Michel Foucault, Talcott Parsons, Pierre Bourdieu, Geoffrey Rose et Didier Fassin, permet de mieux comprendre les tensions inhérentes à la profession médicale et les défis contemporains auxquels elle est confrontée. Elle révèle notamment l'ambiguïté structurelle du rôle médical, tiraillé entre une éthique du soin centrée sur le patient, une responsabilité collective de promotion de la santé publique et une fonction institutionnelle de régulation sociale.

Les implications pratiques de ce modèle sont significatives. Il invite à repenser la formation médicale pour y intégrer véritablement les dimensions de santé publique et d'anthropologie sociale, trop souvent négligées. Il suggère également des pistes pour l'organisation des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne la séparation ou l'articulation des fonctions de soin et de certification.

Sur le plan éthique, la reconnaissance explicite de ces trois fonctions constitue un prérequis pour une pratique transparente et respectueuse de l'autonomie des patients. Elle permet de clarifier les rôles, d'identifier les conflits d'intérêts potentiels et de développer des stratégies pour les gérer.

Ce travail conceptuel reste naturellement perfectible. Des recherches empiriques seraient nécessaires pour valider et affiner le modèle, notamment par des études qualitatives auprès de professionnels exerçant dans différents contextes. Une analyse comparative internationale permettrait d'évaluer la robustesse du modèle dans différents systèmes de santé. Enfin, l'articulation avec d'autres dimensions de la pratique médicale (recherche, enseignement, gestion) mériterait d'être approfondie.

L'ambition de cet article était moins de clore le débat que de le rouvrir, en proposant un cadre d'analyse permettant de penser ensemble des dimensions souvent traitées séparément. Dans un contexte où la médecine est confrontée à des défis majeurs – inégalités croissantes de santé, crises sanitaires mondiales, tensions entre innovation technologique et humanisme médical –, une réflexion approfondie sur les fondements de la profession apparaît plus que jamais nécessaire.

Marcher sur trois jambes plutôt que sur deux ou sur une seule permet un équilibre plus stable et une vision plus complète. C'est cet équilibre que le modèle du trépied médical invite à rechercher, tant dans la pratique individuelle que dans l'organisation collective de la santé.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1966.
2. Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies. Paris: Armand Colin; 2004.
3. Dufresne J, Dumont F, Martin Y, éditeurs. Traité d'anthropologie médicale. Québec: Presses de l'Université du Québec / Institut québécois de recherche sur la culture / Presses de l'Université de Lyon; 1985.
4. Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: Presses Universitaires de France; 1963.
5. Foucault M. Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979). Paris: Gallimard / Seuil; 2004.
6. Bourdieu P, Passeron JC. La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris: Minuit; 1970.
7. Duhamel G. Le médecin malgré lui. Paris: Mercure de France; 1934.
8. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
9. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
10. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury; 2015.
11. Wilkinson R. L'inégalité nuit gravement à la santé [Mind the Gap: Hierarchies, Health and Evolution]. Bonis O, traductrice. Paris: Cassini; 2002.
12. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14(1):32-38.
13. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
14. Fassin D. La santé publique comme culture disciplinaire. *Sciences sociales et santé*. 1998;16(1):7-12.
15. Hours B. L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue. Paris: L'Harmattan; 1998.
16. Parsons T. The Social System. Glencoe (IL): Free Press; 1951.
17. Aïach P, Fassin D, éditeurs. Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris: Anthropos; 1994.
18. Fassin D. La vie. Mode d'emploi critique. Paris: Seuil; 2018.
19. Illich I. Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Paris: Seuil; 1975.
20. Choi BCK, King AS, Graham K, Bilotta R, Selby P, Harvey BJ, et al. Clinical public health: harnessing the best of both worlds in sickness and in health. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2022;42(10):440-4.
21. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.15.
22. Cook AF, Hoas H. Dual loyalty of physicians in the military and in civilian life. *Am J Public Health*. 2008;98(12):2161-7. doi:10.2105/AJPH.2007.124644
23. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):20-6. doi:10.1080/02813430600879680.
24. Angell M. The doctor as double agent. *Kennedy Inst Ethics J*. 1993;3(3):279-86. doi:10.1353/ken.0.0253.

Travail reçu le 2 novembre 2025 ; accepté dans sa version définitive le 8 décembre 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :
M. ROLAND
E-mail : michel.roland@ulb.be