

La critique de l'individualisme utilitaire et la déontologie médicale

The Critique of Utilitarian Individualism and Medical Ethics

François BOURRICAUD

Volume 21, Number 1, Spring 1989

Talcott Parsons : Relectures

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001093ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001093ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

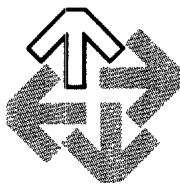
Cite this article

BOURRICAUD, F. (1989). La critique de l'individualisme utilitaire et la déontologie médicale. *Sociologie et sociétés*, 21(1), 25–38.
<https://doi.org/10.7202/001093ar>

Article abstract

Talcott Parsons took great care in examining the status of moral values and their place among social control mechanisms. This brought him to undertake a far-reaching critique of utilitarian individualism, based on the principle of the pursuit to maximize individual advantage. What is original in the point of view defended in *The Structure of Social Action* is the effort to explain the functioning of societies through their value systems. Research on the medical profession and the interaction between doctor and patient, as seen in Chapter X of *Social System*, made it possible for Parsons to show that illness imposes a set of moral obligations on the patient, the doctor and the family, which emerge on the metaphysical and religious plane. In his last writings on this theme which date from the end of the 1960s, Parsons explored the relationships between the sacred and health, between religion and ethics, between the crisis in religion and the crisis in ethics.

La critique de l'individualisme utilitaire et la déontologie médicale



FRANÇOIS BOURRICAUD

Talcott Parsons a consacré beaucoup de soin à examiner le statut des valeurs morales et la place qu'elles occupent parmi les mécanismes du contrôle social. Cette question apparaît dès *Structure of Social Action*. Ultérieurement, le fameux chapitre X du *Social System*, consacré à la profession médicale, apporte une contribution, sinon à la théorie de la morale, du moins à la théorie de la moralité. Enfin, dans ses derniers écrits, on trouve des indications très importantes qui auraient probablement gagné en netteté si Parsons avait eu le temps d'en simplifier et, parfois, d'en clarifier l'expression.

Le problème central de *Structure of Social Action* est posé dans les termes suivants : «la tradition culturelle européenne avec le poids qu'elle accorde à l'élément individualiste souligne la distinction et la séparation des individus qui composent la société, en particulier en ce qui concerne les fins qu'ils poursuivent. Il en a résulté une grande difficulté à élaborer des aspects les plus importants de la théorie de l'action qui concernent la systématisation et l'intégration des fins, notamment celles qui intéressent une pluralité d'acteurs» (p. 56). Pour Parsons, l'individualisme, non pas le sien, mais l'individualisme utilitaire verrait dans la société une pure et simple addition d'individus «distincts et séparés». Parsons cherche l'origine de cette orientation dans plusieurs traditions historiques. Il souligne le poids du christianisme, «religion de salut, qui se préoccupe avant tout du salut éternel de nos âmes singulières» (p. 53), mais aussi l'influence du droit romain avec son insistance à distinguer le privé du public, celle de la Réforme qui place directement le fidèle sous le regard de Dieu et le délie des médiations traditionnelles.

L'orientation individualiste ainsi entendue rendrait impossible une conception adéquate de l'ordre social. Mais Parsons se garde de jeter le bébé avec l'eau du bain. S'il aperçoit les difficultés de l'individualisme, il se rend compte aussi qu'il apporte un concours irremplaçable à notre compréhension de ce qu'à la suite de Weber il nomme l'«action sociale».

En nous proposant de considérer la société comme un tissu d'actes élémentaires (*unit-act*), l'individualisme a le mérite de reconnaître l'importance des «agents» ou «acteurs». Puisque ces acteurs sont individualisés, ils poursuivent des fins propres. Mais comme la réalisation de ces fins n'est pas immédiate, l'acteur est amené à distinguer entre fins et

moyens. Aussi Parsons se sent-il fondé à inscrire en épigraphe à son premier livre la citation de Weber selon laquelle toute réflexion (*denkende Besinnung*) sur l'action humaine est liée aux catégories de fin et de moyen.

Voilà ce que nous apporte le point de départ individualiste: peu de chose si l'on veut, mais une base de départ solide, irrécusable même si elle doit être dépassée. «La démarche en termes d'action est si ancienne et si vague qu'il est sans doute vain d'en faire un examen approfondi... Elle est profondément enracinée dans le sens commun et notre expérience de chaque jour ... et elle peut être regardée comme universelle et commune à tous les hommes» (p. 51). Mais à ce stade très initial de la réflexion, l'individualisme laisse dans l'obscurité quelques questions essentielles. Elles tournent autour du statut de l'individu. Quel est son rapport avec les autres individus? 1° Que voulons-nous signifier quand nous disons qu'il est «distinct et séparé»? 2° Quel est son rapport avec «sa situation»? Que devons-nous entendre par ce terme? Faut-il le tenir pour synonyme d'environnement? Quel est le rapport entre éléments «subjectifs» et éléments «objectifs» d'une situation? 3° Entre les moyens qui lui sont accessibles pour atteindre ses fins, comment l'individu décidera-t-il? À l'aide de quels critères choisira-t-il? 4° Les divers éléments auxquels l'individu est confronté — ses préférences et les contraintes de la situation — constituent-ils un système cohérent (*a closed system*)?

«Le système d'action caractérisé par les quatre propriétés suivantes: atomisme, rationalité, empirisme et caractère aléatoire des fins, nous l'appellerons ... l'utilitaire» (p. 60). Arrêtons-nous sur chacun de ces termes: un tel système est composé d'unités-actes isolées et le seul mode d'agrégation qui a cours dans un tel système est la juxtaposition de ces éléments isolés. Quant à la rationalité dont il s'agit, elle est exclusivement «instrumentale», pour employer un terme dont Parsons fera plus tard un grand usage. Le critère d'efficacité permet d'apprécier la congruence entre les fins que poursuit l'acteur et les moyens dont il dispose, et de déterminer les solutions qui satisferont le mieux à cette exigence. Ainsi entendu, ce critère de rationalité est marqué par un biais technico-économique. Il en résulte une place prépondérante accordée aux «faits» — ce qui conduit à la dépréciation de la «théorie» dans le domaine de la connaissance et des «valeurs» dans le domaine de l'action. Il en résulte aussi que les fins dernières ne sont que des *données* ne pouvant être «fondées en raison».

À propos des fins telles que les entendent les utilitaires, Parsons parle de *randomness*. Ce terme est-il bien choisi? D'abord pour la variante de l'utilitarisme que Parsons appelle lui-même «positivisme», les fins poursuivies par les individus ne peuvent pas être dites aléatoires puisqu'elles sont entièrement déterminées par des facteurs objectifs comme l'hérédité et l'environnement. Chez les utilitaires qui constituent l'autre branche du positivisme, «tout se passe comme si» les individus: 1° se considéraient comme absolument indépendants; 2° se soumettaient au seul critère d'une rationalité strictement hypothétique, étrangère à tout impératif catégorique; 3° se savaient astreints à des contraintes de situation «qui ne sont que ce qu'elles sont», dont grâce à la science et à la technique, ils sont en mesure de tirer le meilleur parti. S'il en est ainsi, pouvons-nous dire avec Parsons que les fins poursuivies par les individus ne peuvent être qu'aléatoires (*at random*)? En toute rigueur, on ne peut le dire, pour deux raisons au moins. D'abord, les fins subjectivement poursuivies par les acteurs individuels peuvent avoir été déterminées par les contraintes objectives de la situation. Des contraintes s'exercent sur l'acteur individuel sans qu'il le sache et sans qu'il les perçoive. Dans ce cas, l'acteur individuel est soumis à un ordre dont il n'est pas l'auteur et dont il n'a ni connaissance ni parfois la plus vague conscience. Un ordre existe donc. Mais cet ordre n'a pas été voulu par les acteurs, il leur est imposé.

Considérons maintenant le cas de deux ou plusieurs échangistes sur un marché. Les fins qu'ils poursuivent sont-elles *at random*? Ils cherchent à maximiser leur avantage propre. Mais chacun, dans la situation d'échange, ne peut y parvenir qu'à condition de *coordonner* son action avec celle de son partenaire. On voit mal en quel sens on pourrait

qualifier d'aléatoires des fins dont la réalisation dépend d'une telle coordination, surtout si elle exige des mécanismes du type de la «main invisible», lorsqu'elle ne repose pas directement sur la concertation délibérée des échangistes.

Ce que Parsons veut dire, c'est qu'à partir de telles situations on ne peut pas construire un ordre *social* ni rendre compte de sa constitution. Il suffit pour s'en rendre compte d'examiner les conditions très restrictives imposées par Pareto à la notion d'«optimum». Si nous la définissons en termes d'avantage individuel, une situation ne sera dite optimale que si elle est préférable à tout autre par tous les intéressés. À soumettre l'existence de l'ordre social à ces deux conditions (unanimité des individus sur la hiérarchie de leurs préférences) on limite l'usage du concept d'optimum aux situations triviales.

L'utilitarisme *stricto sensu* ne possède à l'égard de la diversité des situations sociales qu'un pouvoir d'arbitrage très limité; comme tous les critères strictement formels, le critère de Pareto nous dit mieux ce qu'il y a lieu de ne pas faire que ce qu'il y a lieu de faire. On serait tenté d'affirmer qu'il nous enferme dans une alternative. Ou bien il nous condamne à toutes les rigueurs de la procédure d'unanimité, ou bien il nous conduit à introduire dans l'ordre social des ingrédients comme la force ou la contrainte publique. Si nous voulons nous donner une conception plus adéquate de l'ordre social, il faut chercher ailleurs que dans la tradition utilitaire.

D'autant plus que l'utilitarisme *stricto sensu* conduit à une autre difficulté. Donnons-nous en effet des individus qui s'emploient à maximiser leurs avantages particuliers. Supposons en outre qu'ils soient animés des mêmes passions, qu'ils poursuivent la possession des mêmes avantages. Supposons enfin que les biens et services à la poursuite desquels ils sont engagés soient «rares». Nous avons la situation hobbesienne de la guerre de tous contre tous, laquelle ne peut se terminer que par l'abdication simultanée de tous les intérêts entre les mains d'un souverain absolu.

Si on le caractérise par la confrontation de préférences strictement individuelles, le «système utilitaire» oscille, à défaut du *deus ex machina* de la «main invisible». *Structure of Social Action* nous propose une alternative entre le «système utilitaire» ou plutôt entre les deux variantes dudit «système», l'utilitarisme *stricto sensu* et la variante «positiviste» qui affirme un déterminisme sans faille par le milieu et l'hérédité, et d'autre part ce que Parsons nomme la «théorie volontariste», qu'il élabore à partir des contributions de Durkheim et de Weber. Je ne suis pas certain que «volontariste» soit un terme bien choisi. Il suggère une création *ex nihilo*, une sorte de «génialité» charismatique très ambiguë dont Parsons se libérera ultérieurement. En fait, ce que Parsons suggère, c'est que dans l'élaboration de la théorie de l'action, l'apport essentiel de la sociologie classique a consisté à substituer au point de vue utilitariste des intérêts le point de vue des valeurs.

Si l'on consulte l'index de *Structure of Social Action* (édition de 1947), on s'aperçoit que le terme de valeur apparaît pour la première fois à la page 167 dans une discussion de la conception marshallienne des besoins. Sous ce terme, Marshall distingue ce que Parsons appelle trois éléments du système d'action. D'abord les besoins biologiques. Ensuite les besoins artificiels créés par les «dévergondages de la mode» (*wanton vagaries of fashion*). Enfin Marshall insiste sur ce qu'il appelle les «besoins ajustés aux activités» (*wants adjusted to activities*). Cet «ajustement», on peut aussi l'appeler «institutionnalisation». Parsons n'utilise pas ce terme, mais il reconnaît aux «activités» prises au sens marshallien une dimension institutionnelle. Elles constituent un idéal de conduite cohérent, non pas une collection disparate de vertus mais l'expression d'une seule et même éthique. Cette «*one single ethic*» est souvent prise pour synonyme de «*normative order*» qui se caractérise par sa compréhensivité, sa généralité et par son caractère obligatoire. Et il ajoute: «Les vertus économiques ne sont pas des vertus distinctes, elles constituent un système de comportement vertueux.» Aussi Parsons se croit-il autorisé à rapprocher les «activités» marshalliennes de ce que Weber appelle l'«*esprit* du capitalisme». Selon Parsons (p. 164, note 1), Weber, comme Marshall, considère «l'obligation *éthique* de travailler» (les

italiques sont de F. B.) comme une condition essentielle de fonctionnement d'un ordre économique fondé sur l'individualisme. Un système de valeurs, au sens où Parsons prend ce terme dans *Structure of Social Action*, c'est un ensemble de préférences obligatoires ou du moins contraignantes, caractéristiques des diverses sociétés où elles sont accréditées.

L'originalité du point de vue défendu dans *Structure of Social Action*, c'est l'effort pour expliquer le fonctionnement des sociétés par leur système de valeurs. On voit mieux maintenant pourquoi Parsons qualifie de «volontariste» sa théorie de l'action. Elle n'est évidemment pas utilitariste, puisqu'elle dénonce l'«instabilité» de l'utilitarisme, pour ne pas dire l'incohérence. Elle n'est pas davantage positiviste puisque, fidèle à l'inspiration webérienne, elle rejette l'explication déterministe par l'environnement et l'hérédité. Mais elle n'est pas non plus idéaliste. Les valeurs qui intéressent le sociologue ne sont pas des Idées platoniciennes ou encore, pour citer Whitehead, des «*eternal objects*» affranchis des limitations de l'espace et du temps. Elles ont une histoire, soumises qu'elles sont aux fatalités de la naissance et de la corruption. Elles ne sont efficaces qu'appuyées sur un système de sanctions géré par les autorités et les institutions de la société dont elles assurent la vigueur.

Dans *Structure of Social Action*, les systèmes de valeurs dont traite Parsons sont avant tout des valeurs religieuses. Sur ce point, Parsons suit l'enseignement de Durkheim comme celui de Weber. Du traitement qu'il réserve aux fameuses études de Weber sur le protestantisme, sur le judaïsme, sur l'Inde et sur la Chine, comme de l'analyse qu'il consacre à Durkheim, on peut dégager quelques traits qui caractérisent sa conception du phénomène religieux. D'abord, les diverses religions nous proposent des réponses *d'ensemble* aux plus vastes questions concernant la condition humaine. En deuxième lieu, elles ont un rapport étroit avec des pratiques prescrites: les rites. En outre, croyances et rites sont marqués par le sceau du sacré. À ce titre, ils exercent sur nous une pression qui nous oblige à nous *conformer* à certains dogmes et à certaines conduites. Enfin, les grandes religions mondiales (les *Weltreligionen* de Weber) nous offrent à la fois des techniques du salut individuel et des règles d'action qui régissent la vie quotidienne. Elles nous invitent au salut par le mysticisme ou par l'ascèse, mais elles interviennent aussi pour nous recommander l'épargne ou nous interdire le prêt à intérêt. Ce sont les valeurs, dans la mesure où elles bénéficient d'une expression et d'une sanction religieuses vécues à la fois dans une expérience de salut personnel et à travers l'appartenance à une secte ou à une église, qui constituent la clef de voûte du système social.

Nous voilà bien loin de la tradition utilitaire dont la discussion occupe les premiers chapitres de *Structure of Social Action*. Mais, à la différence de ce qui a lieu chez Durkheim, et notamment dans *La division du travail* où la polémique contre l'économisme et l'individualisme conduit à une conception rigide du «fait social» et de la sociologie, il n'y a chez Parsons nul renversement du pour au contre. La condamnation de l'utilitarisme ne conduit nullement Parsons à une condamnation unilatérale de l'individualisme. Si l'individualisme utilitaire est exclu, la porte reste ouverte à toute forme d'individualisme créditant l'acteur d'une capacité de réflexion et de combinaison qui ne s'exerce pas seulement selon le critère de l'efficacité, mais qui prend aussi en compte les autres dimensions de l'action humaine.

Avant de tenter une présentation systématique de ces dimensions dans sa théorie des «*pattern variables*» et des quatre fonctions, Parsons esquisse dans *Structure of Social Action* une différenciation des formes et des domaines de l'action. En particulier, il cherche à distinguer le domaine de la religion de celui de la morale, en même temps que sont indiqués les points d'articulation et de passage de l'une à l'autre. Les traits qui caractérisent la vie morale sont, selon le Parsons de *Structure of Social Action*, l'autonomie du sujet, l'obligation qui s'attache au commandement, la prétention universalisante de la Loi. Affirmer que le sujet moral est autonome, cela ne veut pas dire que chaque sujet en particulier est fondé à se donner à lui-même et moins encore aux autres sa propre loi.

Un sujet autonome est celui qui se gouverne par ses propres lois, non pas qu'il les ait faites lui-même, mais parce que raisonnablement il est amené à reconnaître qu'elles l'engagent à certaines choses et le détournent de certaines autres. Cet engagement, ou cette obligation, ne sont pas de la même nature que la force des choses, la violence du plus fort sur le plus faible ou le calcul intéressé. Enfin, la loi morale n'est pas une loi universelle, comme les vérités scientifiques. Chaque loi morale ne s'applique qu'à un nombre limité de cas individuels. Mais le particularisme des attachements moraux ne retire pas toute valeur à ces attachements.

L'expérience morale se distingue de l'expérience religieuse à la fois par la nature des groupes dans lesquels elle est vécue et par la nature du lien en vigueur dans ces groupes. Un groupement professionnel, une famille ne sont pas la même chose qu'une Église ou qu'une secte. L'appel d'un message charismatique n'est pas analogue à l'autorité morale d'une déontologie professionnelle, même si l'un et l'autre ne sont en aucune manière réductibles au calcul utilitaire.

* * *

C'est à travers la sociologie des professions et d'abord la sociologie médicale que Parsons a abordé, presque au début de sa carrière, l'analyse de l'autorité morale. Et c'est sur le cas de la pratique médicale qu'il discute une question qui est peut-être l'une des plus essentielles pour l'analyste des sociétés industrielles : l'individualisme utilitaire suffit-il à rendre compte du fonctionnement des déontologies professionnelles ? Celles-ci se légitiment-elles seulement en termes de compétence et d'utilité ? Dans *Structure of Social Action*, la question morale est d'abord abordée négativement à travers la critique d'un utilitarisme tenu pour incapable de rendre compte des obligations les plus essentielles. Positivement, la morale est vécue comme l'attrait qu'exercent sur nous certaines valeurs, certaines représentations qui nous motivent à accomplir certains actes, à nous conformer à certains impératifs que nous reconnaissons comme légitimes et bien fondés, ou même dans lesquelles nous discernons une exigence d'accomplissement et de dépassement. Mais dans le temps où Parsons, sur les traces de Durkheim et de Weber, insistait sur la dimension morale de l'action, il entreprenait vers la fin des années 1930 une enquête sur la profession médicale dont les résultats sont consignés dans le célèbre chapitre X du *Social System*.

La relation thérapeutique est envisagée d'un point de vue interactionniste. Ce n'est pas l'organisation hospitalière qui intéresse d'abord Parsons, même si son enquête fut d'abord conduite au General Hospital de Boston. C'est le rapport entre le malade et le médecin lorsqu'un problème de santé est suffisamment sérieux pour requérir l'intervention d'un expert. La situation thérapeutique, même si le plus souvent elle est vécue des deux côtés, par le médecin comme par le malade, sur le mode de la routine et de la banalité, est au moins potentiellement une situation à risques qui réclame des parties concernées engagements et décisions.

La maladie n'est pas seulement un état, c'est un rôle social qui impose au malade, à sa famille, au médecin, un ensemble d'obligations *morales* qui débordent même la morale *stricto sensu* pour déboucher sur le plan métaphysique et religieux. Vis-à-vis de lui-même, et sans doute aussi de ses parents et amis, le malade est soumis à une obligation, celle de se soigner. La complaisance face à la maladie peut devenir la source de « gains secondaires » à coloration névrotique. En outre, le refus de se soigner, surtout dans le cas des maladies contagieuses, peut entraîner des externalités négatives non seulement au détriment de ses proches, mais de la collectivité tout entière. Pourtant la volonté de guérir, si fortement soulignée et institutionnellement sanctionnée soit-elle, est contrebalancée par une obligation complémentaire à la charge des parents du malade et du médecin lui-même. En effet le malade n'est pas responsable de sa maladie. D'abord, on ne peut exiger de lui qu'il s'acquitte de toutes ses obligations comme s'il était en bonne santé. Il est

vrai que si la maladie dont je souffre est la suite prévisible de mes imprudences, de mon inconduite ou de mes vices, je risque de faire l'objet d'une censure. Mais de l'alcoolique parvenu à la phase terminale d'une cirrhose, on serait certainement mal venu de dire: «Il n'a que ce qu'il mérite.» D'abord le malheur qui s'abat sur lui n'est pas une sanction puisque de nombreux ivrognes échappent aux séquelles de leur intempérance. Ensuite, le moraliste est le plus souvent incapable d'apprécier les circonstances qui ont fait d'une personne un alcoolique. Bref, la «compassion» est requise vis-à-vis du malade.

Le médecin n'est pas seulement tenu à une attitude plus ou moins diffuse de bienveillance. Il doit mettre en œuvre un ensemble de règles qui constitue une déontologie. La première obligation du médecin est de soigner le malade et il s'agit d'une obligation très forte, la première de celles que, selon le serment d'Hippocrate, le médecin doit accomplir. Elle a un double fondement, l'un juridique, qui expose le médecin défaillant aux sanctions les plus sévères, l'autre presque religieux dans la mesure où la vie, considérée comme une valeur primordiale, doit être protégée à tout prix.

Le médecin et le malade partagent une même valeur qu'ils placent l'un et l'autre au sommet de toutes celles qui régissent leurs rapports. La santé, sa restauration ou sa conservation, constitue pour l'un comme pour l'autre l'objectif commun. Naturellement, la santé n'a pas la même signification pour le médecin et pour le malade. Être malade entraîne une série de privations, une incapacité plus ou moins étendue et plus ou moins prolongée. Soigner un malade suppose au contraire une aptitude très active, une excellence spéciale dont la possession et l'exercice sont une source de satisfaction et de prestige. Mais les valeurs attachées à la santé font du rapport thérapeutique un rapport coopératif. Les médecins sont en concurrence sous des formes d'ailleurs très réglementées. Mais ils ne sauraient sous aucun prétexte «tirer profit» du malade. Rendre la santé à un malade ne retire au médecin aucun avantage ni relatif ni absolu, tandis que le capitaliste gagne de l'argent aux dépens de ses clients, de ses salariés ou d'autres capitalistes.

On peut même affirmer que dans le couple thérapeutique chacun a besoin de l'autre: même compte tenu de leur inégalité de compétence technique, malade et médecin sont des partenaires. Le médecin n'a pas seulement «besoin» du malade s'il veut éviter que son cabinet ne reste vide. Dans un sens plus radical, le médecin a besoin des bonnes dispositions du malade à son égard, pour contribuer à la «bonne fin» du traitement qu'il a prescrit. Le pouvoir dont dispose le médecin est d'autant plus limité que le malade, étant libre de choisir son médecin, peut à sa discrétion mettre fin à la relation thérapeutique. L'emprise du médecin relève donc plus de l'influence que du pouvoir.

C'est seulement dans la mesure où la médecine serait une pure technique régie par le principe du *one best way* que le malade serait totalement passif et impuissant. Toutefois, la maîtrise des techniques de la santé est très imparfaite. Par ailleurs, chaque malade est un cas dont la solution doit prendre en compte les circonstances particulières; la situation de famille du malade, ses dispositions et ses attentes. Chaque «cas», surtout s'il combine un degré élevé de risque et de singularité, comme on le voit lorsqu'il s'agit d'opérer ou d'engager le malade dans un traitement long, pénible, coûteux et incertain, appelle donc une décision et engage la responsabilité du décideur — individuel ou collectif.

La relation thérapeutique est une affaire sérieuse, à la fois en raison de ses enjeux, mais aussi de la complexité de ses procédures qui sont bien loin de garantir le résultat annoncé ou escompté. Le risque inclus dans cette relation est inégal pour les parties en cause. Une erreur de diagnostic, une thérapeutique mal calculée envoient le malade *ad patres*. Même si le médecin n'est soumis ni aux mêmes risques ni aux mêmes aléas, il n'est point à l'abri de tout choc en retour. Bien entendu, dans certaines maladies il peut être exposé à certains risques de contamination. Mais outre qu'en cas d'échec il peut être affecté dans sa réputation, il peut aussi, dans la mesure où il n'est pas insensible à ce qui advient à ses malades — surtout lorsqu'il se voit imputer, à la suite d'une erreur, de

légèreté ou de malchance, un dénouement fatal ou des souffrances inutiles — se faire d'amers reproches, même si sa responsabilité n'est pas juridiquement engagée.

L'institutionnalisation du rapport thérapeutique est rendue possible grâce à un échange de sanctions positives et négatives qui protègent les deux partenaires contre les risques d'exploitation et de séduction mutuels. De la part du médecin, il existe une obligation stricte d'*aider* le malade et cette obligation est spécifique et limitée. L'aide dont il s'agit ouvre un droit à un certain degré de tolérance et de permissivité. Le malade est autorisé à se confier, à chercher sinon des promesses que le médecin serait imprudent de faire, du moins des encouragements et une approbation pour la manière dont, quoiqu'il lui en coûte, il suit les prescriptions du praticien: «Vous êtes courageux... Vous ne nous plaignez pas! ... Vous ne trichez pas avec votre traitement!» L'indulgence à laquelle a droit le malade a pour contrepartie sa docilité. Le malade est requis de laisser le médecin pratiquer certains examens de telle ou telle partie de son corps, de répondre à certaines questions embarrassantes. D'autre part, du côté du médecin, les tentatives du malade pour l'attendrir et éventuellement le séduire doivent être contenues par le médecin qui verrait le contrôle de la situation lui échapper s'il se laissait prendre à ce jeu. La «distance», à condition qu'elle soit préservée, circonscrit le domaine où peut s'exercer légitimement le transfert affectif entre le malade et le médecin. Parsons parle ici de «*denial of reciprocity*». Autant que le refus de réciprocité, on pourrait évoquer le refus du médecin de laisser s'installer entre son malade et lui une relation strictement égalitaire.

La coopération du malade avec le médecin n'est assurément pas la seule condition pour que le malade guérisse. Mais elle est parfois essentielle. Il faut donc que les deux partenaires soient en prise l'un sur l'autre, mais aussi qu'ils soient protégés contre les risques d'exploitation mutuelle. Manifestement, ces risques sont plus graves d'un côté que de l'autre. Un médecin incompetent peut exploiter son malade non seulement en lui extorquant des honoraires injustifiés, mais en l'engageant dans une cure qui peut parfois avancer l'heure de sa mort. En somme, il faut protéger le malade et sa famille du médecin incompetent ou indélicat. Il faut aussi protéger le malade contre les manœuvres de tierces personnes malveillantes, surtout dans le cas de maladies contagieuses ou «honteuses» dont la révélation pourrait l'exclure et le mettre au rencart.

Tout pouvoir pose une question de légitimité. Il ne peut pas être exercé sans contrôle. La morale dans son expression la plus objective, celle d'une déontologie, consiste à exercer un contrôle sur certaines pratiques. Ce contrôle prend des formes multiples et s'exerce à des niveaux différents. Le médecin est soumis au jugement de l'opinion. Il existe un marché qui consacre la réputation des praticiens. Cette opinion est faillible, mais elle fournit un certain nombre d'informations vérifiables par les clients sur la diligence, la disponibilité et même sur certains aspects de la compétence du médecin. Les «confrères» ont aussi une opinion sur leurs pairs qui n'est pas sans déteindre sur celle du public. Jusqu'ici il s'agit d'une surveillance diffuse. Toutefois, le médecin peut avoir à s'expliquer devant des instances spécialisées, soit les tribunaux si sa responsabilité est en cause, soit sa corporation. La «bonne» pratique telle qu'elle est formulée dans une déontologie plus ou moins codifiée est pour ainsi dire protégée par une hiérarchie de contrôles différenciés qui se complètent et se renforcent.

Cependant, la police de la profession dépend également des dispositions subjectives des parties concernées par la relation thérapeutique. Un «bon» médecin doit être *motivé*, non point seulement dans le sens qu'il est *intéressé* par sa profession, qu'il prend plaisir à exercer ses responsabilités, mais encore parce qu'il les prend au sérieux. Parsons dit que le médecin a «*intériorisé*» les normes de sa profession. C'est d'ailleurs une caractéristique de toutes les activités professionnelles de sous-entendre l'intériorisation des normes qui les régissent. Le travailleur taylorien qui répète indéfiniment le même geste sur la chaîne de montage n'intériorise pas le schéma de ce geste de la même manière que le médecin «*intériorise*» son rôle. L'ouvrier taylorien se borne à faire ce qu'on lui a appris, c'est-à-

dire reproduire point par point le modèle, la combinaison de mouvements dont il recopie pour ainsi dire l'enchaînement. S'il rate sa pièce, il sera peut-être déplacé ou renvoyé. Mais le médecin qui laisse mourir son malade par négligence ou incompétence peut éprouver du remords, comme il éprouvera de la fierté s'il le sauve d'une maladie réputée incurable. Le professeur, face au succès ou à l'échec d'un de ses élèves, est amené à s'interroger sur la part de responsabilité qui lui revient dans ce cas. La manière dont il exécute son rôle a un retentissement direct ou indirect sur sa personnalité. C'est le premier sens tout à fait légitime dans lequel on peut parler d'intériorisation de la norme professionnelle. Mais intériorisation n'est pas synonyme d'assimilation. Aucun processus d'apprentissage ne peut faire que le professionnel puisse devenir la norme. Celle-ci n'est pas efficace par elle-même, elle nécessite le concours de l'acteur qui est bien plus qu'un support ou qu'un vecteur.

Concernant l'intériorisation de la norme, on peut se la représenter de deux manières. La première serait, au sens banal du terme, celle des fonctionnalistes. Ce n'est pas la démarche de Parsons. La norme serait intériorisée parce qu'elle assure le «bon fonctionnement du service». Ainsi «le Système» — le capitalisme, par exemple — aurait besoin de «bons» médecins pour assurer le rendement optimal des salariés. Ce *requisit* fonctionnel exige des médecins qualifiés, compétents, et qui ne se laissent point attendrir par les «états d'âme» du malade. De la même manière, l'enseignant transmet le savoir socialement utile, c'est-à-dire utile aux dominants, et veille à ce que l'élève s'intègre le plus rapidement possible à la vie active. La démarche de Parsons est entièrement différente. Il ne conteste point que le médecin rende service au malade ni même que la société — à supposer qu'on puisse la considérer comme une entité concrète — tire avantage de la bonne santé de ses membres. Mais ni ce service ni cet avantage ne peuvent être, sinon par convention, tenus pour équivalents à leur coût ou à leurs avantages pécuniaires. La santé est souvent jugée en elle-même comme un Bien. Et même si nous refusons à la santé cette qualité de Souverain-Bien, la vie que le médecin se propose de conserver au malade est affectée d'une priorité qu'un strict calcul des plaisirs et des peines ne suffit pas toujours à lui assurer. Ce qui fonde la hiérarchie des contrôles garantissant la moralité des professions doit être recherché du côté des valeurs et, si j'ose dire, au-delà des valeurs elles-mêmes.

C'est l'examen de la relation thérapeutique qui a permis à Parsons de pousser assez loin l'analyse du phénomène normatif. Deux solutions avaient été rejetées dès l'époque de *Structure of Social Action*. D'abord il n'est pas possible, à moins d'en limiter l'application à des situations triviales, de construire l'ordre social à partir de choix individuels soumis au critère d'unanimité. Il n'est pas possible non plus de considérer les systèmes normatifs comme de simples décalques de contraintes objectives — physiques, biologiques ou techniques. La nature soumet l'action humaine à un ensemble de contraintes plus ou moins rigoureuses. Mais ces contraintes sont symboliques. Pour les acteurs, elles ne prennent tout leur sens, et par conséquent toute leur efficacité, que si elles sont transposées dans un langage symbolique, en un code. On le voit dans le cas de la profession médicale. L'action thérapeutique est symbolique d'abord au sens où la pharmacopée et les interventions chirurgicales obéissent à un code qui, par une combinaison intelligente de diverses substances ou de diverses opérations, construit à partir d'une situation brute un schéma stratégique, un plan de bataille éventuellement propre à redresser, puis à renverser la situation au profit du malade. Mais l'action du médecin peut être dite symbolique en un deuxième sens qui intéresse plus directement le sociologue. Elle permet d'actualiser une valeur, la santé, c'est-à-dire la capacité que possède l'individu de jouir de certains attributs attachés à la personne humaine.

Non pas que toute la philanthropie se réduise à l'action thérapeutique, toutefois. Mais il serait sans doute plus absurde encore de rêver d'un peuple de thérapeutes que d'un peuple de prêtres. La réflexion sur l'action thérapeutique nous fait sûrement progresser dans la compréhension du phénomène normatif. D'abord il existe une forte liaison —

qui va dans les deux sens de la relation — entre le système normatif et le système des valeurs. Le médecin n'est obéi que parce qu'il veut le bien du malade. Et dans une certaine mesure le bien du médecin et le bien du malade sont une même chose: la récupération de la santé par le malade. Cependant la santé, quelle que soit la richesse des connotations sous lesquelles cette valeur nous apparaît, n'est qu'un mot si sa protection et sa restauration ne sont pas rendues effectives par un ensemble coordonné de commandements, d'interdits, de mises en garde et d'admonitions.

Aussi la généralisation du modèle thérapeutique aux autres professions, notamment l'éducation ou le barreau, est-elle extrêmement tentante. Parsons n'a jamais traité du problème de l'autorité pour lui-même, bien qu'on puisse trouver une esquisse de cette théorie dans son article sur le pouvoir et dans celui sur l'influence. J'aimerais pourtant souligner quelques propositions qui se dégagent, me semble-t-il, de son œuvre. Le modèle normatif dominant, reconnu pour légitime dans nos sociétés, n'est ni celui de la contrainte physique ni celui du contrat ou du marché, mais bien celui de l'autorité professionnelle¹ dont les deux expressions les plus achevées se trouvent dans la relation thérapeutique et dans la relation pédagogique qui, en plusieurs points, se recoupent.

Pour revenir à notre question initiale, nous disposons maintenant de quelques éléments de réponse. Que devons-nous supposer quant à l'acteur individuel pour expliquer qu'il soit capable d'exercer une autorité du type professionnel — ou de s'y soumettre? Les conditions qui rendent possible la complémentarité asymétrique entre celui qui exerce l'autorité et celui qui se prête à cet exercice, débordent manifestement les perspectives du calcul utilitaire. Cette autorité se perd, pour l'acteur individuel, dans la pénombre impénétrable qui enveloppe notre naissance et notre mort, et s'appuie sur la solidarité des générations. Elle touche à ce que Parsons nomme le *sacré* et où de plus en plus il se refusera à voir un ordre radicalement séparé de notre expérience, même dans ce qu'elle a d'infra-humain et peut-être même de non humain. Tel apparaît le thème parsonien par excellence dans les derniers écrits de 1977: entre l'obscurité de ses origines et de sa «condition» et la clarté proprement aveuglante où il ne peut pas discerner ni se représenter les fins ultimes de son activité, dans cet entre-deux, l'acteur est responsable et condamné par sa liberté à aller jusqu'au bout de ses *obligations*.

Arrêtons-nous afin de consolider en quelque sorte les résultats que nos analyses antérieures sur la profession médicale nous ont permis d'atteindre. Nous pourrions alors les confronter aux positions sur l'individualisme utilitaire énoncées dans *Structure of Social Action*. Toute sa vie, Parsons a cherché du côté de la profession médicale l'archétype de l'autorité professionnelle. Un deuxième trait, tout aussi constant de sa démarche, c'est qu'il a vu dans l'autorité professionnelle la forme normale de l'autorité légitime dans les sociétés industrielles. À cet égard, il prolonge l'inspiration durkheimienne tout en la modifiant sur un point essentiel. Tandis que Durkheim, en digne républicain à la Jules Ferry, confie à l'École le dépôt des espérances qu'il place dans l'éducation morale, Parsons, au fur et à mesure qu'il avance dans sa carrière, a tendance à voir dans le traitement «professionnel» des problèmes sociaux la méthode par excellence de la résolution des conflits.

Encore faut-il préciser ce qu'il entend par un traitement professionnel des problèmes sociaux. En aucun cas professionnel ne doit être pris pour synonyme de technocratique. L'accroissement du *pouvoir* effectif de l'expert dépend de plus en plus non pas de sa seule compétence, mais de sa capacité de convaincre, c'est-à-dire de son influence. C'est ce que suggère l'évolution récente de la pratique médicale. Le médecin peut de plus en plus pour le malade. Certes, il ne peut pas tout, et notamment lui assurer une survie indéfinie et en tous points, notamment sous le rapport de la durée et de la «vivabilité»,

1. F. Bourricaud, «Individualistic Mobilization and the Crisis of Professional Authority», *Daedalus*, printemps 1979, p. 1-20.

conforme aux désirs et aux attentes du patient. Mais à la suite des progrès de l'anesthésie, de la chirurgie, grâce aux transplantations d'organes, la médecine parvient souvent à reculer les échéances et à prolonger dans des conditions tolérables des vies condamnées.

Corrélativement, le caractère problématique de l'existence nous est rendu de plus en plus sensible. La mort continue à être une fatalité, mais au fur et à mesure que les diverses techniques parviennent à l'apprivoiser, l'échéance pose au médecin, au malade, à ses parents, à ses ayants droits, des problèmes de plus en plus délicats. Opérer ou ne pas opérer, appliquer tel ou tel traitement pénible et prolongé sont des *décisions* qui n'intéressent pas seulement le malade, mais qui mettent en jeu d'autres intérêts que les siens, même si ses intérêts ont priorité sur ceux des tiers. La décision acquiert ainsi une dimension collective. Elle clôt un échange d'informations, une consultation complexe à partenaires multiples. Elle engendre des «externalités» qui débordent le huis clos du patient et du médecin. Plus nous mettons de soin à discerner les «externalités» d'une décision dont l'enjeu est la survie, ou même simplement la récupération à pleine capacité du malade, plus grande est la place qu'à côté des considérations purement techniques il faut reconnaître à diverses «raisons de convenance» où la sensibilité, la morale, finissent par peser d'un grand poids.

L'autorité professionnelle prescrit un certain nombre d'obligations au médecin, mais aussi au malade. En corollaire, elle ouvre aux partenaires de la relation thérapeutique un certain nombre de droits. D'ailleurs, droits et devoirs se déterminent et se limitent mutuellement. Le maintien d'une certaine «distance» n'est pas seulement un devoir du médecin qui ne doit pas «abuser de sa position» vis-à-vis de son patient, surtout s'il s'agit d'un client de sexe opposé. Cette règle s'applique également dans le cas du patient qui ne doit pas chercher à attendrir ou à séduire le praticien, même hors de toute arrière-pensée sexuelle. Pareillement, ce que Parsons appelle une «communication privilégiée» est indispensable pour que le flux d'informations nécessaires à la bonne fin de la relation puisse circuler sans risque pour les parties en cause. Dans la majorité des cas, l'application de ce code a lieu en douceur. La raison en est que ces règles sont jugées, pour l'essentiel, conformes à l'intérêt *bien compris* des parties en présence. Elles se fondent sur une réciprocité de concessions et de privilèges explicitement finalisés: souci du bien commun, qui est le retour du malade à la santé.

Le «mauvais» capitaliste est soupçonné d'«exploiter» la main-d'œuvre. Quelle que soit la banalité d'une telle accusation, je doute que même chez les tenants de ce que dans les années 1970 on appelait la sociologie «critique», la médecine ait été présentée en bloc et sans restriction comme une pure et simple technique d'«exploitation» au service de la «classe dominante» et de sa «reproduction». Mais il y a plusieurs façons d'entendre le «bien commun». Même si l'on dit que le médecin est d'abord «au service» du malade, la nature de ce service, ce qu'il exige du praticien, ne se révèle pas toujours avec évidence. Les déontologies, comme les autres systèmes normatifs, peuvent être affectées de faiblesse ou d'obscurité ou des deux à la fois. Lorsque l'exercice de l'autorité professionnelle donne lieu à controverses, comme c'est le cas aujourd'hui à propos des greffes d'organes ou du contrôle de la fécondité, l'observateur commence par imputer cette crise à l'écart entre les contraintes où l'espèce humaine était traditionnellement enserrée dans l'exercice de ses activités sexuelles et reproductrices et le formidable accroissement de pouvoir que lui ont apporté les progrès de la biologie contemporaine. Toutefois, la crise actuelle de la déontologie médicale a sans doute d'autres origines que l'explosion des biotechnologies.

À l'égard de la déontologie médicale, on peut présenter une interprétation positiviste dans le droit fil de l'individualisme utilitaire. On verra dans cette déontologie un ensemble de règles fondées sur l'état de la science à un moment donné de son développement. Ainsi non seulement on rendra compte de «l'écart de compétence» (*competence gap*) entre le patient et le médecin, mais on justifiera aussi la supériorité du médecin, qui en sait plus, et vis-à-vis duquel le malade est invité à faire preuve de docilité! Toutefois, et

c'est l'argument que formule Parsons dans le chapitre X du *Social System*, le dévouement du médecin constitue une donnée d'une autre nature que la compétence positive. Le dévouement ou, si l'on préfère, l'altruisme est une valeur qui engage d'autres ressources que la compétence technique. Parsons a insisté sur l'impossibilité de réduire à la recherche de l'avantage monétaire individuel les motivations qui animent le chef d'entreprise capitaliste et il ne pouvait manquer, dans le cas des professions médicales, de souligner l'importance des motivations «désintéressées».

Cependant, il est allé beaucoup plus loin. Il ne s'est pas contenté, comme dans ses premiers travaux, de rattacher l'aspect normatif des déontologies professionnelles à certaines des «motivations» qui animent les acteurs individuels dans l'exercice de leurs rôles. Il s'est employé à faire le lien entre le système normatif qui régit la pratique morale *stricto sensu* et les présupposés qui lui servent de références et de garants ultimes. Tout le monde conviendra, même les gardiens les plus endurcis de la variante utilitaire de la tradition positiviste, qu'une déontologie professionnelle n'est pas pleinement autonome par rapport aux autres systèmes normatifs. La «profession» ne tranche pas souverainement tous les conflits qui peuvent surgir entre ses membres ou entre les professionnels et leurs clients. Les tribunaux peuvent avoir leur mot à dire. Aujourd'hui, les autorités politiques sont de plus en plus requises de réformer des lois ou des règlements «dépassés». C'est le cas en ce qui concerne l'avortement, les greffes d'organes, la définition de ce qu'il y a lieu d'entendre par coma profond et par mort. Mais la déontologie médicale n'est pas seulement soumise à des interférences légales ou politiques. Elle est concernée par des tabous qui mettent en évidence son lien avec ce que l'on nomme éthique.

La vogue récente et croissante de ce terme aussi bien en anglais qu'en français appellerait une analyse sémantique. Pourquoi parler d'éthique quand à première vue le vieux terme de morale ferait l'affaire? J'y vois deux raisons. D'abord, le mot «morale» est d'une ambiguïté évidente. D'un côté la morale, ce que Montesquieu nommait les «mœurs et les manières», est un ensemble de conduites et de règles de conduite qui, dans la mesure où elles sont soumises à l'analyse relativisante des ethnologues, se trouvent par le fait dépourvues d'une autorité incontestable. «Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà.» D'autre part, la morale, c'est aussi une obligation qui, en raison de sa seule forme, s'imposerait catégoriquement et universellement. Je soupçonne dans la diffusion du mot «éthique» un effort pour faire passer un changement de mœurs pour la révélation ou la création de «valeurs» ou de «droits» nouveaux qui s'imposeraient comme idéal ou exigence «incontournables».

Au lieu d'emprunter ces voies détournées, Parsons va droit au but. Non content de mettre en lumière leur composante «altruiste», ou «idéaliste», il dégage le plus clairement possible les racines *religieuses* de la déontologie médicale. À cet égard, il faut souligner l'importance de deux textes: «*Health and Disease*» et surtout «*The gift of Life and its reciprocation*». Dans le premier article, la santé est traitée comme une valeur laïque alors que dans le second la vie est traitée comme *sacrée*. Si l'on rapproche la santé d'une valeur diffuse comme le «bien-être», on peut la caractériser comme une qualité qui conditionne et sanctionne à la fois un certain niveau de performance de nos capacités et de nos activités. À ce titre, la santé est un bien auquel chacun est autorisé à prétendre. La santé est un *bien public*, non pas seulement au sens où tout le monde désire être en bonne santé! En temps d'épidémie, il est difficile d'éviter la contagion si la maladie, ayant atteint une certaine vitesse de propagation, rend inévitable le contact entre des sujets sains et des sujets contaminés. Mais lorsque les apôtres des «droits sociaux» parlent d'un «droit à la santé», ils s'expriment sans réelle rigueur. L'État peut garantir la gratuité des soins à tout ou partie de la population. Il ne peut pas s'engager à ce que tous les citoyens soient bien portants «du berceau à la tombe».

Dira-t-on que la santé est une valeur *sacrée*? On aurait beaucoup de peine à l'affirmer. Nous voyons bien des gens sacrifier leur santé non seulement à leur ambition ou à leurs

plaisirs, mais aussi à des causes ou à des valeurs qu'ils jugent supérieures. Dans ce dernier cas, le jugement moral hésite. Toutefois il semble bien, à première vue du moins, que le médecin n'ait pas lieu d'hésiter, sa tâche, son «devoir», est de rendre la santé au malade. Pourtant, si nous y regardons de plus près, nous ne tardons pas à ressentir quelque perplexité. Pour sauver un client d'un danger mortel *à terme*, le médecin est-il fondé à l'engager dans une opération douloureuse qui va le priver *sur-le-champ* de l'exercice normal de ses capacités et de ses activités? Ne devra-t-il pas le faire, pour peu qu'il prenne au sérieux la fameuse formule sur «le caractère sacré de la vie»?

Il faut convenir que le terme *sacré*, lorsqu'il n'est pas utilisé comme simple procédé rhétorique, n'est pas facile à définir. Pour en restituer le mystère, on peut le rapprocher du tabou. Est sacré ou tabou tout ce qu'il est interdit de toucher, de faire ou de dire sous peine d'encourir les sanctions les plus terribles. Dans nos sociétés, ôter la vie, sauf en des circonstances exceptionnelles et dans des formes légalement prescrites, est *rigoureusement* interdit. La vie, non pas de tous les êtres vivants mais au moins des personnes qui font partie de la même société que nous, est *sacrée* — tout comme notre propre vie. Nous ne sommes pas autorisés à la retirer à notre convenance à quiconque non plus qu'à nous-mêmes.

Le sacré ne présente pas seulement une face négative, celle de l'interdit. Il possède aussi une dimension positive. La vie humaine n'est pas seulement ce qu'aucun homme n'a le droit de retirer à aucun autre. C'est aussi quelque chose d'absolument vénérable, qui suscite pitié et respect. Les dogmes et les rites de la religion judéo-chrétienne nous aident à comprendre en quel sens la vie humaine est tenue chez nous pour «sacrée»: elle est sacrée parce qu'elle est un «don de Dieu». Il en résulte d'abord que nous ne sommes pas les auteurs de notre propre existence et que, par suite, nous ne pouvons disposer d'aucune vie humaine — «don de Dieu» — selon notre propre volonté. Par son origine, la vie humaine déborde les conditions dans lesquelles elle se déroule empiriquement. Nous ne sommes pas seulement les enfants de nos parents biologiques, nous sommes les «enfants de Dieu». Parce qu'elle nous a été *donnée* par Dieu, notre vie ne peut faire de notre part l'objet d'une stricte appropriation. Nous sommes tout au plus les fidéicommissaires de notre propre vie. En outre, l'ayant reçue, nous devons la transmettre: «croissez et multipliez» dit l'Écriture. (Cette dernière prescription, au moins dans la tradition chrétienne, est soumise à une réserve: de l'obligation de reproduction sont exclus les ministres du culte, et peut-être les clercs.) Mais, dans la mesure où il finalise l'activité sexuelle, le précepte biblique nous engage à la considérer autrement que comme la satisfaction d'une jouissance strictement individuelle. Ce n'est pas le plaisir mais la transmission de la vie qui constitue la finalité de l'activité sexuelle. C'est la transmission de la vie qui fonde la réciprocité des générations et cette réciprocité, qui procède de la bienveillance de Dieu pour son peuple ou pour l'espèce qu'il a faite à son image et à sa ressemblance, et qu'il a placée au premier rang de ses créatures, s'exerce sous l'œil et le contrôle de Dieu lui-même.

Parsons a cherché dans le *sang* le symbole le moins inadéquat de cette réciprocité: le sang qu'il est interdit de répandre; le sang qui résume les particularités les plus rares de chaque individu, de chaque lignage, pour ne pas dire de chaque peuple, mais qui, circulant de génération en génération, constitue une chaîne entre ascendants et descendants; qui, dans l'institution sacrificielle de la Messe, constitue non seulement la figure de la Réciprocité entre les fidèles d'une même Église qui communient dans ce breuvage, mais encore la matière symbolique de l'Alliance entre le Dieu rédempteur et l'Humanité.

Cette architecture de dogmes, de rites et de symboles est à coup sûr fragile. Mais c'est sur elle que s'appuie notre croyance dans le caractère «sacré» de la vie. Or, cette croyance constitue le dernier rempart de la déontologie médicale traditionnelle. Sur les conflits qui la déchirent actuellement, plusieurs interprétations divergentes se présentent à l'esprit. L'interprétation la plus simple, sinon la plus simpliste, consiste à récuser comme

«théologique» ou «métaphysique» toutes les considérations sur le caractère «sacré» de la vie humaine. Il est vrai que le mélange d'homélies sur le sacré et de dogmatisme scientifique est suspect. Mais ce que Parsons a fort bien souligné, c'est que l'actuel conflit constitue beaucoup moins la reprise du vieux combat frontal entre la Science et la Religion que la naissance d'un conflit nouveau à l'intérieur du système de valeurs religieuses lui-même. On ne revendique guère le droit à l'avortement au nom d'une critique des thèses traditionnelles sur le caractère «sacré» de la vie. On invoque plutôt la «dignité de la personne humaine» et les responsabilités que celle-ci se doit à elle-même d'assumer. C'est en poussant à l'extrême l'argument de la responsabilité que la féministe revendique pour elle et pour elle seule le droit de décider du sort du fœtus dont elle est porteuse. Ce qu'elle revendique, c'est un pouvoir de décision *exclusif* ou du moins *final* alors que d'autres intérêts que le sien sont en jeu. Mais cette prétention est justifiable, même si elle n'est pas légitime. Lorsqu'une affaire concerne plusieurs personnes et sur laquelle des intérêts et des opinions divergents peuvent se manifester, il faut bien que quelqu'un tranche en dernière instance. La décision peut résulter d'un compromis sanctionné par un accord. Elle peut incomber à un arbitre. Ou l'on peut s'en remettre à celui qui sera reconnu comme le «principal intéressé». Il n'est pas déraisonnable que dans le cas qui nous occupe la femme soit toujours, ou du moins dans certaines circonstances, reconnue comme le «principal intéressé». Mais les féministes ont insisté pour que la loi ne connaisse que cette solution. Elles ont *radicalisé* le débat et «absolutisé» la solution. Elles y sont parvenues en récusant une conception empirique, «prudente», diraient ses partisans, de la dignité définie par l'exercice de certaines responsabilités spécifiques, et en se battant sur une conception quasiment religieuse de l'autonomie de la personne et de son pouvoir. La violence et la persistance du débat sur l'avortement ne s'expliquaient pas seulement par le sérieux des intérêts en jeu. Ce débat renvoie à un ensemble de valeurs et de croyances proprement religieuses: d'un côté le caractère «sacré» de la vie, de l'autre le caractère également «sacré» du choix individuel.

Pourtant, dans les deux cas, le sacré n'a pas le même sens. Pour les porte-parole du premier camp, le «sacré» c'est la *vie*. Pour ceux du deuxième camp, c'est la *personne*. Parsons souligne que les deux références ne se situent pas sur le même plan. La vie n'est pas toujours associée à la conscience et à la responsabilité. L'individu humain est un *organisme*, mais aussi une *personne* capable de jouer des rôles vis-à-vis d'autres personnes, et une *personnalité*, c'est-à-dire une référence et un idéal pour lui-même et pour les autres. Une conception strictement positiviste de la déontologie médicale limiterait la relation thérapeutique au traitement de l'organisme. Mais le médecin, quand il prend une vue plus compréhensive des phénomènes de santé, est invité à se souvenir que son malade est aussi une personne en interaction avec d'autres personnes. Enfin, s'il l'envisage comme un sujet soumis aux vicissitudes de l'existence humaine, notamment à l'épreuve de la souffrance et de la mort, il est amené à considérer une troisième dimension de son patient, celle d'un individu qui a à défendre sa personnalité ou sa *dignité*.

C'est peut-être à l'occasion de ce que l'on nomme l'«acharnement thérapeutique» que cette dimension nous est le plus sensible. Cet acharnement s'exerce sur un individu qui n'est plus qu'un organisme — à supposer qu'on puisse encore qualifier cet organisme de *vivant*. À supposer même que ce traitement n'affecte plus dans son bien-être un individu soustrait tout à la fois à la souffrance et à la conscience, la dignité de ce qui a été une personne et peut-être une personnalité est-elle adéquatement prise en compte par l'enseignement traditionnel sur le caractère «sacré» de la vie qui obligerait le médecin à «prolonger» à tout prix un mourant?

Ces questions sont au cœur de nombreux débats sur l'éthique médicale et Parsons, doté d'un sens extraordinairement aigu de la crise ou des transformations qui affectent nos sociétés, y a été sensible dès la fin des années 1960, comme l'atteste la date des principaux articles auxquels je me suis référé. Il faut souligner la justesse avec laquelle

il a perçu les rapports entre la «crise» religieuse et la «crise» des déontologies professionnelles. Il donnait ainsi toute sa portée à l'intuition dont il était parti: l'individualisme utilitaire ne peut pas fournir à lui seul une légitimation satisfaisante à la pratique médicale.

BIBLIOGRAPHIE

- PARSONS, Talcott, *The Structure of Social Action*, 2^e éd., partie I, chap. 2, Glencoe, The Free Press, 1949.
 PARSONS, Talcott, *Action Theory and the Human Condition*, «Research with human subjects and the «Professional Complex», p. 17-35; «Health and Disease: a sociological and action perspective», p. 66-82; «The «gift of life» and its reciprocation», p. 264-300; «Death in the western World», p. 331-352; «A paradigm of the human condition», p. 352-434, en particulier les p. 367-381. New York, The Free Press, 1978.
 PARSONS, Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.

François Bourricaud
 Maison des sciences de l'homme
 54, boulevard Raspail
 75270 Paris CEDEX 06
 France

RÉSUMÉ

Talcott Parsons a consacré beaucoup de soin à examiner le statut des valeurs morales et la place qu'elles occupent parmi les mécanismes du contrôle social. C'est ce qui a amené Parsons à entreprendre une critique très élaborée de l'individualisme utilitaire, fondé sur le principe de la poursuite de la maximisation des avantages particuliers. L'originalité du point de vue défendu dans *The Structure of Social Action*, c'est l'effort apporté à expliquer le fonctionnement des sociétés par leur système des valeurs. La recherche sur la profession médicale et l'interaction entre le médecin et le patient, dont les résultats sont consignés dans le chapitre X de *Social System*, a permis à Parsons de montrer que la maladie impose au malade, au médecin, à la famille, un ensemble d'obligations morales qui débouchent même sur le plan métaphysique et religieux. Dans ses derniers écrits sur ce thème, qui datent de la fin des années 1960, Parsons a exploré les rapports entre le sacré et la santé, entre la religion et la déontologie, entre la crise religieuse et la crise des déontologies.

SUMMARY

Talcott Parsons took great care in examining the status of moral values and their place among social control mechanisms. This brought him to undertake a far-reaching critique of utilitarian individualism, based on the principle of the pursuit to maximize individual advantage. What is original in the point of view defended in *The Structure of Social Action* is the effort to explain the functioning of societies through their value systems. Research on the medical profession and the interaction between doctor and patient, as seen in Chapter X of *Social System*, made it possible for Parsons to show that illness imposes a set of moral obligations on the patient, the doctor and the family, which emerge on the metaphysical and religious plane. In his last writings on this theme which date from the end of the 1960s, Parsons explored the relationships between the sacred and health, between religion and ethics, between the crisis in religion and the crisis in ethics.

RESUMEN

Talcott Parsons examinó cuidadosamente el estatus de los valores morales y el lugar que ellos ocupan entre los mecanismos de control social. Esto llevó a Parsons a emprender una crítica muy elaborada del individualismo utilitario, fundada en el principio de perseguir la maximización de las ventajas particulares. La originalidad del punto de vista defendido en *The Structure of Social Action*, es el esfuerzo para explicar el funcionamiento de las sociedades por intermedio de su sistema de valores. La investigación sobre la profesión médica y la interacción entre el médico y el paciente, cuyos resultados son consignados en el capítulo X de *Social System*, ha permitido a Parsons mostrar que la enfermedad impone al enfermo, al médico, a la familia, un conjunto de obligaciones morales que desembocan incluso sobre el plan metafísico y religioso. En sus últimos escritos sobre este tema, que datan del fin de los años 1960, Parsons ha explorado las relaciones entre lo sagrado y la salud, entre la religión y la deontología, entre la crisis religiosa y la crisis de las deontologías.