

Éthique professionnelle et activité médicale : une analyse en termes de conventions

Philippe BATIFOULIER*

Université de Paris X-Nanterre

Correspondance :

Forum (ESA 7028 CNRS) Université Paris X-Nanterre
200 avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex
Tél : 01.40.97.59.23
Fax : 01.40.97.71;83
E-mail : Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

Résumé : L'objectif de cet article est de fournir un fondement théorique au concept d'éthique professionnelle. Dans un premier temps, nous présentons et montrons les limites des conceptions traditionnelles de l'éthique professionnelle en matière de santé. L'éthique n'est pas une contrainte, car elle est valorisée par les médecins. Elle n'est pas non plus réductible à un contrat incitatif, puisqu'elle ne peut prévoir l'ensemble des configurations possibles. L'éthique professionnelle est une convention qui donne, à distance, la définition de l'activité médicale. La seconde partie de l'article précise les contenus cognitif et émotif de cette convention.

Mots-clés : éthique – profession – médecine – conventions.

Abstract : This article is an attempt to explain professional ethics in the health sector. On the one hand, the scope and limitations of the traditional approach are examined. In this analysis, professional ethics is reduced to a constraint or an incentive contract. On the other hand, it should be stressed that the so called « economy of conventions » is a judicious approach to explain professional ethics. The article study the cognitive and emotive contents of this convention.

Key words : ethics – profession – medicine – conventions.

* Cet article a bénéficié des commentaires stimulants de P. Abecassis, O. Biencourt et M. Gadreau. Je remercie également les deux rapporteurs anonymes. Je reste, bien entendu, seul responsable de ce texte.

Le service professionnel est souvent assimilé à un travail d'expert. Le professionnel dispose d'un savoir spécifique lui permettant de choisir à la fois la façon de définir le problème et de mener son action. Cette grande marge de manœuvre laisse place, en théorie, à des comportements déviants : le professionnel peut manipuler la demande qui lui est faite pour satisfaire ses seuls intérêts. L'existence d'une morale professionnelle vient s'opposer à cette vision pessimiste. Le service professionnel est en effet délivré sous contrôle de l'exigence morale, ce qui limite les tentations opportunistes. Le professionnel ne peut donc être (totalement) pensé comme un être calculateur et égoïste, cherchant en toutes circonstances, à maximiser sa satisfaction.

Ainsi, les ressources d'un professionnel ne se composent pas uniquement de savoirs techniques. Le capital professionnel comprend également des représentations communes définissant les obligations et les convictions des professionnels. Ces représentations sont souvent qualifiées d'éthique professionnelle. Présente dans de nombreuses activités, elle est particulièrement valorisée dans des métiers constitués en professions établies et reconnues par la collectivité. Les avocats, les enseignants, etc., relèvent de ces catégories. Mais, c'est sans doute chez les médecins que l'éthique professionnelle est la plus présente. Elle est logée au cœur de l'activité du médecin comme en témoigne l'expression d'éthique médicale. Nous mènerons donc notre analyse à partir de la profession médicale, qui, selon E. Freidson [1984, 1986], constitue certainement un archétype.

L'existence d'une éthique professionnelle médicale n'est pas une hypothèse hasardeuse. Le postulat éthique est pour le moins raisonnable en matière de santé. Il est d'ailleurs utilisé très fréquemment par les observateurs du système de soins et par les acteurs eux-mêmes. L'éthique professionnelle est largement répandue et aisément testable dans le monde médical¹.

¹ C'est ce qu'écrivent P.A. Chiappori, K. Orfali [1997, p 437] : « Pour reprendre les termes de Popper, l'élément explicatif nouveau doit être indépendamment testable, ce qui suppose au minimum qu'il ait une pertinence reconnue en dehors du domaine précis au sujet duquel il a été évoqué ». Les auteurs précisent leur pensée en mobilisant l'exemple du médecin : « Dans le cas du médecin, ce

Pourtant, l'analyse économique semble étonnée pour analyser ce type de comportement. L'éthique est fréquemment réduite à un argument dans la fonction d'utilité du médecin. Elle est alors assimilée à une préférence. C'est une donnée exogène et on peut se dispenser d'en fournir une interprétation. On peut, à l'inverse, considérer, avec A. Sen [1993], que l'économie ne peut rester indifférente aux problèmes éthiques. L'éthique peut alors être assimilée à une règle qui assure la coordination entre les acteurs. Il faut, dans ce cas, préciser son statut.

Le présent article propose, dans cette perspective, une « compréhension » de la règle éthique ; il s'appuie sur la notion de convention qui permet de donner un fondement cognitif et émotif à l'éthique professionnelle². Une telle approche permet d'analyser le pouvoir coordinateur de l'éthique professionnelle, en relâchant l'hypothèse embarrassante d'un comportement de type *homo economicus*.

1. L'éthique professionnelle : de la contrainte à la règle

La façon traditionnelle en économie et dans certaines approches sociologiques³ de concevoir l'éthique professionnelle est d'en faire l'expression d'un pouvoir de monopole. Un professionnel comme le médecin dispose d'une rente de situation contingente à son rôle d'expert. Il peut alors laisser libre court à son opportunisme pour augmenter ses revenus ou entretenir artificiellement son activité. L'éthique vient contrecarrer ces attitudes ; elle agit comme contrainte.

1.1. *Pouvoir discrétionnaire du médecin et contrainte éthique*

critère est aisément rempli : du serment d'Hippocrate au conseil de l'Ordre, les préoccupations de déontologie sont régulièrement mises en avant, de façon tout à fait explicite, par les acteurs eux-mêmes ».

² Nous ne nous interrogeons pas ici sur les fondements normatifs de cette éthique professionnelle, qui relèveraient d'un travail philosophique. Notre étude s'inscrit dans ce que l'on pourrait appeler avec L. Hosner (1994), le champ de l'éthique appliquée.

³ Voir A. Abott [1983].

Les médecins présentent une position originale sur le marché des soins : ils sont à la fois producteurs et consommateurs puisqu'ils sont seuls habilités à délivrer une ordonnance. En effet, la consommation médicale n'est pas autonome. C'est le médecin qui prescrit les examens médicaux et la plus grande part des médicaments et qui formule ainsi la demande. L'offre de soins semble donc induire la demande et le système de santé ne peut s'analyser en termes de marché⁴. Du fait de leur rôle moteur dans la consommation de soins, les médecins disposent d'un pouvoir discrétionnaire. Ils peuvent manipuler la demande pour satisfaire leurs objectifs personnels : hausse de revenu ou fidélisation d'une clientèle.

L'éthique professionnelle intervient alors pour limiter ce pouvoir discrétionnaire en censurant les pratiques abusives⁵. Le médecin peut être animé d'un objectif humanitaire. Ainsi en est-il des approches de R.J. Ruffin, E.E. Leigh [1973] pour l'explication des prestations à faibles prix destinées aux patients les plus pauvres ou de l'analyse de R.T. Masson, S. Wu [1974] pour la meilleure motivation dans les soins des moins fortunés.

En forgeant des pratiques d'honoraires et des durées de consultations raisonnables, des traitements peu coûteux, etc. l'éthique professionnelle dicte la conduite à tenir en matière de tarif, de durée, d'intensité de traitement, de prescription, etc. Elle agit ainsi comme contrainte à l'induction de la demande par l'offre. Et cette contrainte provient du médecin lui-même [P. Zweifel 1981 ; R.S. Woodward, F. Warren-Boulton 1984]. Le médecin reste un entrepreneur individuel qui maximise son revenu, en résolvant un programme d'arbitrage travail – loisir où l'on a intégré une nouvelle contrainte sous forme d'un argument supplémentaire dans la fonction d'utilité. Le médecin prend en considération les caractéristiques de ses patients ce qui se traduit par « *la recherche d'une utilité médico-psycho-sociale maximum* » [M.O. Carrère 1987, p. 203].

⁴ Au sens académique du terme, c'est-à-dire de lieu où se rencontrent une offre et une demande autonomes.

⁵ « La médecine ne doit pas être considérée comme un commerce », Article 19 du code de déontologie médicale.

On peut considérer également que ce pouvoir monopolistique du médecin est contrecarré par le « contrôle profane » des patients [E. Freidson 1960]. Le patient exerce directement une contrainte de marché [L. Rochaix 1989] en menaçant le médecin d'aller en consulter un autre ou en entretenant une mauvaise réputation [M.V. Pauly, M.A. Satterthwaite 1981], toutes choses qui influent sur le revenu médical. L'éthique professionnelle est alors subie par le médecin. La crainte d'une perte de réputation ou d'un départ de clientèle force le médecin à respecter des règles éthiques. L'éthique professionnelle synthétise alors la fonction de demande.

Dans cette analyse, l'éthique revêt une dimension assez pauvre. Soit l'éthique professionnelle est une contrainte inhérente au comportement opportuniste du médecin et elle ne sert qu'à améliorer l'état de santé de ses patients, soit elle agit comme contrainte (de marché) au profit des malades et le médecin s'en trouve quasiment dépossédé. L'éthique professionnelle ne sert qu'à redonner au patient son autonomie perdue.

Dans les deux cas, l'éthique professionnelle est donc réduite à une contrainte, endogène dans le premier cas et exogène dans le second. Elle ne fait que contrarier mais ne lève pas la rationalité maximisatrice du professionnel. L'éthique professionnelle modifie le calcul mais ne se substitue pas au calcul.

Les limites de l'analyse apparaissent alors clairement. En voulant réduire l'éthique professionnelle à un procédé coercitif dans un cadre de maximisation d'une fonction objectif, ces approches occultent un fait fondamental : le médecin abandonne la maximisation du revenu de son propre chef. Il valorise l'éthique professionnelle même si celle-ci le conduit à un certain désintéressement [P. Batifoulier 1992]⁶.

L'éthique peut alors difficilement être assimilée à une contrainte. S'y conformer est au contraire avantageux dans la mesure où un tel comportement valorise l'image du médecin et préserve l'autorégulation de la profession. L'éthique professionnelle forge le statut et l'autorité du médecin. Le médecin ne s'y soumet pas, en « traînant les pieds », il l'affiche car elle donne une image séduisante et rassurante de son acti-

tivité. Si l'éthique professionnelle est suivie de son plein gré par le médecin, il faut alors la définir en termes de règle non contraignante.

1.2. Contrat bilatéral et règle éthique

L'analyse stratégique de l'expertise met en avant les possibilités de dissimulation d'information (antisélection) et de moindre effort (aléa moral). Cette approche fait du médecin, l'agent d'une relation bilatérale où le rôle du principal est évolué tantôt au patient tantôt à la tutelle. La mise en œuvre d'une règle non contraignante, car de nature incitative, appelée « contrat », permettra alors de remédier à ces comportements sous-optimaux.

Cette lecture de l'expertise par la relation d'agence est un moyen efficace de traiter les problèmes de coordination hiérarchique. Elle permet également de conserver l'hypothèse de rationalité parfaite. C'est pourquoi, la théorie des contrats constitue l'analyse économique dominante de la règle. L'éthique professionnelle étant une règle non contraignante, il est naturel de se tourner vers cette approche pour en fournir un fondement théorique. Or, cette théorie ne nous est que d'un maigre secours pour traiter le problème de l'éthique professionnelle et ce, pour trois raisons.

Cette approche ne se préoccupe que de coordination verticale. Or l'éthique professionnelle est un langage entre médecins. Elle permet de coordonner les médecins à partir d'un langage commun qui donnera à tous une définition de la « bonne » pratique. L'éthique professionnelle est un instrument de régulation d'un professionnel face aux pratiques des autres professionnels. Sans nier sa dimension extra professionnelle, elle a aussi une dimension intra professionnelle. L'éthique professionnelle est donc un moyen de coordination horizontale. Les modèles contractuels récents du type « multi-principaux », « multi-agents » ou encore les modèles « avec tiers » qui introduisent un superviseur entre le principal et l'agent, permettent de sortir de la relation bilatérale mais pas de la relation verticale.

⁶ L. Karpik [1989] décrit dans des termes analogues le comportement des avocats.

Dans les modèles d'agence appliqués à la santé⁷, l'éthique professionnelle n'intervient jamais⁸, car elle n'a pas lieu d'intervenir. Les individus définissent un contrat endogène qui respecte les volontés individuelles. La règle est perçue comme un accord non contraignant où le produit de la coordination ne peut être que le produit de l'interaction. La règle est alors totalement intentionnelle. Elle ne peut s'imposer aux individus. Elle est produite par les seuls individus. Or la notion d'éthique professionnelle suggère l'existence d'un collectif difficilement réductible à de l'interindividuel. En effet, elle n'a de sens que si elle est suivie par une communauté de travail.

Les modèles principal-agent définissent la règle comme un accord totalement explicite car prévoyant l'ensemble des éventualités possibles⁹. Même la notion de contrat incomplet probabilise les contingences imprévues (elles ne sont pas réellement imprévues dans ce cas !). La liste de tous les états de la nature est connue même si on ne sait pas quel état va se réaliser¹⁰. L'incertitude est donc apprivoisée. L'éthique

⁷ Voir par exemple M. Mougeot [1986, 1994] ou L. Rochaix [1989, 1997].

⁸ Ainsi, dans un bilan récent, L. Rochaix [1997] n'utilise jamais la notion d'éthique professionnelle dans la partie de son papier qui est consacrée à la présentation des modèles principal-agent appliqués à la santé. De façon tout à fait paradoxale, dès que l'économie de la santé s'intéresse aux règles, elle occulte l'éthique professionnelle.

⁹ C'est le cas également de la théorie des contrats implicites. Développée dans les années 70, cette théorie définissait le contrat de travail comme un contrat d'assurance où l'entreprise-assureur garantissait à l'employé-assuré, un salaire stable quelle que soit la conjoncture. Ce contrat était dit implicite dans la mesure où il n'était pas signé et ne faisait donc l'objet d'aucun accord écrit. Il était néanmoins totalement explicite car il ne procédait que des seules rationalités individuelles. Formalisé à l'aide des outils microéconomiques standards, le contrat implicite ne s'adressait qu'à des individus parfaitement rationnels capables de prévoir, pour eux et pour les autres, l'ensemble des conséquences de leur choix. De fait, bien qu'il soit dit implicite, le contrat envisageait explicitement l'ensemble des événements possibles.

¹⁰ Dans la théorie économique des contrats incomplets, le monde est incertain, mais probabilisable et le contrat est porteur en lui-même d'un mécanisme incitatif qui assure son exécution. Chaque partie étant mue par la recherche de son intérêt personnel, les agents ne peuvent être surpris. En effet, ce qui se passera demain est prévisible aujourd'hui parce que cela appartient au domaine du possible. Voir O. Favereau et P. Picard [1996] pour un développement.

professionnelle ne peut correspondre à un tel schéma, car elle est au contraire une réponse à l'impossibilité de prévoir l'ensemble des configurations possibles. L'éthique professionnelle n'a aucun sens dans un monde où toutes les éventualités sont prévisibles. Si les individus utilisent l'éthique professionnelle pour se coordonner, c'est parce que justement, ils ne peuvent pas tout prévoir. L'éthique professionnelle ne peut être activée que dans un monde où les individus sont dotés d'une rationalité limitée.

Une des façons de définir le rôle d'expert du médecin (pour reprendre le point de départ des analyses précédentes) est d'insister sur l'immatérialité du bien servi. Il n'existe pas de caractéristique objective permettant de porter un jugement sur la prestation médicale. Il n'y a pas de définition rigoureuse de la qualité. Cette immatérialité du bien santé s'accompagne alors d'une large part d'interprétation du résultat [J. Gadrey 1995]. Le traitement de cette incertitude radicale exige alors l'existence d'une échelle de valeur à laquelle on peut se référer. Tel est l'objet de l'éthique professionnelle.

Cette immatérialité rend nécessaire l'existence de codes de déontologie [H. Isaac 1998], qui constituent la partie émergée de l'éthique professionnelle. La conversion des règles éthiques en messages objectivés du type « codes de déontologie », même si elle s'accroît, ne peut jamais être complète [R. Cowan, D. Foray 1998]. De plus, les codes de déontologie ne sont pas toujours explicites. Le code de déontologie médicale, par exemple, comprend 114 articles (pour 35 pages) dont beaucoup sont évasifs¹¹. Cette imprécision a d'ailleurs conduit le Conseil de l'Ordre des médecins à publier un document de 288 pages intitulé « Commentaires du Code de déontologie médicale » !

Ainsi, le Code de déontologie ne peut tout formaliser. Pour reprendre la typologie de P.A. Mangolte [1997], il subsiste une part non négligea-

¹¹ On citera, à titre d'illustration, les articles 53 : « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure* », 56 : « *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité* » ou encore l'article 71 : « *Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable* ».

ble de connaissances véritablement tacites car non articulables¹². L'affirmation de règles coutumières à forte valeur éthique est une manifestation de telles connaissances dans le monde professionnel. Le médecin n'en a pas toujours conscience, car ces connaissances ne sont activées qu'en situation. Elles ne sont pas exprimables en dehors de l'activité médicale concrète.

La valorisation de telles connaissances est le signe distinctif du professionnel, car l'existence de ces compétences tacites autorise une définition de la profession en termes « d'art » et permet aux professionnels de se reconnaître entre eux. « *L'expert reconnaît un même expert du même domaine à une manière d'agir qui ne se réduit pas à l'application d'éventuelles règles formalisées de la profession* » [J. Merchiers, P. Pharo 1992, p. 57]. Cette reconnaissance mutuelle conduit « *la construction d'un acteur collectif complexe, à la fois défendant un capital économique sur le marché du travail et un capital symbolique de ressources normatives* » [J.D. Reynaud 1987, p. 95]. Dans ces conditions, le médecin, en tant que professionnel, agit en référence à une identité collective. En s'engageant, il engage les autres.

2. L'éthique professionnelle : un objet conventionnel

L'éthique professionnelle ne peut être réductible à une contrainte, car elle est acceptée et valorisée par les médecins. Elle ne peut non plus être réduite à un contrat totalement intentionnel, car elle ne peut prévoir l'ensemble des configurations possibles. Au contraire, elle économise le savoir des individus. Notre hypothèse est que l'éthique professionnelle médicale est un objet conventionnel. L'intérêt de cette approche est de

¹² P.A. Mangolte distingue trois types de compétences : les compétences articulées, transférables par des supports médias comme les livres et les documents professionnels, les compétences non articulées mais potentiellement articulables (du non-dit qui pourrait être dit ou écrit comme certains protocoles médicaux) et enfin les compétences non articulables (on sait le faire sans vraiment savoir l'expliquer. Il s'agit d'une compétence tacite non articulable).

montrer qu'une coordination efficace nécessite l'existence d'une règle appelée convention. Cette règle s'impose naturellement aux individus car elle va de soi. La convention relève alors du «*décret accepté conjointement*» [M. Gilbert 1990].

La coordination entre médecins est assurée par l'existence de règles collectives qu'ils acceptent et dans lesquelles ils se reconnaissent. Pour être efficaces, de telles règles doivent être à la fois connues et partagées par tous les professionnels. Elles ont alors une dimension cognitive.

2.1. Saillance cognitive et représentation du groupe professionnel

En portant un savoir, les règles doivent constituer des points de référence communs et préciser la qualité du service médical pour l'ensemble des acteurs du système. En donnant à tous la définition de l'activité médicale, l'éthique professionnelle constitue un point focal au sens de T. Schelling [1960]. Elle représente un repère de coordination conventionnel pour les acteurs. Elle permet aux individus de se coordonner à partir d'une saillance cognitive. Ils n'ont, dès lors, plus besoin de calculer, pour eux et pour les autres, l'ensemble des conséquences de leurs choix. L'éthique professionnelle joue le rôle d'une « culture de profession », car elle permet au médecin d'agir en présence de contingences réellement imprévues [D. Kreps 1990].

Comme le souligne A. Orléan [1997, p. 184], cette question du point focal est celle de la façon dont le groupe se représente lui-même. Dans le célèbre jeu de coordination où les individus doivent classer des villes en deux catégories, certains vont utiliser, de façon conventionnelle, des critères géographiques, d'autres l'ordre alphabétique qui sont deux saillances « classiques ». Les individus cherchent à se coordonner et donc à obtenir la même partition. Il va de soi que dans un groupe formé d'initiés à la géographie locale (les habitants d'une même région ou d'un même pays), c'est la partition géographique qui va s'imposer. Par contre, dans un groupe qui ne connaît la localisation des villes (des étrangers par exemple), la partition alphabétique va émerger. La décision d'un individu est donc fonction de la connaissance qu'il attribue aux autres. La déci-

sion en interaction est donc contingente à la représentation que chacun se fait des autres. Le problème du point focal est donc bien celui des croyances et plus exactement celui de la dimension collective des croyances.

Pour que la coordination s'opère entre les individus, ces derniers doivent avoir une représentation semblable de leur groupe. Celle-ci repose sur la dotation conventionnelle de base que constitue l'éthique professionnelle. Cette dernière permet, en effet, aux médecins de se coordonner par un échange à distance. L'éthique professionnelle, parce qu'elle constitue une règle de nature conventionnelle, permet aux médecins d'éviter la négociation perpétuelle sur le contenu et le sens à donner à leur travail¹³. En focalisant l'attention de l'ensemble des acteurs du système de santé, l'éthique professionnelle donne une définition régulière du métier sans avoir besoin d'un contrat qui prévoit l'ensemble des éventualités.

L'éthique professionnelle est donc une convention dont le contenu cognitif doit maintenant être précisé. À ce stade, deux interprétations sont possibles :

- La première interprétation fait appel à la théorie des conventions, issue de la théorie des jeux de pure coordination [T. Schelling 1960, D. Lewis 1969]. Dans ce type d'interactions¹⁴, les individus ont des ob-

¹³ De façon analogue, J.M. Courent [1998] cité par M. Marchesnay [1998] définit l'éthique du dirigeant de petite entreprise par un critère de normalité selon lequel le chef d'entreprise se conforme à ce que font les autres. L'éthique professionnelle peut alors être interprétée en termes de régularité de comportement.

¹⁴ L'archétype de ces interactions est le jeu du rendez-vous où deux personnes se sont perdues et cherchent le même résultat : se retrouver. Deux solutions s'offrent à elles : aller en un point A ou aller en un point B, sachant que B est plus éloigné que A. Ce jeu admet deux équilibres de Nash : les deux joueurs vont en A, d'une part et les deux joueurs vont en B, d'autre part. Seul le premier de ces équilibres est Paréto-optimal car les coûts de déplacement sont moindres. Pourtant, il n'y a aucune raison pour que la meilleure solution soit celle adoptée par les joueurs. En effet, les joueurs pourront préférer aller en B (alors que B est beaucoup plus éloigné que A) parce qu'il existe une habitude acquise de se retrouver en B. L'endroit présente une prégnance ou une réputation particulière et il s'impose naturellement aux agents. C'est le cas, par exemple, des points de rencontre dans les lieux publics (aéroports, gares, etc.) ou ceux forgés de leur

jectifs identiques. Ils cherchent le même résultat et valorisent, *a priori*, la coordination. Un cadre commun appelé convention est alors nécessaire. Celle-ci peut prendre la forme d'une norme sociale [E. Ullmann-Margalit 1978], d'une institution sociale [A. Schotter 1981] ou encore d'une régularité de comportement [D. Lewis 1969]. Chacun se conforme à la convention et chacun s'attend à ce que les autres en fassent autant. La convention est donc auto-réalisante. Chacun, non seulement, maintient son action si les autres en font autant mais préfère qu'il en soit ainsi. Une autre particularité fondamentale de la convention est qu'elle n'a pas besoin d'être optimale pour s'imposer.

Dans le cadre de cette théorie des conventions, la saillance est assimilable à l'opérateur « *common knowledge* » (CK) ou savoir partagé qui joue le rôle d'un *a priori* commun. Chacun sait que l'autre sait que tous les individus du groupe se coordonnent sur la même saillance : l'éthique professionnelle. La notion de saillance n'échappe pas, dans ces conditions, aux « paradoxes » de l'opérateur CK, en particulier sa réflexivité à l'infini. On reste ici dans le domaine du calcul, qui plus est, du calcul à l'infini.

En effet, dans l'approche développée par D. Lewis, les joueurs ont un savoir commun sur la structure de l'interaction (le jeu), leur parfaite rationalité, les actions mises en œuvre et les variations autorisées de ces actions. Ainsi avec l'opérateur CK, tout le monde sait que tout le monde sait que tous savent, etc., jusqu'à l'infini. On a bien ici une représentation commune. Mais, le raisonnement (ou la rationalité) d'un acteur est donc totalement accessible à tous les autres. Chacun est capable de se mettre parfaitement à la place de l'autre. Il n'y a plus aucune différence entre la pensée de chaque individu. Dans ces conditions, seules des personnes cognitivement identiques peuvent avoir une représentation commune. Or, si les individus ont le même *a priori* et si leurs croyances concernant un événement sont CK, alors leurs croyances doivent être

propre chef par un couple d'acteurs (il n'est pas nécessaire que les points de rencontre soient universels).

semblables. Ils sont dans l'impossibilité d'être d'accord pour être en désaccord [J.P. Dupuy 1989 ; J. Geanakoplos 1992]¹⁵.

En assimilant la nécessaire référence collective à la parfaite commensurabilité des univers cognitifs, on aboutit à nier les différences entre individus. Quel intérêt y a-t-il alors à fonder une représentation commune sur des individus semblables ? La règle conventionnelle de la théorie des conventions uniformise tellement les savoirs individuels qu'elle appauvrit le savoir collectif contenu dans la règle éthique.

• Dans l'interprétation concurrente développée, plus récemment, par l'économie des conventions [Revue économique 1989], la convention est, au contraire, le moyen de renoncer au jeu des anticipations croisées à l'infini. En s'appuyant sur la convention, les individus peuvent renoncer aux calculs. La convention économise le savoir des individus en transformant les savoirs individuels en savoir collectif [O. Favereau 1989, 1994]. La convention est alors un outil nécessaire à des individus dotés d'une rationalité limitée.

La coordination par éthique professionnelle n'exige pas des individus cognitivement semblables. Alors que les médecins ont différentes visions du monde, de la médecine et de leur pratique quotidienne, ils adhèrent à une image commune de la profession forgée par le respect d'une éthique professionnelle. Certains médecins recherchent l'excellence technique. D'autres valorisent la relation avec le patient. D'autres enfin, peuvent être mus par l'intérêt financier ou par l'intérêt général. Les

¹⁵ Imaginons deux médecins face à un patient. Les deux médecins doivent séparément identifier la maladie et recueillir divers indices (à l'aide d'exams par exemple). Les médecins construisent donc, en fonction de leur spécialisation thérapeutique, des investigations séparées et arrivent, logiquement, à des diagnostics différents. Chacun est convaincu d'avoir trouvé la bonne solution et écrit à l'autre pour tenter de le convaincre. Si la rationalité des médecins est « *common knowledge* », alors chaque médecin, après avoir lu son courrier, est condamné à changer d'avis et à adopter la conclusion de l'autre ! En effet, quand chacun présente son raisonnement et la façon de l'obtenir, son raisonnement devient totalement accessible à l'autre. Ils deviennent deux êtres identiques par la pensée et ne peuvent déboucher que sur les mêmes conclusions. Ils sont dans l'impossibilité d'être en désaccord alors qu'ils ont des informations différentes au départ.

médecins poursuivent donc des objectifs différents¹⁶. Mais, ils s'appuient, pour ce faire, sur des ressources communes, celles de la communauté professionnelle. La convention est « *une forme qui permet de coordonner des intérêts contradictoires qui relèvent de logiques opposées mais qui ont besoin d'être ensemble pour être satisfaits* » [R. Salais 1989, p. 213].

Les individus se coordonnent non pas parce qu'ils savent que les autres savent qu'ils sont tous membres du même groupe, mais plus simplement parce qu'ils ont le sentiment de faire partie du même groupe. On peut alors, à la suite de H. Defalvard [1997], substituer à une condition cognitive de connaissance, « *une condition sentimentale de connaissance au sens où chacun doit avoir le sentiment que chacun fait partie d'une équipe commune* » (p. 26). C'est le sentiment de partager les mêmes valeurs qui autorise la coordination à partir de saillances particulières. Dans ces conditions, le jeu des interactions n'est plus un jeu individuel¹⁷ où l'action doit rapporter un bon résultat à l'individu mais un jeu d'équipe où le résultat doit être bon pour l'ensemble du groupe. Le groupe est ainsi vécu comme un acteur autonome ce qui conduit à la coopération.

Interpréter l'éthique professionnelle en termes de convention conduit ainsi à s'interroger sur les croyances cognitives du groupe professionnel. À partir du moment où les médecins ont le sentiment d'être membres d'un groupe, ils délaissent leurs croyances personnelles pour se coordonner sur la base de croyances collectives¹⁸ comme l'éthique professionnelle.

Sans être imposée par le marché ou par l'État, l'éthique professionnelle est l'archétype de la valeur coopérative collective internalisée par les médecins. Dépôt du passé, cristallisée dans la mémoire du médecin,

¹⁶ Dans le modèle des « économies de la grandeur », de L. Boltanski, L. Thévenot [1991], on dira que les médecins se justifient au nom de principes respectivement industriel, domestique, marchand et civique.

¹⁷ On peut ajouter avec P.Y. Gomez [1997, p. 74] que l'économie des conventions est « *une théorie des règles du jeu, plutôt qu'une théorie des jeux* ».

l'éthique professionnelle prescrit l'attitude à tenir en matière de durée de consultation, de pratiques tarifaires (pour les dépassements), de prescription, etc. [P. Batifoulier 1997]. Elle revêt un caractère social car elle n'est intelligible que si elle est partagée par une communauté. L'action sous éthique professionnelle suppose l'universalisation¹⁹. En respectant des « principes moraux », chaque médecin suppose que les autres en font autant. Mais, puisque la convention est le produit de volontés autonomes, elle peut se disloquer sous l'effet des raisonnements individuels. Pour perdurer, l'éthique professionnelle a besoin d'un système de sanctions.

2.2. *Sanctions et émotions*

En assurant la coordination entre médecins, l'éthique professionnelle constitue un mécanisme puissant d'autorégulation de la profession. Pour s'exprimer pleinement, elle a toutefois besoin d'être soutenue par un mécanisme de sanctions professionnelles²⁰. En effet, une règle comme l'éthique professionnelle n'est véritablement efficace que si, non seulement, elle prescrit l'attitude à observer, mais aussi, elle prohibe l'attitude opposée. La règle a donc deux versants : un versant positif et un versant négatif. Elle peut alors être qualifiée de norme sociale²¹.

¹⁸ Qui ne sont pas totalement indépendantes des croyances personnelles. A. Orléan [1997, p. 188] parle, à ce propos, de « *croyances collectives formées intersubjectivement* ».

¹⁹ En mobilisant la morale kantienne, P. Ricoeur [1996, p. 25] écrit : « *Si le pacte de confiance et la promesse de tenir ce pacte constituent le noyau éthique de la relation qui lie tel médecin à tel patient, c'est l'élévation de ce pacte de confiance au rang de norme qui constitue le moment déontologique du jugement. C'est essentiellement le caractère universel de la norme qui est affirmé : celle-ci lie tout médecin à tout patient donc quiconque entre dans la relation de soins* ».

²⁰ Nous occultons ici le problème des sanctions pénales qui peuvent être infligées aux médecins en cas « d'erreurs médicales ».

²¹ Le « versant négatif » est appelé « méta-norme » par R. Axelrod [1986] qui montre qu'une méta-norme, permettant de punir à la fois les individus déviants et les individus qui renonceraient à punir les individus déviants, permet d'assurer la pérennité de la norme de coopération dans un jeu expérimental du type « dilemme du prisonnier ». Comme le soulignent G. Rotillon et al. [1999],

Nous avons donné un sens cognitif au premier versant. Nous allons donner maintenant un sens émotif au second versant. En procédant ainsi, nous nous éloignons de l'interprétation utilitariste des normes sociales selon laquelle le médecin se cacherait derrière l'éthique professionnelle pour agir en fonction de ce que son intérêt bien compris lui dicte de faire. Les émotions ne peuvent être réduites à un calcul des avantages et des coûts. Les émotions développent des jugements de valeur²².

C'est en effet, la dimension émotive de l'éthique professionnelle qui assure son respect. Violer l'éthique professionnelle provoque des « émotions très fortes » chez les patients mais aussi chez les médecins eux-mêmes. J. Elster [1995a, p. 147] soutient que *« l'aspect le plus fondamental des normes est leur ancrage dans la vie émotionnelle, l'impulsion qu'elles reçoivent de l'affectivité. Toute norme sociale est maintenue par un ensemble d'émotions ; la force souvent contraignante des normes provient des émotions qui la soutendent »*.

L'éthique professionnelle est fortement chargée de contenu émotionnel pour les médecins. Il s'agit de donner ou de maintenir la vie et, pour ce faire, de respecter un pacte : le serment d'Hippocrate. Le médecin, pour affirmer sa véritable nature coopérative et désintéressée, va prêter serment sur un texte symbolique²³ et va rentrer dans l'Ordre des médecins dont l'un des rôles est de faire respecter l'aspect émergé de l'éthique professionnelle : les codes de déontologie²⁴. Le médecin agit en faisant du respect de l'éthique professionnelle, un impératif catégorique, au sens d'une promesse kantienne, [M. Gadreau 1992]. Le méde-

« un des mérites du travail d'Axelrod est d'avoir ainsi montré qu'il n'est pas nécessaire, après avoir prévu une méta-norme, d'envisager le fonctionnement d'une méta-norme pour renforcer la méta-norme initiale, qui elle-même serait renforcée par une autre méta-norme et ainsi de suite. »

²² Il existe une abondante littérature sur le sujet. Voir par exemple J. Elster [1995b, 1996], M. Nussbaum [1995] et L. Thèvenot [1995].

²³ Lors de sa soutenance de thèse ou au cours d'une cérémonie collective. Il lui est aussi demandé un engagement écrit lors de son inscription au tableau de l'Ordre.

cin s'engage alors vis-à-vis de lui-même à honorer les règles de la profession et à être sanctionné s'il fait défaut. En procédant ainsi, il agit selon une maxime qu'il érige en loi de la profession. Transgresser (ou laisser transgresser) la loi professionnelle, c'est s'exposer à son propre sentiment de culpabilité et de honte²⁵. Pour éviter cela, la règle éthique est respectée. C'est donc son contenu émotionnel qui assure son respect. L'émotion donne corps à un système de sanctions. L'éthique professionnelle est respectée par chaque médecin parce que sa transgression a un contenu émotionnel trop fort. On peut alors, avec P. Livet, L. Thévenot [1997, p. 436] chercher « *dans l'émotion le mouvement initial qui fait que l'acteur se déprend de l'égoïsme propre à l'action en s'inquiétant de l'évaluation des autres* ».

Cet aspect émotionnel de la sanction est porteur de savoir sur le fonctionnement du groupe. La manière dont le groupe sanctionne les comportements déviants est source de savoir sur la façon dont le groupe se définit. Si le groupe se constitue autour d'une éthique professionnelle, c'est parce que ses membres sont regroupés autour de valeurs fondamentales associées à cette enseigne. Accepter des distorsions par rapport à l'éthique, c'est remettre en question, aux yeux de tous, la définition de l'activité médicale.

La sanction en cas de non-respect de l'éthique professionnelle est essentiellement émotionnelle. Elle n'est alors pas vécue comme une véritable contrainte. Au contraire, la profession médicale s'abrite derrière cette éthique dans la mesure où elle est porteuse d'un label de qualité. La violation par un médecin de ce label jette la suspicion sur le métier et donc sur l'ensemble de la communauté. Dans la mesure où l'éthique professionnelle est un actif intangible qui a une importance considérable, violer la règle éthique expose l'ensemble de la profession au déshonneur car les médecins engagent leur probité mutuelle-

²⁴ En vertu de l'article L 382 du Code de Santé Publique, l'Ordre, en lieu et place de la justice pénale, a le pouvoir d'interdire d'exercer en cas de manquement grave aux règles déontologiques.

²⁵ Le serment médical se termine ainsi: « Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

ment. « *L'intégrité de la communauté médicale sert de norme pour le comportement de chaque praticien qui engage sa réputation solidairement* » [L. Ayache 1992, p. 116]. Chaque professionnel se sent investi d'une obligation vis-à-vis de l'autre. Il suffit alors qu'un seul médecin triche pour que le groupe soit sanctionné.

En diminuant ainsi l'incertitude sur le comportement des autres collègues, le groupe professionnel se consolide. Ce système émotionnel de sanctions collectives assure chaque médecin du respect de l'éthique professionnelle par tous les autres. En d'autres termes, la règle cognitive est respectée parce que la sanction émotionnelle est acceptée. La légitimité de l'éthique professionnelle tient à sa capacité à produire des sanctions qui apparaîtront, à tous, nécessaires à la définition du métier. Chacun est alors dispensé de s'interroger sur les autres membres de la même profession. Chacun se conforme aux règles de la profession et attend que les autres en fassent autant, parce que chacun a la même représentation de la profession.

La profession médicale s'appuie sur une éthique professionnelle qui présente deux versants : un versant cognitif qui permet son émergence et un versant émotionnel qui assure sa pérennité. Dans les deux cas, les professionnels s'appuient sur une représentation commune de la profession.

Pour que la coordination s'opère entre médecins, ces derniers doivent avoir la même représentation de leur collectif de travail. Pour accepter et ne pas trahir les normes de la profession, chacun doit escompter que les autres membres du groupe en fassent autant au nom d'une définition commune du métier. La norme existe car les individus adhèrent à un principe commun. C'est parce qu'il y a – au préalable – une représentation commune de la profession qu'il y a coordination. Les professionnels se coordonnent ainsi sur la base d'une éthique professionnelle qui tient lieu d'*a priori* commun. L'économie des conventions est une grammaire adéquate pour rendre compte de cet *a priori* commun.

Bibliographie

- Abbott A. [1983], « Professional Ethics », *American Journal of Sociology*, vol. 48, n° 5, p. 855-885.
- Axelrod R., [1986], « An Evolutionary Approach to Norms », *American Political Science Review*, vol. 80, n° 4, p. 1095-1111.
- Ayache L. [1992], *Hippocrate, Que Sais-Je ?* n° 2 660, PUF.
- Batifoulier P. [1992], « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 10, n° 1, p. 5-44.
- Batifoulier P. [1997], « Règles, conventions et régulation du système de soins » in ouvrage collectif, *10 ans d'avancées en économie de la santé*, John Libbey, p. 31-44.
- Boltanski L., Thévenot L. [1991], *De la justification. Les économies de la grandeur*, Gallimard.
- Carrère M.O. [1987], « Le médecin ambulatoire et la réalité économique », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 4, p. 201-221.
- Chiappori P-A, Orfali K. [1997], « Préférences et interactions : une mise en perspective », *Revue Française de Sociologie*, vol. 38, janvier, p. 429-464.
- Courent J.M. [1998], « L'éthique du dirigeant de petite entreprise », Thèse, Université de Montpellier 1.
- Cowan R., Foray D. [1998], « Économie de la codification et de la diffusion des connaissances » in P. Petit (Éd.), *L'économie de l'information : les enseignements des théories économiques*, La Découverte, p. 301-329.
- Defalvard H. [1997], « De la notion des difficultés posées par la théorie des jeux non coopératifs : quelques réflexions sur le progrès de l'analyse de l'équilibre », Communication au colloque *Qu'y a-t-il de nouveau dans la science économique ?* Nanterre, septembre.
- Dupuy J.P. [1989], « Convention et *common knowledge* », *Revue Économique*, vol. 40, n° 2, p. 361-400.
- Elster J. [1995a], « Rationalité et normes sociales : un modèle pluridisciplinaire » in L.A. Gérard-Varet, J.C. Passeron (Éds.), *Le modèle et l'enquête*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 139-148.

- Elster J. [1995b], « Rationalités et normes sociales », *Revue du MAUSS*, n° 6, deuxième semestre, p. 158-165.
- Elster J. [1996], « Rationality and the Emotions », *The Economic Journal*, n° 106, p. 1386-1397.
- Favereau O. [1989], « Marchés internes, marchés externes », *Revue Économique*, vol. 40, n° 2, p. 273-328.
- Favereau O. [1994], « Règles, organisation et apprentissage collectif » in A. Orléan (Éd.), *Analyse Économique des Conventions*, PUF, p. 113-137.
- Favereau O., Picard P. [1996], « L'approche économique des contrats : unité ou diversité ? », *Sociologie du Travail*, vol. 38, n° 4, p. 441-464.
- Freidson E. [1960], « Client Control and Medical Practice », *American Journal of Sociology*, n° 65, p. 374-382.
- Freidson E. [1984], *La profession médicale*, Payot.
- Freidson E. [1986], *Professional Powers : a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, The University of Chicago Press.
- Gadreau M. [1992], « Éthique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires », Communication au colloque européen *De l'analyse économique aux politiques de santé*, Paris, décembre.
- Gadrey J. [1995], « Éléments de socio-économie des relations de service », in A. Jacob, H. Vérin (Éds), *L'inscription sociale du marché*, L'Harmattan, p. 145-167.
- Geanakoplos J. [1992], « Common Knowledge », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n° 4, p. 33-82.
- Gilbert M. [1990], « Rationality, Coordination and Convention », *Synthèses*, vol. 84, p. 1-21.
- Gomez P.Y. [1997], « Information et conventions : le cadre du modèle général », *Revue Française de Gestion*, janvier-février, p. 64-77.
- Hosner L. [1994], « Strategic planning as if ethics mattered », *Strategic Management Journal*, vol. 15, p. 17-34.
- Isaac H. [1998], « Les normes de qualité dans les services professionnels : une lecture des pratiques à travers la théorie des conventions », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 1, n° 2, p. 113-135.

- Karpik L. [1989], «Le désintéressement », *Annales ESC*, n° 3, mai-juin, p. 733-751.
- Kreps D., [1990], « Corporate Culture and Economic Theory », in J.E. Alt, K.A. Shepsle, *Perspective on Positive Political Economy*, Cambridge University Press, p. 90-143.
- Lewis D. [1969], *Convention : a Philosophical Study*, Harvard University Press.
- Livet P., Thévenot L. [1997], « Mode d'action collective et construction éthique : les émotions dans l'action » in J.P. Dupuy, P. Livet (Éds.), *Les limites de la rationalité, tome 1 : « Rationalité, éthique et cognition »*, La Découverte, p. 412-439.
- Mangolte P.A. [1997], « La dynamique des connaissances tacites et articulées : une approche socio-cognitive », *Économie Appliquée*, n° 2, p. 105-134.
- Marchesnay M. [1998], «Confiances et logiques entrepreneuriales », *Économie et Société, Série Sciences de Gestion*, n° 8-9, p. 99-117.
- Masson R.T., Wu S. [1974], « Price Discrimination for Physicians' services », *Journal of Human Resources*, vol. 1, p. 313-321.
- Merchiers J., Pharo P. [1992], « Éléments pour un modèle sociologique de la compétence d'expert », *Sociologie du Travail*, n° 1, p. 47- 64.
- Mougeot M. [1986], *Le système de santé*, Économica.
- Mougeot M. [1994], *Système de santé et concurrence*, Économica.
- Nussbaum M. [1995], «Les émotions comme jugement de valeur », *Raisons Pratiques*, n° 6, EHESS, p. 7-16.
- Ordre des médecins [1998], «Code de déontologie médicale », février.
- Ordre des médecins [1998], « Commentaires du Code de déontologie médicale ».
- Orléan A. [1997], «Jeux évolutionnistes et normes sociales », *Économie Appliquée*, n° 3, p. 177-198.
- Pauly M.V., Satterthwaite M.A. [1981], « The Pricing of Primary Care Physician' Services : a Test of the Role of Consumer Information », *Bell Journal of Economics*, vol. 2, p. 488-506.
- Revue Économique [1989], *L'économie des conventions*, vol. 40, n° 2.

- Reynaud J.D. [1987], « Qualification et marché du travail », *Sociologie du Travail*, n° 1, p. 86- 109.
- Ricoeur P. [1996], « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre, p. 21-33.
- Rochaix L. [1989], « Information Asymmetry and Search for the Market for Physicians' Services », *Journal of Health Economics*, vol. 8, n° 1, p. 53-84.
- Rochaix L. [1997], « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, n° 129-130, p. 11-24.
- Rotillon G., Tazdait T., Zeghni S. [1999], « La coopération dans une perspective de jeux évolutionnistes », *Contemporary Political Economy*, à paraître.
- Ruffin R.J., Leigh E.E. [1973], « Charity, Competition and the Pricing of Doctors Services », *Journal of Human Resources*, vol. 8, p. 212-222.
- Salais R. [1989], « L'analyse économique des conditions de travail », *Revue économique*, vol. 40, n° 2, p. 189-240.
- Schelling T. [1960], *The Strategic of Conflict*, Harvard University Press.
- Schotter A. [1981], *The Economic Theory of Social Institutions*, Cambridge University Press.
- Sen A. [1993], *Éthique et économie*, PUF.
- Thévenot L. [1995], « Rationalité ou normes sociales : une opposition dépassée » in L.A. Gérard-Varet, J.C. Passeron (Éds.), *Le modèle et l'enquête*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 149-189.
- Ulmann-Margalit E. [1978], *The Emergence of Norms*, Oxford University Press.
- Woodward R.S., Warren-Boulton F. [1984], « Considering the Effects of Financial Incentives and Professional Ethics on Appropriate Medical Care », *Journal of Health Economics*, vol. 3, p. 223-237.
- Zweifel P. [1981], « Demande médicale induite par l'offre : chimère ou réalité », *Consommation, Revue de Socio-Économie*, vol. 4, p. 39-62.