

Textes et contextes

ISSN : 1961-991X

: Université de Bourgogne

13-2 | 2018

Approches diachroniques des discours et cultures spécialisés

Le guide *Good Medical Practice* : un discours spécialisé en mutation ?

The Good Medical Practice Guide: A Changing Specialised Discourse?

18 December 2018.

Caroline Benedetto

🔗 <http://preo.u-bourgogne.fr/textesetcontextes/index.php?id=2249>

Licence CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Caroline Benedetto, « Le guide *Good Medical Practice* : un discours spécialisé en mutation ? », *Textes et contextes* [], 13-2 | 2018, 18 December 2018 and connection on 21 November 2024. Copyright : Licence CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). URL : <http://preo.u-bourgogne.fr/textesetcontextes/index.php?id=2249>

PREO

Le guide *Good Medical Practice* : un discours spécialisé en mutation ?

The Good Medical Practice Guide: A Changing Specialised Discourse?

Textes et contextes

18 December 2018.

13-2 | 2018

Approches diachroniques des discours et cultures spécialisés

Caroline Benedetto

🔗 <http://preo.u-bourgogne.fr/textesetcontextes/index.php?id=2249>

Licence CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Introduction : du Serment d'Hippocrate aux discours d'éthique contemporains

1. Présentation et intérêt du guide *Good Medical Practice*

1.1. Un texte de référence pour la pratique médicale

1.2. Un genre hybride, entre discours de régulation et de formation

1.3. Un discours en mutation, à l'image du domaine spécialisé

2. L'étude des variations du guide comme voie d'accès à la culture du domaine de la médecine britannique

2.1. Constitution et analyse du corpus

2.2. Le renforcement des contrôles visant la profession médicale

2.3. La revalorisation de l'image des médecins

Conclusion : un discours par lequel l'idéal devient exigible

Introduction : du Serment d'Hippocrate aux discours d'éthique contemporains

- 1 Avant de nous livrer à une étude diachronique des versions du guide *Good Medical Practice*, il nous paraît utile de retracer les fondements de l'éthique médicale que l'on retrouve dans le Serment d'Hippocrate.

- 2 Né en Grèce vers 460 avant J.-C., Hippocrate de Cos fut le premier médecin connu pour avoir choisi une voie thérapeutique éloignée des pratiques rituelles et occultes qui attribuaient auparavant les causes des maux des patients à des interventions divines. Il donna des bases rationnelles à la médecine, indépendantes de la religion, et fonda l'école hippocratique qui transforma en profondeur la pratique médicale pour en faire une profession à part entière, régie par un corpus de règles éthiques au sein duquel figure le célèbre Serment d'Hippocrate.
- 3 Rite d'initiation à la pratique de la médecine depuis l'Antiquité, la prestation du Serment définit traditionnellement les valeurs et les modèles de comportement communs que s'engagent à suivre les nouveaux entrants dans la profession médicale. Son objectif est de les guider tout au long de l'exercice de leurs fonctions (« *a moral compass* », Oxtoby, 2016 : §12) en leur rappelant leurs obligations vis-à-vis de leurs pairs, de leurs patients et de la société dans son ensemble. Bien que ce « rite de passage » ne constitue plus une obligation dans le contexte actuel du Royaume-Uni, il semble qu'il connaisse une résurgence récente puisqu'aujourd'hui encore, la moitié des futurs médecins du pays prononcent une déclaration d'allégeance à ses principes¹ – le plus souvent à l'issue de la formation initiale, lors de la cérémonie de remise des diplômes – ou parfois au moment d'entrer à la faculté de médecine (Hurwitz et Richardson, 1997).
- 4 Certains auteurs voient dans la résurgence du Serment une volonté, de la part des instances de la profession, de réaffirmer les valeurs et les comportements considérés comme exemplaires afin de renforcer leur application dans le cadre de la pratique et de guider les médecins et les apprentis médecins dans les dilemmes éthiques auxquels ils pourront être confrontés (Hurwitz et Richardson, 1997 : 1672 ; Chisholm et Askham, 2006 : 4). Sa réapparition vise aussi, nous semble-t-il, à regagner la confiance du public à la suite de plusieurs scandales sanitaires, fortement médiatisés, ayant terni l'image et la réputation de la profession médicale (Kober-Smith, 2010 : 126-127).
- 5 Certains principes fondamentaux énoncés dans le Serment d'Hippocrate, comme le respect des lois de la probité, de la confidentialité, du consentement du patient ou encore la prévalence de son intérêt sur l'intérêt personnel du médecin, sont toujours d'actualité pour les

professionnels de santé. En revanche, d'autres principes comme ceux qui interdisent l'accomplissement d'actes de chirurgie ou la pratique de l'avortement ont été abrogés ou remplacés par des préceptes mieux adaptés aux normes culturelles qui régissent les sociétés actuelles. À partir du XX^{ème} siècle, le Serment s'est ainsi accompagné d'une pluralité d'autres discours d'éthique qui paraissent plus adaptés aux nouveaux contextes de la médecine et aux transformations de la relation médecin-patient, comme les guides de bonnes pratiques, les codes de conduite, les chartes du personnel des établissements de santé et celles des patients. Pour autant, ces discours ne se substituent pas aux textes fondateurs de l'éthique médicale mais ils s'y superposent et viennent en enrichir le contenu en proposant des exemples concrets d'application, notamment, comme le remarquent Hurwitz et Richardson à propos des codes de conduite : « medical codes [...] seek to clarify the means by which such moral ends can be achieved, by offering guidance for everyday practice, outlining applicability in exemplary cases together with grounds for identifying exceptions » (1997 : 1672). Ces discours contemporains, que l'on peut dès lors interpréter comme « a supplementary field of guidance » (1672), présentent aussi un caractère tangible, un haut degré de précision et une pertinence vis-à-vis du contexte actuel de la médecine, comme le note Oxtoby qui compare les récents manuels de bonnes pratiques médicales au Serment d'Hippocrate : « the oath is a useful record of how medical ethics have developed. But the *Good Medical Practice's* good practice guidelines go into more detail, have evolved through case law and disciplinary hearings, and are regularly reviewed » (2016 : §18). On passe ainsi d'une conception traditionnelle, dans laquelle la professionnalité se fondait sur des pratiques et savoir-faire plus implicites, à une formalisation qui définit plus explicitement et plus précisément les activités de travail.

- 6 Ce constat nous paraît s'appliquer tout particulièrement au guide *Good Medical Practice*, que nous proposons d'analyser dans la présente contribution. Nous justifierons premièrement notre intérêt pour ce discours spécialisé, avant d'examiner ses variations formelles et rhétoriques à partir de cinq versions consécutives, publiées entre 1995 et 2016. Nous souhaitons montrer qu'une étude diachronique de ce discours constitue une voie d'accès à la culture professionnelle du domaine de la médecine britannique.

1. Présentation et intérêt du guide *Good Medical Practice*

1.1. Un texte de référence pour la pratique médicale

- 7 Le guide est rédigé et publié par le *General Medical Council (GMC)*, l'instance de régulation des médecins dont l'objectif consiste à protéger, à promouvoir et à maintenir la santé publique au Royaume-Uni. Créé par le *Medical Act* de 1858², le GMC est responsable de la formation médicale initiale dont il détermine le contenu et en assure la supervision avec les universités et les sociétés savantes. Il joue également un rôle important dans la diffusion des normes de bonnes pratiques en publiant de nombreux guides et recommandations qui énoncent les valeurs et les grands principes éthiques auxquels tout médecin doit adhérer. Son Conseil est constitué de douze membres, dont six médecins et six membres extérieurs à la profession médicale afin de représenter les intérêts du public.
- 8 Publié pour la première fois en 1995, le guide *Good Medical Practice* se donne pour mission de poser les fondements des bonnes pratiques médicales au Royaume-Uni. Porté à la connaissance de l'ensemble des médecins et des étudiants en médecine³, qui en reçoivent chacun un exemplaire, le guide nous est apparu comme une base solide pour étudier les mutations du domaine de la médecine britannique :

[...] it is the unifying guidance for medicine throughout the UK, and is the foundation of licensure for all UK doctors, including possible disciplinary action. In the main document are the 'Duties of a doctor' and the basic principles of good medical practice. (Chisholm et Ashkham, 2006 : 10)

- 9 Parallèlement au guide publié par le GMC, il existe plusieurs guides rédigés par les organismes responsables des spécialités médicales (*Royal Colleges*) à l'intention de communautés ciblées de professionnels. Ainsi, les chirurgiens sont tenus d'observer les principes du guide *Good Surgical Practice* (2014) du *Royal College of Surgeons*, les

psychiatres doivent respecter ceux du guide publié par le *Royal College of Psychiatrists* (2014), et les gynécologues se réfèrent aux *Standards* établis par le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2008). Toutefois, nous avons choisi de nous concentrer sur le guide *Good Medical Practice*, car il s'agit d'un texte de référence pour la pratique médicale au Royaume-Uni, dont les principes s'imposent à l'ensemble des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

- 10 À la différence d'autres discours qui ne circulent qu'à l'intérieur d'une même communauté professionnelle, comme les codes de conduite, les normes, ou même les guides de bonnes pratiques publiés jusqu'en 1995, le guide *Good Medical Practice* s'adresse à un vaste public, constitué à la fois d'experts et de non spécialistes du domaine médical : « the guidance is addressed to doctors, but it is also intended to let the public know what they can expect from doctors » (GMC, 2006 : 4). La multiplication de ses modes de diffusion⁴, depuis le début des années 2000, semble avoir largement contribué à sa connaissance et à sa notoriété auprès d'un public élargi. De ce fait, son accessibilité marque un changement significatif par rapport au guide précédent, nommé *Professional Conduct and Discipline*⁵ (GMC, 1963-1993), qui circulait exclusivement au sein de la communauté médicale, comme le note Davies : « this was issued to doctors on qualification, although for much of its history the GMC considered it inappropriate to make the guide available to the wider public » (2007 : 24).
- 11 Depuis le début des années 2000, les membres de la société civile participent d'ailleurs de plus en plus à l'élaboration des guides professionnels du GMC, dont le contenu est désormais défini à la suite de consultations publiques qui prennent la forme de questionnaires adressés non seulement aux médecins et aux responsables des organisations sanitaires, mais aussi aux usagers des services de soins afin de recueillir l'opinion et les suggestions de modification émises par chaque acteur⁶. Il est intéressant de constater que la contribution des profanes à la conception du *Good Medical Practice* représente une nouveauté par rapport aux toutes premières éditions publiées à la fin des années 1990, comme le notent Chisholm et Askham qui retracent l'évolution :

(...) the first edition of Good Medical Practice had limited lay input. However, in the current revisions of the guidance, the GMC set out deliberately to ensure greater public involvement through an extensive consultation with the public as well as the medical profession, incorporating public debates, an on-line consultation and a qualitative study of the views of a variety of members of the public, doctors and medical students. (2006 : 29-30).

- 12 La participation grandissante des usagers des services de soins à l'élaboration du guide nous paraît ainsi refléter le pouvoir d'influence croissant qu'ils exercent dans l'application des contrôles visant les activités professionnelles.

1.2. Un genre hybride, entre discours de régulation et de formation

- 13 Le discours du guide *Good Medical Practice* est mis au service d'objectifs fonctionnels particuliers qui sont prioritairement d'encadrer l'activité médicale de façon à garantir son bon fonctionnement. Il impose effectivement aux médecins un certain nombre de normes professionnelles liées à la dispensation des soins, organise les rapports des soignants entre eux, leur dicte les valeurs à adopter et les comportements à suivre. Le recours au pronom personnel « you », qui interpelle directement les praticiens, donne d'ailleurs au texte la forme d'un contrat moral auquel tout médecin est tenu d'adhérer : « using 'you' to make it clear that each statement applies not just to a hypothetical or 'other' doctor, but to each doctor who reads it » (Chisholm et Askham, 2006 : 31). Le guide apparaît ainsi comme un discours de régulation visant à « l'organisation du fonctionnement du domaine conçu comme système complexe » (Petit, 2010 : §22). Fonction structurante de tout domaine spécialisé, la régulation comprend un vaste ensemble de pratiques qui, dans le contexte particulier du domaine médical britannique, vont de l'obligation imposée aux médecins d'adhérer à un organisme professionnel à l'existence de titres protégés par la loi comme ceux de *Midwife* et de *Chartered Psychologist* (CPsychol), en passant par l'élaboration et la mise à jour de codes de conduite prévoyant des sanctions en cas de non-respect des principes de la profession.

- 14 Au-delà de sa fonction de régulation, le guide remplit aussi un rôle « didactique », puisqu'il définit, explique et transmet aux médecins, actuels et à venir, une certaine conception des bonnes pratiques. Ses auteurs expliquent, par exemple, comment gérer des conflits d'intérêts, comment communiquer efficacement avec les patients, ou comment signaler un incident qui risquerait de mettre leur santé en danger. La fonction de formation ne se limite pas aux dispositifs de formation initiale ou continue mais s'étend aux « dispositifs d'information, de vulgarisation et de transmission des connaissances » (2010 : §22). Elle apparaît assez clairement dans les études de cas interactives appelées « *Good Medical Practice in Action* », publiées depuis 2009 par le GMC sur son site internet. Présentées comme « *a great teaching tool* » par l'instance de régulation (2017a : §1), elles s'attachent à promouvoir une meilleure connaissance des bonnes pratiques médicales en invitant les praticiens à réfléchir sur des cas cliniques concrets, qui soulèvent certains problèmes éthiques, et à se prononcer sur le comportement professionnel à adopter par le médecin dans telle ou telle situation. Leur diffusion, dès le premier cycle des études universitaires, doit permettre aux étudiants de se familiariser le plus tôt possible avec les standards établis par leur future communauté professionnelle.
- 15 Au regard de ses objectifs, de son contenu et du public auquel il s'adresse, le guide *Good Medical Practice* peut donc s'analyser comme un genre textuel hybride, qui s'attache non seulement à réguler le comportement des médecins mais aussi à les (in)former sur les bonnes pratiques. Il s'agit aussi d'un discours en mutation, dont la structure et le contenu sont régulièrement mis à jour pour répondre aux attentes des pouvoirs publics et de la société vis-à-vis des compétences des médecins et de la qualité des soins qu'ils prodiguent.

1.3. Un discours en mutation, à l'image du domaine spécialisé

- 16 Présenté par ses auteurs comme « *a living document, which doctors see as immediately relevant and helpful in their daily practice* » (GMC, 2011a : 96), le guide fait l'objet de mises à jour tous les quatre ou cinq ans. Il constitue donc un champ d'observation idéal pour appréhender les transformations du domaine médical et pour prendre

connaissance de l'évolution du statut des praticiens et de celle des relations avec leurs patients.

- 17 À la lecture des différentes éditions du guide, nous avons constaté les nombreux efforts qui ont été mis en œuvre par le GMC pour enrichir quantitativement et qualitativement son contenu. De la première édition, publiée en 1995, à la dernière, qui date de 2013, le guide a doublé de volume, passant de 18 à 36 pages en l'espace d'une vingtaine d'années. Le nombre total de principes qui y sont répertoriés a également augmenté, passant de 46 à 80, et son index a triplé de volume, passant de 2 à 6 pages.
- 18 L'édition de 2013, qui constitue la plus récente version du guide disponible au moment où nous écrivons cet article, est beaucoup plus complète et plus détaillée que les éditions antérieures. Elle comporte notamment des références intertextuelles (GMC, 2013 : 25-26) à une trentaine d'autres guides complémentaires, appelés « *Ethical Guidance for Doctors* » (GMC, 2017b), qui renseignent les médecins avec plus de précision que le guide *Good Medical Practice* sur les modalités d'application de principes bien spécifiques, comme le respect du consentement des patients ou les précautions à prendre lors de l'utilisation des réseaux sociaux. Ces guides contiennent, à leur tour, plusieurs renvois au guide *Good Medical Practice*, lui donnant ainsi davantage de poids et de légitimité.
- 19 Enfin, l'édition 2013 présente une autre nouveauté par rapport aux éditions précédentes, en proposant aux médecins des outils d'apprentissage en ligne appelés « *learning materials* », disponibles sur le site internet du *General Medical Council*. Ils comprennent des études de cas cliniques, des présentations *Powerpoint* et des podcasts sur des questions spécifiques comme le respect de la confidentialité des patients. Ces outils interactifs d'aide à la prise de décision permettent à l'instance de régulation de répondre aux questions des médecins qui s'interrogent sur les modalités d'application de ses principes, tout en énonçant clairement leur rôle et leurs responsabilités. En outre, le fait que ces outils interactifs invitent les médecins à réfléchir sur des cas cliniques précis et qu'ils leur donnent des exemples de bons et de mauvais comportements confère au guide *Good Medical Practice* un caractère nettement plus concret, plus détaillé et plus explicite que

tous les guides et les autres discours d'éthique publiés antérieurement.

2. L'étude des variations du guide comme voie d'accès à la culture du domaine de la médecine britannique

2.1. Constitution et analyse du corpus

- 20 Nous nous sommes livrée à une lecture attentive des cinq versions consécutives du guide *Good Medical Practice*, publiées entre 1995 et 2013, que nous avons préalablement téléchargées depuis le site internet du *General Medical Council*. L'observation des pages d'index s'est aussi avérée utile pour identifier, d'une version à l'autre, les dispositifs de contrôle, les compétences et les savoir-être nouvellement considérés comme prioritaires par le *General Medical Council*. Notre objectif initial pendant la lecture était de dresser un inventaire des normes, des usages et des valeurs qui caractérisent la culture médicale britannique et de repérer leurs changements au cours du temps.
- 21 L'examen des comptes rendus de consultation adressés au public par le *General Medical Council*, intitulés « *Revised Good Medical Practice* » (GMC, 2001b, 2006b, 2011b), nous a également permis de mieux comprendre l'évolution des attentes et des besoins exprimés par les usagers des services de soins au cours du temps. Certains éléments nous ont paru représentatifs de la régulation qui s'impose aux médecins, tandis que d'autres nous ont servi à mettre en lumière certains traits constitutifs de leur identité professionnelle (valeurs et savoirs-être, par exemple).

2.2. Le renforcement des contrôles visant la profession médicale

- 22 Le renforcement des contrôles visant la profession médicale apparaît tout particulièrement dans l'emploi des auxiliaires modaux⁷ qui accompagnent la formulation des principes du guide. Si *should* se re-

trouve dans l'ensemble des versions examinées, il a progressivement été remplacé par *must* pour renforcer la valeur coercitive de certaines dispositions, comme celle qui concerne ici l'obligation de formation continue (c'est nous qui soulignons) : « you *must* regularly take part in activities that maintain and develop your competence and performance » (GMC, 2013 : 6). De la même façon, d'une édition à l'autre, *may*, expression du possible, a laissé place à *will* pour affirmer avec certitude l'existence et l'application effective de sanctions en cas de manquement au respect des standards de la profession (c'est nous qui soulignons) :

Serious or persistent failures to meet the standards in this booklet
may put your registration at risk. (GMC, 2001 : 1)

Serious or persistent failures to meet the standards in this booklet
will put your registration at risk. (GMC, 2006 : 5 ; GMC, 2013 : 5)

- 23 En comparant le contenu du document avec celui d'autres guides publiés par les *Royal Colleges* responsables des spécialités médicales, nous avons remarqué que certains auteurs, comme ceux du guide *Good Psychiatric Practice* (2014), ont fait le choix d'employer *shall* à la place de *should* pour insister sur le caractère obligatoire du respect des principes de la profession : « We have preferentially used the term 'shall' rather than 'should' to indicate our view that these principles must be adhered to without variation or exception » (RCPsych, 2014 : 3).
- 24 Cette stratégie énonciative, en revanche, n'est pas celle qui a été adoptée par les auteurs du guide *Good Medical Practice* qui, comme nous l'avons vu plus haut, ont privilégié l'emploi d'autres auxiliaires de modalité. Elle nous paraît motivée par le fait que le texte est rédigé dans le respect des normes du *Plain English*⁸, qui recommande aux scripteurs d'éviter l'emploi de formulations et de termes relevant du « jargon juridique » (Richard, 2006 : 16). Étant donné que le contenu du guide s'adresse non seulement aux membres de la communauté médicale mais aussi au grand public, la disparition de *shall* et son remplacement par d'autres modaux plus « accessibles au citoyen ordinaire », tels que *will*, *should* ou *must*, ont sans doute représenté un choix plus judicieux pour ses auteurs. L'emploi de ce dernier auxi-

liaire, leur a été utile, en effet, pour renforcer plusieurs obligations, comme celle qui exige des médecins une coopération plus étroite avec les instances chargées de traiter les plaintes émises par les patients, le cas échéant (c'est nous qui soulignons) :

You *should* cooperate with any complaints procedure which applies to your work. (GMC, 1998 : 7)

You *must* cooperate with formal inquiries and complaints procedures and must offer all relevant information while following the guidance in *Confidentiality*. (GMC, 2013 : 23)

- 25 L'intitulé correspondant à ce principe a aussi été rédéfini avec plus de précision, « *If things go wrong* » (GMC, 1998 : 7) devenant « *Openness and legal or disciplinary proceedings* » (GMC, 2013 : 23) dans le but d'attirer l'attention des médecins et du grand public sur l'existence de procédures juridiques ou disciplinaires en cas de mauvaises pratiques. Depuis 1998, les praticiens sont effectivement tenus de présenter leurs excuses aux patients si une erreur médicale a été commise : « when appropriate you should offer an apology » (GMC, 1998 : 7). Cette obligation a été énoncée de façon plus détaillée dans l'édition de 2013 : « you must respond promptly, fully and honestly to complaints and apologise when appropriate » (GMC, 2013 : 20), avant d'être complétée, un an plus tard, par l'ajout d'une section intitulée « *Saying Sorry* » dans le guide spécifique *Openness and Transparency when Things Go Wrong*, partagé par les médecins et les sages-femmes, où il est conseillé aux médecins d'adresser des excuses « personnalisées » au patient, plutôt que des excuses présentées au nom de l'organisation de santé : « patients are likely to find it more meaningful if you offer a personalised apology – for example 'I am sorry...' – rather than a general expression of regret about the incident on the organisation's behalf » (GMC, 2014 : §4). Néanmoins, la mise en œuvre de cette nouvelle disposition n'est pas sans risque pour l'image et la réputation des médecins : elle pourrait notamment leur faire perdre de leur autorité professionnelle vis-à-vis de leurs pairs, susciter le mécontentement des patients et de leurs proches, et ainsi entraîner une augmentation du nombre de plaintes et de procès, comme le remarque un cardiologue : « physicians who admit errors may face the discredit of their peers, the anger and disappointment

of their patients and their families, legal involvement, and financial loss » (BMJ, 2015 : §4).

- 26 Le renforcement des contrôles qui visent la profession médicale ne s'exprime pas seulement dans les changements verbaux mais il est aussi perceptible dans l'apparition d'expressions spécialisées, auparavant absentes de la rhétorique institutionnelle, qui servent à nommer de nouveaux dispositifs de régulation encadrant les pratiques professionnelles. Dans les éditions du guide publiées à partir du début des années 2000, nous avons ainsi relevé des références à la notion d'*accountability*, telles que « working in teams does not change your personal accountability for your professional conduct and the care you provide (2001 : 12 ; 2006 : 22) ou « you are personally accountable for your professional practice and must always be prepared to justify your decisions and actions » (GMC, 2006 : II, 2013 : II). Dans les éditions précédentes, en revanche, l'expression d'*accountability* n'existait pas en tant que telle ; seule figurait la mention : « you must always be prepared to explain and justify your actions and decisions » (GMC, 1995 : 13, 1998 : 18).
- 27 Empruntée aux champs de la gestion et du management, la notion d'*accountability* désigne l'obligation d'un professionnel de s'acquitter d'une tâche et de répondre de son exécution à son supérieur ou à l'autorité compétente (« the obligation to provide an account to, usually, a superior or at least someone with a legitimate stake » (Bovens *et al.* 2014 : 3). Rapportée à notre étude du domaine de la médecine britannique, elle fait référence à la responsabilité professionnelle des médecins vis-à-vis du public et de leur instance de régulation.
- 28 Une autre notion observable dans l'édition de 2001 du guide de bonnes pratiques que nous avons examiné est celle de la *fitness to practise*, qui a également introduit de nouveaux dispositifs de contrôle au sein du milieu médical (GMC, 2001 : 10). Cette procédure exceptionnelle de vérification des aptitudes professionnelles a été mise en œuvre par le GMC, en cas de plaintes émises par des patients, pour évaluer si un médecin est toujours en mesure d'exercer. Les éditions suivantes du guide y font aussi référence dans le but d'en favoriser l'application (GMC, 2006 : 4-5, 27 ; 2013 : 23).
- 29 Par ailleurs, nous avons pu constater avec étonnement que, depuis 2012, le public peut accéder au compte-rendu détaillé des cas de

manquement au respect des obligations médicales, découvrir les circonstances dans lesquelles se sont déroulés des incidents et lire les délibérations correspondantes rendues par le *Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)*⁹ sur son site internet. La publication de ces informations donne un caractère plus contraignant au contenu du guide *Good Medical Practice*, qui énonce désormais clairement les sanctions prévues en cas de comportements inadaptés, comme celles de « *suspension* », et de restrictions appliquées à l'exercice professionnel qui ont été ajoutées à la dernière édition (GMC, 2013 : 24). Bien qu'une telle démarche vise à rassurer les usagers sur l'efficacité des contrôles visant la profession médicale et sur le bon fonctionnement du traitement des plaintes, on peut s'interroger sur ses possibles répercussions sur la carrière et sur la réputation des médecins soupçonnés ou accusés de mauvaises pratiques. Les professionnels concernés pourraient être incités à pratiquer une médecine « défensive », consistant à éviter le risque d'un éventuel procès plutôt qu'à prodiguer les soins appropriés : « there is evidence that a culture of complaint and litigation may harm patient interests by fostering defensive medicine and encouraging experienced doctors to leave the profession or switch to low risk practice » (Williams *et al.*, 2014 : 6).

- 30 Une autre expression spécialisée dont nous avons constaté l'apparition dans le guide est la *revalidation* (« recertification »), une forme d'évaluation périodique des aptitudes professionnelles mise en place par le GMC en 2012, à la suite de scandales sanitaires survenus dans divers hôpitaux du Royaume-Uni (GMC, 2013 : 5)¹⁰. Présente dans d'autres pays anglophones comme les États-Unis et le Canada, cette obligation exige des médecins qu'ils démontrent tous les cinq ans qu'ils sont au fait des évolutions de la médecine : « to maintain your licence to practise, you must demonstrate, through the revalidation process, that you work in line with the principles and values set out in this guidance » (GMC, 2013 : 5). Plusieurs guides spécialement dédiés à la recertification ont parallèlement été publiés par le GMC pour en expliciter les modalités d'application¹¹. On y apprend que pour faire recertifier leurs compétences et ainsi renouveler leur permis d'exercer, les médecins doivent apporter à leur instance de régulation des preuves tangibles de toutes les activités de formation continue qu'ils ont suivies. Ils sont aussi tenus d'ajouter à leur dossier des appréciations (positives et négatives) formulées par leurs patients

comme par leurs pairs, appréciations à partir desquelles ils doivent rédiger un compte-rendu critique dans lequel ils identifient des points d'amélioration et élaborent un projet de développement professionnel continu (*Continuing Professional Development*). Si cette démarche encourage les praticiens à repenser leurs acquis, à améliorer leur niveau de compétences et/ou à en développer de nouvelles, elle prend de plus en plus les traits d'une évaluation formelle dans laquelle des tiers sont invités à évaluer les experts, notamment en jugeant de leurs compétences relationnelles. On peut néanmoins s'interroger sur la pertinence des appréciations émises par ces non spécialistes, et sur leurs effets potentiels sur l'autonomie et l'autorité professionnelles des médecins.

- 31 Les auteurs du guide *Good Medical Practice* ne se contentent pas de renforcer les contrôles visant les médecins : ils cherchent également à améliorer l'image de leur profession en réitérant les valeurs spécifiques qui lui sont traditionnellement associées (honnêteté, respect du patient, clarté de la communication) et en présentant l'activité de soin comme tournée vers l'intérêt exclusif et la satisfaction de ceux qui en bénéficient.

2.3. La revalorisation de l'image des médecins

- 32 L'observation des différentes pages de couverture du guide nous informe de changements importants sur les stratégies développées par le GMC pour représenter les praticiens et améliorer leur image auprès du public (annexe 2). La première édition s'ouvre sur la photographie d'un tableau dans lequel un médecin prend le pouls d'une jeune patiente¹² (1995). Le cadrage vertical orienté sur les mains des deux personnages cherche à établir, nous semble-t-il, une relation de proximité entre les deux personnages. On remarque aussi que le visage de la patiente est visible, tandis que celui du médecin est délibérément laissé dans l'ombre, un cadrage particulier choisi par les auteurs du guide qui nous paraît illustrer la place croissante que les médecins sont désormais fortement incités à accorder aux usagers des services de soins. Lorsque l'on examine les éditions suivantes, on constate que les natures mortes et, plus concrètement la fleur de lys et les objets représentés (boussole, stéthoscope) (1998, 2001, et 2006),

ont laissé place au visage souriant d'une praticienne dans l'édition de 2013. Ce changement de couverture peut s'interpréter comme une volonté d'« humaniser » la profession et de rassurer le public sur les qualités relationnelles des médecins.

- 33 Le choix de montrer un médecin relevant du genre féminin nous paraît aussi représentatif d'une profession qui, comme en France, tend à se féminiser, en attirant 55% de femmes en 2017, d'après les données statistiques fournies par le GMC (2017e : 61-62). En outre, l'origine étrangère de la protagoniste (Asie du Sud) nous paraît conforme à l'image de la communauté médicale britannique puisque le Royaume-Uni, qui connaît une importante pénurie de personnel soignant dans plusieurs professions de santé et spécialités, fait appel à un grand nombre de praticiens au-delà de ses frontières nationales. Ainsi, un tiers des médecins qui exercent leur activité outre-Manche ont été formés dans d'autres pays, pour la plupart non européens comme l'Inde, le Pakistan et l'Afrique du Sud (44). On peut supposer que le choix de cette praticienne issue de l'immigration est stratégique : il vise probablement à susciter identifications et projections de la part des médecins étrangers, en les incitant à candidater auprès des organisations de santé britanniques qui ont actuellement d'importants besoins de recrutement.
- 34 Tout comme les pages de couverture du guide, la modification des slogans qui y apparaissent nous paraît refléter la volonté du GMC de donner une image positive de la profession médicale. Dans les éditions de 1995 et de 2006, « *Regulating doctors, ensuring good medical practice* » a été remplacé par « *Working with Doctors. Working for patients* » dans l'édition de 2013, l'enjeu de ce dernier slogan étant non seulement de présenter les médecins comme soucieux du bien-être de leurs patients mais aussi de promouvoir activement les formes de partenariat et de collaboration entre acteurs de santé, considérées par les pouvoirs publics comme des moyens indispensables pour répondre aux attentes individuelles des usagers et pour améliorer la qualité des services de soins qui leur sont proposés (Benedetto, 2017 : 156-159).
- 35 La stratégie adoptée par les auteurs du guide pour revaloriser l'image des médecins s'exprime aussi de façon éloquente dans la redéfinition des comportements considérés comme indispensables à l'exercice

professionnel. À titre d'exemple, les « *Duties of a doctor* », précédemment décrits en 14 points sous la forme d'une longue liste (GMC, 2001, 2006), ont été remplacés par la définition de « *good doctors* », plus concise et surtout plus centrée sur les besoins des patients :

Patients need good doctors. Good doctors make the care of their patients their first concern: they are competent, keep their knowledge and skills up to date, establish and maintain good relationships with patients and colleagues, are honest and trustworthy, and act with integrity and within the law. (GMC, 2013 : 3)

- 36 Dans le même temps, cette nouvelle définition suggère une évolution du professionnalisme, qui n'est plus conçu uniquement comme la somme des savoir-faire des médecins mais qui est aussi devenu un élément indissociable de la confiance du public. C'est d'ailleurs en ces termes que l'envisage le *Royal College of Physicians (RCP)* qui le définit comme « a set of values, behaviours and relationships that underpins the trust the public has in doctors » (2005 : 11).
- 37 Certains de ces savoir-être et de ces comportements professionnels, jugés indispensables à l'exercice de la médecine par les auteurs du guide *Good Medical Practice*, ont été promus par des références de plus en plus nombreuses au fil du temps. C'est le cas de l'honnêteté¹³ qui n'apparaît que six fois dans la première version de 1995, tandis qu'elle est mentionnée au moins 12 fois dans l'édition de 2001 et 16 fois dans celle de 2013. De même, nous n'avons relevé que six occurrences du terme « *respect* »¹⁴ dans l'édition initiale du guide, alors que les éditions de 2006 et de 2013 en comportent respectivement 18 et 13. Par la réitération de ces valeurs, les auteurs mettent en avant l'éthique et le professionnalisme des médecins en les présentant comme des êtres dignes de confiance, respectueux et attentifs aux besoins des usagers, l'enjeu étant probablement d'apporter à ces derniers des garanties supplémentaires en termes de qualité et de sécurité des soins.
- 38 Dans cette même perspective, les auteurs du guide se sont attachés à mieux décrire et à mieux définir d'autres savoir-être médicaux comme les aptitudes à communiquer qui, depuis le début des années 2000, font l'objet d'une page entière et distincte de définitions accordant une importance particulière à l'écoute attentive des patients, au

respect de leur opinion et à l'échange d'informations claires et compréhensibles avec le public comme avec les pairs (GMC, 2001 : 8 ; 2006 : 16 ; 2013 : 13). Ces nouvelles exigences sont désormais considérées comme prioritaires par les instances du domaine de la santé puisqu'en 2014-2015, plus d'un tiers des plaintes déposées auprès du « médiateur » du Royaume-Uni à l'encontre des hôpitaux du NHS avaient pour motif principal des problèmes de communication (*Ombudsman*, 2015 : 8). La grande majorité de ces plaintes concernaient les relations entre hôpitaux et usagers et un petit nombre d'entre elles portaient sur les relations des soignants entre eux (5). Des efforts ont toutefois été accomplis par les professionnels de santé pour améliorer la qualité des échanges entre acteurs puisque le nombre de plaintes directement liées à la communication a connu une baisse par rapport à l'année précédente (il était de 42% en 2013-2014 contre 35% en 2014-2015) (10).

- 39 Dans la plus récente édition du guide publiée au moment où nous rédigeons cet article, les compétences linguistiques des médecins ont aussi été précisées en avril 2014 par l'ajout d'une disposition concernant le niveau d'anglais requis pour l'exercice professionnel : « you must have the necessary knowledge of the English language to provide a good standard of practice and care in the UK » (GMC, 2014 : 13). Dorénavant, un score minimal de 7,5 sur 9 est requis à la version universitaire (« *Academic* ») du test de l'*International English Language Testing System (IELTS)*¹⁵, comme le précise le GMC sur son site internet¹⁶ (GMC, 2017d : §1). L'attestation délivrée à l'issue du test n'est reconnue par l'instance de régulation que si le candidat a obtenu la note minimale de 7 sur 9 à chacune des quatre épreuves de compréhension et d'expression écrite et orale (§1). À ce stade, il possède au moins le niveau « *good user* » qui lui permet théoriquement de travailler en langue anglaise, bien que quelques erreurs et incompréhensions puissent apparaître dans des contextes non familiers, d'après les descripteurs de niveaux publiés sur le site internet officiel de l'IELTS : « the test taker has operational command of the language, though with occasional inaccuracies, inappropriate usage and misunderstandings in some situations. They generally handle complex language well and understand detailed reasoning » (IELTS, 2018a : §4).
- 40 Si l'ajout de cette nouvelle disposition au guide de bonnes pratiques restreint l'accès à l'exercice de la médecine aux seuls praticiens

étrangers qui peuvent justifier d'un niveau suffisant en anglais et, ce faisant, à rassurer le public sur leurs compétences linguistiques, on peut néanmoins s'interroger sur la pertinence du test choisi par le GMC pour évaluer les aptitudes de communication de ses membres. L'épreuve de compréhension orale qui le constitue, notamment, s'appuie sur des situations de communication non authentiques, dans lesquelles les interactions orales sont conventionnelles et où la langue est particulièrement soignée, articulée et surveillée, ce qui ne reflète en aucun cas les réalités de terrain vécues par les professionnels de santé, confrontés quotidiennement à une grande diversité de formes orales, d'accents et de registres, comme le rappelle une enseignante d'anglais médical intervenant en contexte professionnel :

These are environments where discourse is messy and where patients are distressed and vulnerable and their relatives frustrated and angry. In this fast-paced setting, trainees will be competing with background noise to understand patients and colleagues who themselves invariably speak in tones and variations of English quite unlike the clean-cut, grammatically-perfect, well-articulated dialogues presented to the IELTS candidate. (Wright, 2016 : §7)

- 41 Ensuite, pour ce qui est de l'épreuve d'expression orale du test, il apparaît que l'intonation adoptée par les candidats (hauteur, intensité, rythme de la voix) n'est pas formellement prise en compte par les examinateurs, si l'on en juge par les critères invariants définis pour l'évaluation qui se limitent essentiellement à la justesse des structures lexicales et syntaxiques employées, à la cohérence globale du contenu (logique interne du discours et des idées exprimées), à la prononciation des mots et à l'intelligibilité du discours produit par le candidat (IELTS, 2018b). Servant à exprimer, notamment, l'empathie, la compréhension, et la considération envers le co-énonciateur, l'intonation occupe pourtant une place essentielle dans les interactions avec les patients. Comme le note l'enseignante dont les propos ont été cités plus haut, ces derniers accordent moins d'importance aux erreurs grammaticales commises par les soignants au gré des échanges qu'à la présence, ou à l'absence, dans leur discours, de marques sincères de l'affectivité (qui, pour les patients, sont généralement garantes de leurs compétences relationnelles) : « native spea-

kers are more likely to forgive the odd grammar mistake than a voice that lacks warmth and compassion » (Wright, 2016 : §8).

- 42 Enfin, une autre critique que l'on peut adresser à l'IELTS est qu'il n'évalue aucunement les compétences culturelles et interculturelles des médecins étrangers¹⁷. Or, une étude qualitative menée en 2014 auprès de praticiens formés dans d'autres pays que le Royaume-Uni, et ayant obtenu les résultats requis à ce test pour pouvoir s'inscrire au registre de praticiens tenu par le GMC, a montré qu'ils éprouvaient, en plus des problèmes directement liés à l'acquisition de la langue anglaise, des difficultés à appréhender les différentes facettes de la communication non verbale (attitudes corporelles des patients, expressions faciales, contact visuel, etc.) (Slowther et al., 2012 : 105). La compréhension et l'intégration des normes sociales et comportementales en vigueur au Royaume-Uni posaient également problème à certains praticiens néo-arrivants, peu coutumiers de certains principes comme la centralité du patient dans la relation de soin, ou encore la prise de décision partagée, fondée sur la participation conjointe du patient et du praticien (105). Ce constat soulève donc quelques interrogations quant à la capacité de ces médecins, qui n'ont jamais étudié la culture de leur pays d'accueil, à s'y adapter, ainsi qu'à communiquer et à travailler efficacement. Prenant davantage en compte la forte hétérogénéité et les besoins de la communauté médicale britannique, le GMC a mis en place en 2014 un premier module de formation continue intitulé « *Welcome to UK Practice* » répondant à un double objectif : il contribue non seulement à faciliter l'acculturation des nouveaux membres, mais aussi à s'assurer qu'ils assimilent et mettent bien en application les standards établis par l'instance de régulation : « to ensure consistency in the standards of professionalism [...] among all new UK and overseas doctors starting work in the United Kingdom », comme le précise Jaques (2011 : 343).

Conclusion : un discours par lequel l'idéal devient exigible

- 43 Dans le cadre d'une réflexion sur l'approche diachronique des langues et des cultures spécialisées, l'étude des variations du guide *Good Medical Practice* nous a permis d'observer l'émergence et l'évolution des

pratiques discursives par lesquelles la médecine au Royaume-Uni se structure.

- 44 La reformulation des principes, qui sont ponctués de références toujours plus nombreuses aux dispositifs d'évaluation et de sanction, renforce la régulation du domaine et modifie, dans le même temps, les conceptions traditionnelles du rôle et de l'identité des médecins. Leur professionnalité « ne renvoie plus seulement à la figure du travailleur qualifié, expert, autonome, animé par des valeurs d'engagement et de responsabilité [...] » mais « désigne aussi un ensemble d'impératifs imposés de l'extérieur à des travailleurs, soumis à de nouvelles définitions de leurs missions, et confrontés à des normes d'efficacité pilotant leur activité » (Milburn *et al.*, 2010 : 13). Comme le suggère d'ailleurs l'appellation de « bonnes pratiques » qui le détermine, le guide Good Medical Practice participe effectivement à l'élaboration et à la diffusion d'une norme d'action, qui est sans cesse redéfinie par rapport à son contexte culturel d'application, et en vertu de laquelle ce qui est présenté comme « idéal » devient exigible. Alors, se dessine dans le discours un *ethos* normatif commun qui doit encourager l'appropriation, par l'ensemble de la communauté médicale, de savoir-être et de comportements professionnels particuliers, dont les descriptions se font de plus en plus explicites et de plus en plus détaillées.
- 45 Conduisant à une plus grande formalisation et standardisation des critères à partir desquels les professionnels sont dorénavant évalués de façon systématique (Benedetto, 2017 : 256), la présence de ces normes et impératifs dans le discours a pour but de rassurer les usagers des services de soins sur l'existence et sur l'application effective de contrôles explicites sur l'activité médicale : « it seems that the GMC believes that the public needs to see that a doctor is being punished, in order to safeguard the reputation of the profession and instil public confidence » (Williams *et al.*, 2014 : 24). Comme le constate Marique, leur confiance se nourrit donc autant de l'intégrité des médecins que de leur « apparence d'intégrité » (2008 : §20). Mais si la démarche choisie par les auteurs du guide vise à rétablir un climat de confiance général à l'égard de la profession médicale, elle suggère aussi une certaine défiance de la part du GMC vis-à-vis de la capacité des praticiens à remplir correctement leurs missions, et il se

pourrait qu'elle diminue leur autorité professionnelle et leur statut d'expert, plus qu'elle ne valorise leur image.

Références du corpus

General Medical Council. (1995). *Good Medical Practice*, Londres : GMC.

General Medical Council. (1998). *Good Medical Practice*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2001). *Good Medical Practice*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2006). *Good Medical Practice*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2013). *Good Medical Practice*, Londres : GMC.

Autres références

Benedetto, Caroline. (2017). « Contribution à l'étude de la fonction de régulation dans les domaines spécialisés anglophones : les professions à accès régulé au Royaume-Uni », thèse de doctorat (dir. : Michel Petit), Université de Bordeaux.

Bovens, Mark. / Goodin, Robert. / Schillemans, Thomas, Eds. (2014). *The Oxford Handbook of Public Accountability*, Oxford : Oxford University Press.

British Medical Journal. (2015). « To apologise or not to apologise? », 6 septembre 2015, Londres : BMJ. Document électronique consultable à : <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4695/rr-0>. Page consultée le 3 août 2017.

Chisholm, Alison / Askham, Janet. (2006). *A Review of Professional Codes and Standards for Doctors in the UK, USA and Canada*, Oxford : The Picker Institute Europe.

Davies, Mark. (2007). *Medical Self-regulation: Crisis and Change*, Surrey : Ashgate Publishing.

Department of Health. (2012). *Compassion in Practice. Nursing, midwifery and care staff: our vision and strategy*, Londres : HMSO. Document électronique consultable à : www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf. Page consultée le 31 octobre 2018.

General Medical Council / Nursing and Midwifery Council. (2015). *Openness and Transparency when Things Go Wrong: The Duty of Candour*, Londres : GMC / NMC.

General Medical Council. (1963-1993). *Professional Conduct and Discipline* (« The Blue Book »), Londres : GMC.

General Medical Council. (1998). « Memorandum submitted by the General Medical Council », Londres : UK Parliament. Document électronique consultable à : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm199899/cmselect/cm-pubadm/54/8120108.htm>. Page consultée le 3 août 2017.

General Medical Council. (1999). « The Duties of a Doctor », Londres : GMC.

General Medical Council. (2001b). *Revised Good Medical Practice*, 22-23 mai 2001, Londres : GMC.

General Medical Council. (2006b). *Revised Good Medical Practice*, 7 septembre 2006, Londres : GMC.

General Medical Council. (2009). *Medical Students: Professional Values and Fitness to Practise*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2011a). *The State of Medical Education and Practice in the UK*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2011b). *The Review of Good Medical Practice*, 8 juin 2011, Londres : GMC.

General Medical Council. (2012). *Good Medical Practice. A Draft for Consultation. Background and Consultation Questions*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2016). « *Achieving Good Medical Practice: Guidance for Medical Students* », Londres : GMC.

General Medical Council. (2017). *The state of medical education and practice in the UK*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2017a). « *GMP in Action* », Londres : GMC. Document électronique consultable à : <http://www.gmc-uk.org/gmpinaction/>. Page consultée le 3 août 2017.

General Medical Council. (2017b). « *Ethical Guidance for Doctors* », Document électronique consultable à : [https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-](https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors)

[doctors](https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors)>. Page consultée le 2 novembre 2018.

General Medical Council. (2017c). « *How Revalidation Works* », Londres : GMC. Document électronique consultable à : <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/9612.asp>>. Page consultée le 5 juillet 2017.

General Medical Council. (2017d). « *International English Language Testing System (IELTS) Requirement Guidance* », Londres : GMC. Document électronique consultable à : http://www.gmc-uk.org/doctors/registration_applications/13680.asp>. Page consultée le 2 août 2017.

General Medical Council. (2017d). *The State of Medical Education and Practice in the UK 2017*, Londres : GMC.

General Medical Council. (2018a). *Review of our Consent Guidance*, Londres : GMC. Document électronique consultable à : www.gmc-uk.org/about/get-involved/consultations/review-of-our-consent-guidance>. Page consultée le 31 octobre 2018.

General Medical Council. (2018b). « *Using your OET certificate* », Londres : GMC. Document électronique consultable à : <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/before-you-apply/evidence-of-your-knowledge-of-english/using-your-oet-certificate>>. Page consultée le 31 octobre 2018.

GMC. (2018c). « *GMC to accept new English language qualification for non-UK doctors* », 8 février 2018, Londres : GMC. Document électronique consultable à : [https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/gmc-to-](https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/gmc-to-accept-new-english-language-qualification-for-non-uk-doctors)

accept-new-english-language-qualification-for-non-uk-doctors#>.
Page consultée le 2 novembre 2018.

Hurwitz, Brian / Richardson, Ruth. (1997). « Swearing to Care: the Resurgence in Medical Oaths », *British Medical Journal*, 315, 1671-1674.

IELTS. (2018a). « How IELTS is Scored ». Document électronique consultable à : <https://www.ielts.org/about-the-test/how-ielts-is-scored>. Page consultée le 31 octobre 2018.

IELTS. (2018b). « Speaking Band Descriptors ». Document électronique consultable à : <https://www.ielts.org/-/media/pdfs/speaking-band-descriptors.ashx?la=en>. Page consultée le 31 octobre 2018.

Jaques, Helen. (2011). « GMC to develop induction programme for all new doctors working in the UK », *British Medical Journal*, 343.

Larreya Paul. (2004). « L'expression de la modalité en français et en anglais (domaine verbal) ». In: *Revue belge de philologie et d'histoire*, tome 82, fasc. 3, Langues et littératures modernes, 733-762.

Marique, Yseult. (2008). « Un exemple anglais de régulation éthique : les conflits d'intérêt et la technique de « Value for Money » », *Pyramides*, 16/2 | 2008, 119-158.

Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS). (2017). « Full List of Medical Practitioners Tribunal Decisions », Londres : MPTS. Document électronique consultable à : <http://www.mpts-uk.org/decisions/data/1530.asp>. Page consultée le 3 août 2017.

Milburn, Philip., Ed. / Boussard, Valérie / Demazière, Didier. (2010). *L'injonction au professionnalisme*, Presses universitaires de Rennes.

NHS Employers. (2017). « Draw the Line – Managers' Toolkit for Raising Concerns ». Document électronique consultable à : <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/retain-and-improve/raising-concerns-whistleblowing/draw-the-line>. Page consultée le 3 août 2017.

Ombudsman. (2015). *Complaints about NHS Acute Trusts in 2014-2015*, Parliamentary and Health Service, Londres : Ombudsman.

Oxtoby, Kathy. (2016). « Is the Hippocratic oath still relevant to practising doctors today? », *British Medical Journal Careers*, 14 décembre 2016. Document électronique consultable à : http://www.careers.bmj.com/careers/advice/Is_the_Hippocratic_oath_still_relevant_to_practising_doctors_today%3F. Page consultée le 4 août 2017.

Petit, Michel. (2010). « Le discours spécialisé et le spécialisé du discours : repères pour l'analyse du discours en anglais de spécialité », *E-rea*. Document électronique consultable à : <http://www.erea.revues.org/1400>. Page consultée le 12 novembre 2013.

Richard, Isabelle. (2006). « L'évolution de l'emploi de *shall*, de *must* et du présent simple dans le discours juridique normatif dans le cadre du *Plain Language Movement* », *ASp*, 49-50.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2008). *Standards for Gynaecologists*, Londres : RCOG.

Royal College of Physicians (RCP). (2005). *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*, Londres : RCP.

Royal College of Psychiatrists (RCPsych). (2014). *Good Psychiatric Practice : Code of Ethics*, Londres : RCPsych.

Royal College of Surgeons (RCS). (2014). *Good Surgical Practice*, Londres : RCS.

Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J, Taylor R. (2012). « Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: a qualitative study », *J R Soc Med*, 2012;105(4):157-65.

University of Bristol. (2016). « The Bristol Promise », *University of Bristol*. <<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/medical.../promise.pdf>>. Page consultée le 4 août 2017.

Williams, Hilarie / Lees, Christoph / Boyd, Magnus, Eds. (2014). *The General Medical Council: Fit to Practise?*, juillet 2014, Londres : Institute for the Study of Civil Society (Civitas).

Wright, Ros. (2016). « English language requirements for foreign doctors are not fit for purpose », 8 avril 2016, *The Guardian*.

Annexe 1. « The Bristol Promise »

I,..... undertake that, as a graduate in Medicine of the University of Bristol, I will practise my profession to the best of my knowledge and ability with conscience and integrity. I will respect the secrets which are confided in me and maintain the utmost respect for human life. I will hold in the deepest respect the honourable traditions and obligations of the medical profession; even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity. Recognising what I have learnt from my teachers, I will myself pass on the art and science of medicine to others. I will work for the good of all persons whose health may be placed in my care and for the public wellbeing.

Source : <www.bristol.ac.uk/media-library/sites/medical.../promise.pdf>. Page consultée le 4 août 2017.

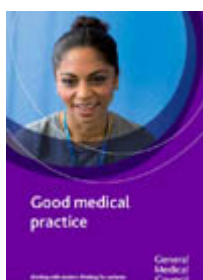
Annexe 2. Évolution des pages de couverture du guide *Good Medical Practice*

1995 1998 2001

Le guide Good Medical Practice : un discours spécialisé en mutation ?



2006 2013



- 1 Il n'existe pas une seule et même approche de la prestation du Serment : certaines universités comme celles d'Aberdeen et de Dundee ont recours à une version modifiée du serment original, tandis que celle de Bristol utilise sa propre version intitulée « The Bristol Promise » (voir annexe 1), prononcée en chœur par les étudiants le jour de la cérémonie de remise des diplômes (Oxtoby, 2016 : §5).
- 2 Cette loi visait à interdire l'exercice de la médecine aux praticiens qui ne disposaient pas des qualifications requises et à sanctionner l'exercice illégal de la médecine au Royaume-Uni.
- 3 Depuis quelques années, des guides comme *Medical Students: Professional Values and Fitness to Practise* (GMC, 2009) et *Achieving Good Medical Practice: Guidance for Medical Students* (GMC, 2016) décrivent et explicitent les principes du Good Medical Practice, de façon à améliorer leur compréhension et à renforcer leur application dans le cadre de la pratique.
- 4 Le guide est disponible sur le site internet de l'instance de régulation des médecins mais il peut aussi être téléchargé depuis le site d'organismes professionnels comme celui de la *British Medical Association*. Un certain nombre de rapports institutionnels, d'articles issus de la presse générale et spécialisée et d'articles de blogs y font également référence.
- 5 Surnommé « *theBlue Book* » par les praticiens, le guide *Professional Conduct and Discipline* fut publié de 1963 à 1993 par le *General Medical Council*. Il peut être consulté à partir de la page suivante du site de l'instance de régulation : <<https://www.gmc-uk.org/guidance/archive.asp>>. Page consultée le 27 décembre 2017.
- 6 Les questions posées aux différents acteurs du domaine de la santé sont variées : elles peuvent porter sur la clarté de la structuration du guide ou de la formulation de ses principes ; sur la pertinence et le caractère réaliste des exigences imposées aux praticiens ; ou encore sur la mention explicite et la prise en considération, par les auteurs du guide, des droits et des devoirs que les soignants et les soignés considèrent comme fondamentaux A *Draft for Consultation. Background and Consultation Questions* (2012) ou le questionnaire en ligne, plus récent, qui porte plus spécifiquement sur la révision du guide dédié au consentement du patient (GMC, 2018a).

7 Cette catégorie d'auxiliaires, comme le précise Larreya, « constitue sans doute, aussi bien en français qu'en anglais, le moyen principal d'expression de la modalité », conçue comme « l'attitude de l'énonciateur sur le contenu propositionnel de l'énoncé ». En anglais, cette classe comprend surtout des verbes qui s'inscrivent dans le domaine du possible, du nécessaire et de l'obligation (*can, may, shall, should, must...*) (2004 : 733-742).

8 Dans un *memorandum* adressé au parlement du Royaume-Uni, le *General Medical Council* déclare s'être engagé, à partir de 1997, à améliorer l'accessibilité de ses publications qui sont désormais rédigées dans le respect des conventions établies par la *Plain English Campaign* (GMC, 1998 : §7).

9 Fondé en juin 2012, ce tribunal, constitué de médecins et de non-médecins, est chargé d'examiner et de trancher les litiges les plus sérieux entre les praticiens et leurs patients dans le cadre de la procédure de *fitness to practise*. Cette fonction était antérieurement assurée par une commission du *General Medical Council*. Les décisions rendues par le MPTS sont disponibles à la page suivante de son site internet : <<http://www.mpts-uk.org/decisions/data/1530.asp>>. Page consultée le 3 août 2017.

10 Au départ, cette obligation concernait seulement la profession médicale mais, depuis avril 2016, elle s'étend à d'autres professions de santé comme celle d'infirmier.

11 Voir la page « How Revalidation Works » du site du GMC (2017c) qui donne accès à l'ensemble des guides détaillant les modalités d'application de la recertification des médecins : <<http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/9612.asp>>. Page consultée le 5 juillet 2017.

12 Tableau intitulé « *Doctor Taking a Young Woman's Pulse* » réalisé au XVII^e siècle par le peintre hollandais Michiel van Musscher (1645-1701).

13 Exprimée par l'emploi du substantif *honesty*, de l'adjectif *honest* ou de l'adverbe *honestly*.

14 Employé en tant que verbe ou en tant que syntagme nominal.

15 Mis au point dans les années 1980 par trois organismes anglophones (The British Council, Cambridge English Language Assessment et the International Development Program of Australian Universities and Colleges), ce test a été administré pour la première fois en 1989 afin de garantir l'accès aux universités anglophones aux seuls étudiants non natifs pouvant justifier d'un niveau suffisant de connaissance de la langue anglaise. L'IELTS constitue l'un des trois tests standardisés d'anglais les plus fréquemment passés au

monde avec le TOEIC et le TOEFL. D'une durée totale de 2h45, il comprend quatre épreuves obligatoires évaluant les compétences de compréhension orale et écrite et d'expression orale et écrite des candidats.

16 Voir la page « International English Language Testing System (IELTS) Requirement Guidance » (GMC, 2017d), qui renseigne les médecins ayant une autre langue maternelle que l'anglais sur les critères linguistiques requis pour exercer la profession au Royaume-Uni : <http://www.gmc-uk.org/doctors/registration_applications/13680.asp> Consultée le 2 août 2017.

17 Depuis février 2018, le GMC accepte de reconnaître les résultats obtenus par les médecins à un autre test d'anglais appelé « *Occupational English Test* » (OET) qui, comme l'IELTS, évalue les quatre compétences langagières des candidats, mais dont le contenu porte plus spécifiquement sur l'anglais de la santé (GMC, 2018c). Si, par le caractère spécialisé de son contenu, ce test alternatif nous paraît assurer une meilleure représentativité du domaine visé, on peut néanmoins lui adresser les mêmes critiques que celles que nous avons formulées plus haut.

Français

Cet article s'intéresse à l'évolution d'un genre de discours spécialisé : le guide « *Good Medical Practice* » publié par l'instance de régulation des médecins au Royaume-Uni. Marqué par des variations stylistiques et rhétoriques importantes au cours des dernières décennies, ce discours spécialisé apparaît comme un matériau privilégié pour mieux saisir les évolutions et le fonctionnement actuel du domaine de la médecine britannique. Nous proposons donc d'analyser ses versions successives dans le cadre d'une diachronie « courte », qui vise à mettre en lumière quelques-unes des mutations traversées par le domaine.

Dans notre introduction, nous retraçons les fondements de l'éthique médicale que l'on retrouve dans le Serment d'Hippocrate, un texte de référence auquel se superposent désormais des discours d'encadrement pluriels comme les guides de bonnes pratiques, les normes et les codes de conduite. Puis, nous nous penchons sur les variations formelles et rhétoriques du guide *Good Medical Practice*. Notre étude montre que ses auteurs introduisent progressivement de nouveaux dispositifs de régulation dans le domaine de la médecine. Pour les désigner, l'apparition successive d'expressions auparavant absentes de la rhétorique institutionnelle, comme celles d'*accountability*, de *fitness to practise* et de *revalidation* (recertification), suggère un renforcement des contrôles qui s'imposent aux praticiens. Au-delà de sa fonction de régulation, le guide remplit aussi une fonction de « promotion » : ses auteurs tentent en effet de revaloriser l'image de la profession médicale en redéfinissant et en réitérant les valeurs et les qualités

morales (habiletés de communication, honnêteté, respect du patient, etc.) attendues des médecins par le grand public. L'étude du guide sur la base de ses variations stylistiques et rhétoriques vise à nourrir la connaissance et la compréhension de la culture du domaine de la médecine britannique.

English

This article examines the evolution of *Good Medical Practice*, a specialised discourse published by the regulatory body for doctors in the United Kingdom. Characterised by major stylistic and rhetorical variations over the past decades, this specialised discourse provides useful insights into the developments and the current functioning of the British medical domain. Therefore, we conducted a diachronic study over a relatively short period of time and we analysed its different editions in order to highlight some of the changes that have occurred in the domain.

In our introduction, we first recall the foundations of medical ethics that can be found in the Hippocratic Oath, which is a reference text for medical practice and which is now supplemented by various regulatory discourses, such as good practice guides, standards and codes of conduct. Then, we examine the structural and rhetorical variations of the *Good Medical Practice* guide. Our study shows that its authors progressively introduce new regulatory measures in the medical domain. To name them, expressions that were formerly absent of the institutional discourse such as *accountability*, *fitness to practise*, and *revalidation* have successively appeared, suggesting the reinforcement of controls placed on doctors. Beyond its regulatory function, the guide also fulfills a "promotional" function: indeed, its authors seek to improve the image of the medical profession, by redefining and reiterating the values and the moral qualities (communication skills, honesty, respect for the patient, etc.) that are expected from doctors by the public. Analysing the guide through its stylistic and rhetorical variations aims to enrich the knowledge and understanding of the culture of the British medical domain.

Mots-clés

discours de régulation, discours spécialisé, domaine spécialisé, étude diachronique, médecine britannique

Caroline Benedetto

ATER, Université Paris Descartes, 12 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris - caroline.benedetto [at] sciencespo.fr