



L'éthique (médicale) est - elle soluble dans le calcul économique ?

Philippe BATIFOULIER et Olivier THEVENON

FORUM, Université Paris X-Nanterre¹

Résumé

Cet article propose une réflexion sur l'éthique professionnelle des médecins à partir des catégories de l'analyse économique qui conçoivent cette éthique comme une « préférence » ou un « capital social » qui agit sur le poids de ces préférences. Il tente d'évaluer la pertinence du recours au calcul économique « utilitariste », et en particulier de l'analyse coût avantage, pour faire de l'éthique un objet économique. Il développe enfin une conception originale de l'éthique comme cadre interprétatif des pratiques médicales dans un contexte de pluralité des formes de jugement. Cette perspective modifie le rôle attendu des institutions et des politiques économiques de santé, qui ont dès lors la capacité d'activer certains cadres d'évaluation débouchant sur des « paradoxes de politique économique ».

Abstract

Does physician ethics confine to economic calculus?

This article aims to explain medical ethics with tools of the economic theory. It first considers how economic concepts of preference or “social capital” may be referred to explain ethical attitude of a physician. It presents an evaluation of the relevance of economic calculus (cost-advantage analysis) in making ethics an economic item. An original analysis of ethics as an “interpretative frame” is proposed. Implications on the role of institutions and health policy are then derived: institutions are viewed as frames for evaluation of agents and not pure prescription of behaviours. Such a perspective gives an interpretation of the economic policy paradox according to that monetary incentives aiming at limiting public health expenses have, on the contrary, encourage their increase.

Plus que dans tout autre secteur, la réforme du système de santé doit composer avec l'existence de préoccupations éthiques (codifiées ou non) fréquemment mises en avant par les professionnels. Les tentatives de régulation des dépenses de santé se heurtent souvent à des arguments éthiques qui

¹ Correspondance : FORUM (UMR 7028 CNRS) Université Paris X-Nanterre, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex ; e-mail : Olivier.Thevenon@u-paris10.fr ou Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr.

rende périlleuse l'application de critères strictement comptables au système de soins. L'éthique professionnelle est incontournable et l'observateur comme le régulateur du système de soins ne peuvent l'occulter. Cependant, la théorie économique semble mal placée pour en proposer une interprétation car la notion d'éthique suggère l'existence d'un comportement éloigné de la figure opportuniste de l'*homo aeconomicus*². L'analyse économique est alors tentée de reléguer les règles déontologiques au-delà du champ de l'économie. Elle présente pour ce faire de sérieux arguments. Après tout, puisque l'économiste est capable de construire des outils extrinsèques incitant le médecin à se conduire honnêtement, il n'est nul besoin de faire l'hypothèse de l'existence de motivations intrinsèques qui neutralisent *ex ante* l'opportunisme du médecin. A quoi bon supposer qu'il existe une morale professionnelle préalable si l'on est capable de mettre sur pied des mécanismes incitatifs qui engagent le médecin vers un comportement acceptable pour le patient? Cette conception conduit, *in fine*, à se libérer de l'éthique professionnelle.

Pourtant, la notion d'éthique peut difficilement disparaître du paysage de l'économie de la santé. Cet article part du point de vue que l'éthique des médecins demeure un objet pertinent de l'économie. Il en propose donc une étude qui s'appuie tout d'abord sur les outils traditionnels de l'analyse économique. La notion classique de « préférence » définie en termes de raison d'agir constituera notre point de départ. Elle permettra de relier la préférence éthique du médecin aux théories de l'altruisme. Toutefois dans cette approche, conformément aux canons de l'analyse économique utilitariste, les préférences sont exogènes, ce qui dispense de s'interroger sur leurs fondements éthiques. Le statut de l'éthique demeure alors ambigu, partagé entre celui de caractéristique intrinsèque des préférences du médecin, et celui d'une contrainte (morale) au comportement strictement intéressé du médecin.

² Voir notamment Ben-Ner et Putterman (1998) pour un développement de ce point de vue dans l'ensemble de l'analyse économique et Moatti et Le Corroller (1996), pour une illustration à l'économie de la santé.

La conception d'une éthique intéressée est alors la voie privilégiée pour appréhender la dimension éthique des comportements et sauvegarder la capacité explicative du calcul économique standard tout en y intégrant des arguments encore peu usités par les économistes comme les émotions ou la recherche d'approbation sociale.

Toutefois, cette analyse économique ne parvient pas à saisir de manière tout à fait convaincante le fondement éthique des comportements car elle maintient l'éthique dans une analyse des coûts et avantages, au prix d'une réduction forcée du fondement moral des décisions. La première partie met en avant les paradoxes de cette « éthique intéressée ». Tant que l'éthique des médecins reste adossée au domaine du strict calcul économique, elle prend le risque de ne servir à rien. On se trouve alors dans une situation paradoxale où l'éthique est une notion avérée incontournable mais qui contredit tout calcul utilitaire³.

Nous montrerons qu'une approche de l'éthique strictement limitée au calcul utilitaire produit certaines apories, et que la notion de jugement est sans doute utile pour les dépasser. Nous soutiendrons alors la thèse qu'il faut dépasser le domaine du calcul pour prendre en considération la pluralité des modes de jugement de façon à rendre pertinente l'éthique comme objet économique. Dans cette perspective, la seconde partie de l'article développe une conception originale de l'éthique comme convention, c'est-à-dire comme cadre d'évaluation (et d'interprétation) nécessaire à des médecins dotés d'un système de préférences foncièrement incomplet, et à des patients soucieux d'accorder leur confiance aux premiers. Cette conception offre une alternative à celle de l'éthique intéressée et ouvre des perspectives pour l'analyse de la politique économique.

1. L'ETHIQUE « INTERESSEE » ET SES PARADOXES

³ L'économiste est alors tenté de s'en débarrasser au plus vite, en la reléguant à une note de bas de page par exemple.

Conformément à l'analyse économique traditionnelle de l'altruisme, popularisée notamment par Harsanyi (1955) ou Becker (1981), l'éthique est, en économie de la santé, un argument de la fonction d'utilité du médecin qui synthétise l'utilité du patient et permet à ce dernier d'influencer les choix du médecin. La formalisation de l'effet d'induction, qui décrit la capacité du médecin à orienter les choix du patient à son avantage, illustre la réflexion traditionnelle sur l'éthique. La modélisation fait alors état d'une composante éthique présente dans la fonction d'utilité qui limite le comportement opportuniste du praticien. Le statut de cette composante « éthique » est toutefois ambigu si elle n'est rationalisée par une analyse coût-avantage ou par l'effet des normes sur les comportements individuels (1.1). Cette conception permet alors d'éviter de parler de préférence éthique en considérant la conformité à l'éthique comme un pur choix utilitariste et rationnel, et par conséquent, que l'éthique n'est elle-même qu'un produit dérivé du calcul – même s'il faut, pour la caractériser, mobiliser d'autres arguments extérieurs comme les émotions (honte ou culpabilité tout particulièrement) – ou le désir d'approbation sociale. Une telle réduction de la dimension éthique n'est toutefois pas sans poser problèmes. Nous montrons, dans la section 1.2 que, dans bien des cas, le comportement moral échappe au calcul rationnel. Non seulement le comportement moral ne se réduit pas à un calcul mais l'adoption d'un comportement strictement intéressé peut, paradoxalement, nuire à cet intérêt.

1.1. La conception de l'éthique « intéressée »

Le comportement du médecin est généralement saisi par la fonction d'utilité $U = U(Y, L, I)$ où Y est le revenu médical ($U'_Y > 0$), L la charge de travail ($U'_L < 0$) et I la manifestation d'un pouvoir discrétionnaire du médecin lui permettant d'induire la demande. Cet effet d'induction est supposé présenter une désutilité ($U'_I < 0$) à mettre au crédit d'une éthique médicale qui vient limiter l'opportunisme du médecin.

Le médecin va ainsi s'interdire la sur-prescription et l'augmentation artificielle du prix (dépassement d'honoraires, multiplication des consultations) payé par le malade car cet usage serait condamné. L'éthique intervient pour limiter ce pouvoir discrétionnaire en censurant les pratiques abusives et en imposant au médecin de ne pas dépasser un certain niveau de revenu, dit « revenu cible » (Sweeney 1982). Elle agit comme contrainte à l'induction de la demande par l'offre. Soucieux du bien – être de ses patients, c'est le médecin lui-même qui s'impose cette contrainte (Zweifel, 1981).

L'éthique des médecins est, dans ce cas, considérée comme un « contrepoids » au pouvoir d'induction, ce qui permet, d'une part de redorer le blason de l'analyse néoclassique traditionnelle déstabilisée par l'absence de fonction de demande au sens micro économique du terme et, d'autre part, de desserrer les contraintes sur l'offre en matière de politique économique.

Dans ces travaux⁴, la préférence éthique du médecin est une qualité exogène qui n'altère en aucune façon l'explication (utilitariste) du comportement fondée sur le seul intérêt individuel : le médecin reste un entrepreneur individuel qui maximise son revenu, en résolvant, généralement, 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. La rationalité médicale s'exprime toujours par un mécanisme d'optimisation qui, cependant, prend (indirectement) en considération le bien-être des patients, ce qui se traduit par « la recherche d'une utilité médico – psycho - sociale maximum » (Carrère 1987 p. 203).

Ce raisonnement est très efficace car il permet à la fois de prendre en considération un phénomène incontournable dans le monde médical - l'existence d'une éthique - et de l'intégrer dans une analyse de type coût/avantage. L'argument éthique est mobilisé pour justifier un fait difficilement contestable : le médecin ne cherche pas, en toutes circonstances, à profiter de l'ignorance du patient.

⁴ On peut se reporter à Rochemaix (1986), Gadreau (1992), Béjean (1994) et Batifoulier (1999) pour une analyse plus complète.

Bien que la « médecine maximale » (celle qui maximise le revenu médical) présente des avantages, elle est aussi coûteuse sur le plan psychologique (Domenighetti 1995). L'éthique est donc utile pour prédire l'absence de surtraitement ou encore l'existence d'un temps de travail plus élevé à revenu égal.

D'un point de vue théorique, le fondement de cet altruisme, à défaut d'être parfaitement explicité, demeure ambigu. Doit-on de prime abord le comprendre comme une préférence intrinsèque et individuelle du médecin, conforme à son éthique propre, et donc constitutive de son bien-être ? Ou doit-on davantage le considérer comme une contrainte à laquelle le médecin déciderait délibérément de se conformer selon son propre intérêt ? mais alors, dans ce cas, pourquoi le médecin accepte-t-il lui-même cette contrainte qui modèle la perception de son intérêt ? Ici, deux hypothèses peuvent être envisagées :

- Soit l'on considère que cette « contrainte » dérive de l'intérêt stricto sensu. On est alors légitimement tenté de vouloir réintégrer cette contrainte dans l'univers du calcul, comme la conséquence d'un arbitrage coût/avantage⁵. Une telle position revient à dissoudre le concept d'éthique dans l'univers du calcul individuel, ce qui n'est pas, nous le verrons, sans produire certains paradoxes.
- Soit, l'on considère que cette contrainte comme un « capital social » – pour reprendre le terme de Becker (1996) – qui traduit les attentes de la collectivité à l'égard des comportements individuels et influence la perception individuelle de l'intérêt. L'utilité perçue par approbation sociale est dans ce cas le garant de la conformité des comportements à l'éthique collective. Cependant, nous

⁵ Ignorer cette possibilité provoquerait indubitablement une insatisfaction intellectuelle chez l'économiste. C'est ce que rappellent Chiappori et Orfali (1997 p 435) : « Pour un sociologue, l'idée qu'un décideur puisse être sensible au respect de règles déontologiques relève de l'évidence. Pour les économistes, en revanche, le recours à des normes est en général critiqué pour des raisons méthodologiques. Le risque invoqué est qu'en autorisant l'utilisation systématique d'explications de ce type, on affaiblisse considérablement les capacités prédictives des modèles, une grande variété de comportements pouvant être « expliqués » par la référence à une « norme » sociale bien choisie. En d'autres termes, l'utilisation de tels concepts est souvent considérée comme *ad hoc* ».

montrons dans la section suivante que l'on ne peut y trouver un traitement satisfaisant de l'éthique. Cette conception de l'éthique intéressée consiste finalement à minorer le rôle de la morale comme raison d'agir, ce qui n'est pas exempt de paradoxes.

1.2. L'utilitarisme et les paradoxes de l'éthique « calculée »

1.2.1. La conformité à l'éthique comme résultat d'un arbitrage avantages/coûts

Une manière commode de concevoir le dilemme d'un individu devant décider d'adopter ou non un comportement conforme à l'éthique consiste à le représenter sous la forme d'un choix rationnel, réalisant un arbitrage avantages/coûts (Becker, 1996). Le problème de choix se pose en ces termes : l'agent doit pondérer la satisfaction émotionnelle et psychologique issue d'un comportement conforme à l'éthique avec d'autres sources de satisfaction, notamment monétaire, que peut induire un comportement éthiquement incorrect. On étudie alors l'arbitrage réalisé entre l'intérêt monétaire d'une part, et la culpabilité induite par la transgression d'un « comportement moral », d'autre part, cette culpabilité étant considérée comme un coût psychologique qui affecte négativement l'utilité. Le comportement adopté sera le résultat d'une analyse coût/avantage dans laquelle seront donc comparés l'intérêt direct de ne pas adopter un comportement « éthiquement correct » et le coût psychologique (ressenti par exemple comme une culpabilité) engendré par le non-respect des prescriptions morales.

Pour illustrer cette situation, on peut dire que mettre tous les moyens en œuvre pour établir un diagnostic correspond sans doute, pour un médecin, au comportement conforme à l'éthique. Néanmoins, suivre cette règle de façon indéfectible peut se révéler financièrement coûteux pour le médecin, qui peut décider de limiter les moyens mis en œuvre pour établir son traitement au risque alors que celui-ci soit imparfait. Si le coût psychologique associé à un diagnostic insuffisant est

supérieur à l'intérêt financier dont peut bénéficier le médecin à ne pas poursuivre son examen, alors il est probable que celui-ci s'engagera dans un diagnostic plus complet.

Pourtant, la réduction du fondement éthique d'une décision à un calcul avantage-coût est faiblement pertinente et apparaît même hautement paradoxale, car on ne peut en réalité acheter un comportement moral. Pour le comprendre, on peut mobiliser la critique de « non pertinence » (*irrelevance*) formulée par J. Elster (1998) à l'égard du paradigme du choix rationnel (et de l'analyse coût/avantage) dès lors qu'il s'agit de considérer l'impact des émotions sur les décisions. L'exemple du sentiment de culpabilité, traité par Elster, illustre ici parfaitement ce point. Transposé au cas du médecin, cet exemple revient à considérer un praticien tenté de limiter les moyens mis en œuvre pour réaliser un diagnostic. Si, à la suite de cette carence, sa conscience le taraude, il convoquera à nouveau le patient pour parfaire le diagnostic et engagera de nouveaux moyens. La culpabilité est alors transcrite sous la forme d'un coût et la décision de poursuivre la relation avec le patient (ou non), le résultat d'un calcul coût-avantage. Pourtant, en suivant l'argument de J. Elster, si la culpabilité n'était rien d'autre qu'un « coût » anticipé ou effectif, un médecin dont la culpabilité l'empêche de pratiquer un traitement à moindre coût devrait être prêt à acheter une pilule supprimant ce sentiment de culpabilité, si cette pilule était assez bon marché (i.e. inférieure au coût de la culpabilité). S'ouvre alors pour le médecin la possibilité d'ingérer la pilule avant d'établir un diagnostic qui sera de toute évidence insuffisant, mais qui, pilule digérée, ne réveillera pas la mauvaise conscience du praticien. Pourtant, on prétend avec Elster qu'aucune personne dont la culpabilité le dissuade d'adopter un comportement négligeant n'achètera une telle pilule. La personne se sentirait en effet tout aussi coupable en achetant cette pilule puisqu'il n'y a pas de différence morale entre le fait de négliger un diagnostic en deux temps (prise de pilule puis diagnostic) ou en une seule fois. Autrement dit, nulle personne ne pourrait échapper à sa « mauvaise conscience » par l'achat de cette pilule, puisque vouloir être immoral *est* être immoral. Un médecin

préoccupé par les conséquences morales de son acte n'achètera donc pas cette pilule, alors que celui qui l'achètera n'en a en réalité pas besoin : pour décider de prendre la pilule anti-culpabilité, il faut déjà paradoxalement ne pas éprouver de sentiment de culpabilité.

La conclusion (1) provisoire de ce développement est que l'on ne peut dissoudre le jugement moral dans un calcul reposant sur un ensemble d'avantages et de coûts. Le problème moral n'est donc pas strictement réductible à un problème d'arbitrage, qui mettrait en équivalence des comportements aux qualités morales fortement opposées. Formulé positivement, l'argument revient à affirmer qu'aucun calcul coût-avantage ne peut suppléer à la nécessité éthique d'adopter un comportement conforme à ses propres prescriptions morales.

1.2.2. La conformité à l'éthique comme résultat d'un désir d'approbation sociale

Une autre façon d'appréhender le respect de l'éthique médicale consiste à l'expliquer par la pression exogène exercée par le corps professionnel et l'approbation sociale qui résulte d'un comportement conforme à la norme collective. Il suffit, dans ce cas, de considérer, outre les composantes physiques du bien-être, sa composante sociale qui traduit le désir de tout individu de voir son comportement approuvé par son entourage. Et de s'intéresser aux « fonctions de production de l'utilité sociale » (Lindenberg, 1990), sorte de méta-préférences⁶, c'est-à-dire l'ensemble des déterminants plus ou moins directs des utilités produites par les biens fondamentaux (Lindenberg, 1990 ; Becker, 1996 ; Becker, Murphy, 2000)⁷. Ces moyens varient avec la position sociale et opèrent à travers la définition d'attentes et de sanctions (positives ou négatives) des

⁶ Selon l'expression même proposée par G. Becker (1996) ,désignant ainsi l'ensemble des acteurs susceptibles de rendre compte de la formation (et de l'évolution) des préférences. La référence à ce terme se distingue de la notion présente sous le même vocable par exemple chez Sen ou Hirschman qui désignent par méta-préférence l'existence de « préférences sur les préférences ».

⁷ G. Becker suggère que l'individu puisse être motivé par des objectifs tels que « *le prestige et l'estime, la santé, l'altruisme, l'envie et le plaisir des sens* », ou subir la pression des pairs exercée *via* leur approbation ou leur désapprobation. Ces objectifs ou méta préférences sont communs à tous les individus. Mais ils doivent être distingués des différents moyens pour les atteindre. C'est la socialisation de l'individu qui permet de passer de la méta préférence (unique et stable) aux préférences (variables et diverses).

comportements. Lorsque ces sanctions (ou récompenses) deviennent de moins en moins importantes – ou moins directement identifiables –, alors l'individu recherche des moyens alternatifs d'obtenir son bien-être physique ou l'approbation sociale de son comportement. Comme l'individu dispose de ressources différentes, il recherchera activement ces alternatives – en fonction du prix implicite de chacune des options – sans se maintenir dans un rôle prescrit, au moins tant qu'aucun autre individu ou groupe d'individus ne tente de le « re-socialiser » en lui imposant une norme de comportement.

Les raisons du comportement éthique du médecin peuvent, dans cette perspective, être recherchées dans le désir d'approbation sociale, qui entre alors comme argument de la super-utilité définissant les mécanismes qui modifient la valeur en utilité des différents comportements possibles (Becker, 1996 ; Becker, Murphy, 2000). Néanmoins, une approche purement conséquentialiste du comportement – et une conception strictement instrumentale de la rationalité – peut, ici encore, conduire à certains paradoxes, et se révéler incapable de saisir la nature d'un comportement éthique – et par conséquent d'en considérer pleinement les enjeux.

Pour le comprendre, on doit considérer l'intérêt que peut avoir un individu à se conformer à une norme de comportement attendu, et la satisfaction de voir le résultat de son comportement approuvé par ses pairs – indépendamment de sa motivation intrinsèque à suivre cette norme, i.e. de son éventuelle adhésion à la norme (Elster, 1989 ; Lindenberg, 1992). Dans pareil cas, un médecin est par exemple incité à adopter un comportement scrupuleusement conforme au comportement attendu par ses collègues afin de voir son comportement approuvé, cette approbation étant source d'utilité. Le médecin n'apprécie dans ce cas la conformité de son comportement à la norme éthique de la profession qu'à l'aune des conséquences de ce comportement sur son utilité : un comportement conforme à la norme produit, de façon *dérivée*, une confirmation du comportement et donc un bien-être social supplémentaire. L'approbation sociale peut dans ce cas être considérée comme un bien dérivé (*by-product*) qui engendre un accroissement indirect de bien-être. Dans ce cas, un médecin

adoptera un comportement considéré conforme à l'éthique dans la mesure où il sera confirmé par ses pairs.

Pourtant, l'attention à la confirmation de son comportement peut lui être nuisible, puisqu'elle produit elle-même un risque de désapprobation en induisant un doute sur la motivation réelle du médecin. En effet, plus un individu se conforme à une norme pour son résultat, c'est-à-dire plus l'approbation sociale est produite par confirmation du comportement (i.e. comme produit dérivé) et non en raison d'une motivation intrinsèque à suivre cette norme, et plus cette approbation est improbable. Pour le comprendre, on peut appliquer au médecin, « le paradoxe dérivé des normes sociales » – *by-product paradox of norms* – désigné ainsi par Lindenberg (1983 ; 1990) selon lequel la plupart des normes ont pour effet « *que l'on obtient ce qui est voulu en poursuivant un autre but* » (1990 ; p. 743).

On attend d'un médecin un comportement scrupuleusement conforme au code déontologique, appliquant les standards d'un diagnostic conforme à l'éthique, et ordonnant les différentes alternatives selon ce but. Autrement dit, on attend que la norme soit suivie pour elle-même plutôt que pour les sanctions associées à la conformité ou à la déviance des comportements. Dans ce cas, deux éléments sont en réalité évalués : la conformité du comportement – à travers l'action directement observable – et le motif de cette conformité. Or, si un individu se conforme à la norme uniquement pour éviter les sanctions ou recevoir l'approbation, il est probable qu'il soit jugé comme quelqu'un qui se conforme de façon opportuniste, c'est-à-dire qui déviera dès la première occasion. Pour obtenir cette approbation, un individu doit donc lui-même souscrire à la norme, ce qui introduit l'auto-approbation comme un motif important de la conformité (et réduit d'autant la valeur immédiate de la confirmation du comportement par les autres).

Aussi, du côté des professionnels de santé, plus la conformité à la norme est importante, plus il est nécessaire que la norme soit suivie « pour elle-même », et non à cause des sanctions (coûteuses) qui

accompagnent toute déviance (voir en particulier Lindenberg, 2002). L'interdépendance des individus induit alors nécessairement une « moralisation » de la norme, c'est-à-dire une évaluation non pas de la conformité à cette norme, mais de la motivation à cette conformité. Les pairs chercheront ainsi à juger en quelque sorte de la valeur intrinsèque de la norme aux yeux de l'un d'entre eux, au-delà même de son simple respect. Dès lors, un raisonnement purement utilitariste peut s'avérer dommageable pour le médecin, puisque l'approbation des pairs ne peut être accordée que si celui-ci fait justement preuve de son détachement face à tout calcul utilitaire.

La deuxième conclusion (2) provisoire que nous pouvons tirer de ce rapide développement est que poursuivre son intérêt personnel, dans un cadre collectif, ne suffit certainement pas à la production de cet intérêt, puisqu'il apparaît suspect de suivre la norme uniquement par peur des sanctions. Dans ce cas, même si le médecin suit la norme éthique pour ses conséquences en termes d'approbation sociale, il risque fort d'être désapprouvé par ses pairs et de se trouver dans une situation paradoxale où l'adoption d'un comportement strictement intéressé est directement nuisible à cet intérêt. Il s'agit dès lors pour le médecin de faire au contraire la preuve du fondement éthique de son comportement, et de son insensibilité à l'approbation sociale qui, paradoxalement est ici nécessaire à l'existence de cette approbation⁸.

Fort de ce constat, notre hypothèse est que la dimension éthique des comportements ne peut être éclairée sans considérer la faculté de jugement des individus, et la réflexivité qu'ils exercent à propos de leur propre identité. Cet éclairage est effectué en mobilisant dans un premier temps le travail d'A. Sen sur l'acte de choix. Dans cette perspective, la question de l'éthique s'incarne dans la façon dont se construisent les ordres de préférences, et s'établit alors la hiérarchie des différents

⁸ Autrement dit, il s'agit pour le médecin de signifier la valeur intrinsèque qu'il porte à la nature de son activité et de la relation établie avec ses patients. Néanmoins, on voit ici que la préférence pour un type de relation ne se réduit pas aux conséquences de cette relation sur les arguments usuels (privés) de la fonction d'utilité ; il s'y ajoute, indépendamment et au-delà des conséquences une considération sur la nature de cette relation – à laquelle est bien-sûr directement attachée la notion d'éthique. Pour une application à l'économie de la famille de la distinction à propos des relations interpersonnelles, entre leur nature et leurs effets, voir Thévenon (2003).

critères de jugement. On montre alors, en suivant la démonstration de Sen, que la prise en compte de la question éthique interdit de penser, en toute généralité, le choix comme un processus d'optimisation (2.1.). La hiérarchisation des différents critères d'évaluation imposée par une posture éthique peut alors être comprise comme un processus de cadrage qui met au jour une capacité jusque-là ignorée par la théorie du choix rationnel : la capacité d'interprétation (2.2.). L'éthique se présente alors comme un cadre d'interprétation indispensable à la coordination des attentes du médecin et de son patient.

2. L'ETHIQUE : UN CADRE D'INTERPRETATION DE LA PRATIQUE MEDICALE

Malgré des capacités assez héroïques de « statisticien exceptionnel⁹ », Sen (1977) voit dans la représentation de l'*homo œconomicus* celle d'un « idiot rationnel », puisque est passée sous silence cette capacité de réflexivité qui enjoint les individus à s'interroger sur le contenu même de leurs préférences, et « *de se demander s'ils ont vraiment besoin de ces besoins et s'ils préfèrent ces préférences* » (Hirschman, 1986).

2.1 Réflexivité individuelle et incomplétude des préférences : le rôle du jugement

Reconnaître cette capacité implique dès lors de prendre en compte le fait que les préférences exprimées (ou révélées !) sont issues d'un ensemble plus important qui admet l'existence d'une superposition « d'ordres de préférences »¹⁰. Exprimer une préférence ne conduit pas à refermer le débat sur les préférences à jamais¹¹. Il peut exister au contraire des changements délibérés de préférence, précédés par la formation d'une méta-préférence, qui peut entrer en conflit avec la

⁹Expression de Arrow, citée par Hirschman (1986) pour désigner la capacité extraordinaire prêtée à l'*homo œconomicus* supposé capable, par induction, de synthétiser l'ensemble de toutes les alternatives qui lui sont accessibles non seulement dans le présent mais aussi dans le futur dans une fonction d'utilité simple.

¹⁰ L'exemple le plus familier est sans doute celui du fumeur qui peut simultanément « préférer fumer » mais « préférer préférer ne pas fumer », exploité par Jeffrey (1977) qui s'interroge sur la structure logique des systèmes de préférence.

¹¹ Comme le suggère pourtant les axiomes des préférences révélées.

préférence révélée¹². La notion de méta-préférence prend ici un sens radicalement différent de celui qui lui est assigné dans le paradigme Beckerien, puisqu'elle suggère une opération de « classement des classements » sur les différentes possibilités d'action, c'est-à-dire le classement des différents critères de sélection possible (Sen, 1977). Dès lors, il apparaît nécessaire d'interroger la pragmatique des préférences.

Pour A. Sen, la dimension éthique intervient directement dans la relation entre les méta-préférences et la préférence. Le jugement moral donc ne se réduit pas à la simple prise en compte d'une action aux qualités morales, mais s'effectue sur le classement lui-même et vise à produire le classement « le plus moral », affectant alors directement le « menu de choix ». Cette opération de « classement des classements » dépend alors de la perception individuelle de la situation et engage l'identité de l'individu. Le classement final, s'il peut être obtenu, sera établi après délibération, dont la première difficulté sera de résoudre les éventuels confits de valeurs et d'établir des ordres de comparaison des alternatives. Notons que cette difficulté fait obstacle à la possibilité d'optimiser, puisqu'une telle opération ne peut être systématiquement réalisée, ce qui rend probable une incomplétude des préférences, exprimant ici le fait que l'individu n'a pas pu ordonner deux à deux l'ensemble des alternatives possibles¹³. Dans ce cas, A. Sen (1997) montre que l'acte de choix est compatible avec un comportement de maximisation, alors que, la transitivité des préférences n'étant plus assurée, il ne peut l'être avec une optimisation qui vise à sélectionner la meilleure solution¹⁴, et non plus

¹² En matière de santé, les préférences peuvent être instables sans pour autant être irrationnelles. Schelling (1984) donne l'exemple des femmes qui demandent fréquemment l'anesthésie durant l'accouchement sans en avoir fait la demande préalable et sans la demander pour un éventuel second accouchement. Ces pratiques qui dévoilent une instabilité des préférences n'apparaissent pas irrationnelles. On pourra également se reporter à Vick et Scott (1998) et Scott et Vick (1998) pour une étude de l'incapacité du patient à formuler clairement ses préférences.

¹³ Deux raisons peuvent expliquer, selon Sen, cette incomplétude : elle peut être la conséquence des limites des capacités cognitives des individus (*tentative incompleteness*), ou résulter plus radicalement d'une incommensurabilité des différents ordres de préférences, liée à des conflits de valeurs (*assertive incompleteness*).

¹⁴ L'hypothèse de dépendance du choix par rapport au menu remet en cause les axiomes (faible et fort) des préférences révélées, qui indique que si une action x est sélectionnée dans un ensemble S et une action y est rejetée, alors y ne doit pas être choisie ou x rejetée à partir d'un autre ensemble T auxquels ces actions appartiennent également. Dans le cas d'indépendance des préférences au menu, la relation de préférence et la fonction de choix coïncident, et l'obtention

comme dans le premier cas la plus satisfaisante¹⁵. Dans ce cas, l'optimisation achoppe là où la maximisation réussit¹⁶. La maximisation peut devenir une solution là où la recherche d'une solution optimale échouerait à coup sûr. C'est le cas pour l'âne de Buridan, qui à force de chercher la solution optimale (la meilleure solution) finit par se laisser mourir¹⁷. D'où la maxime proposée par Sen : « *la maximisation peut sauver votre vie... seul un âne attend l'optimisation* ».

Ce qu'il importe de retenir ici, c'est l'échec des procédures de calcul optimisateur qui dérive de incomplétude du système de préférence. On peut, dans ce cas, être pressé de choisir, sans que l'ordonnement des options qui doit appuyer ce choix soit réalisé de façon complète, du fait même de la diversité et de l'incommensurabilité des critères de classement. Cette variété oriente l'analyse vers la prise en considération d'une pluralité de modes d'évaluation. Dès lors, on comprend mieux la procédure qui, dans la théorie classique du bien-être, permet de réduire cette pluralité de formes de jugement à une catégorie unique par un double procédé « *consistant (i) à considérer que le comportement n'a qu'une valeur instrumentale (de sorte que seul compte in fine le résultat accompli), et (ii) supposer que l'action de chaque individu est exclusivement guidée par la défense de son intérêt personnel (l'action ne jouant donc pas non plus un rôle distinct)* » (Sen, 1993, p. 58).

d'une décision optimale ne pose pas de problème. Dans le cas de dépendance des préférences au menu, la relation de préférence et la fonction de choix ne convergent pas nécessairement (les axiomes des préférences révélées sont violés).

¹⁵ La maximisation est définie comme le choix d'une option qui n'est pas jugée moins bonne que n'importe quelle autre. L'optimisation, elle, correspond au choix, parmi les options réalisables, de la meilleure solution. La maximisation diffère de l'optimisation puisque, dans un cadre de maximisation, une action peut être sélectionnée tant qu'elle n'est pas reconnue comme « moins bonne » qu'une autre, c'est-à-dire même si elle est estimée aussi bonne qu'une autre. Définie en ces termes, l'optimisation engage des capacités cognitives plus lourdes que la maximisation. L'optimisation n'est alors ici à qu'un cas particulier de maximisation.

¹⁶ Au contraire de l'optimisation, la maximisation est toujours possible puisqu'elle opère sur un ensemble de choix plus souple que celui de l'optimisation. Aussi, peut-on avoir maximisation même si la relation de préférence est faiblement acyclique (non complète ou non transitive), alors que supposer la complétude et la transitivité des préférences anéantit la distinction entre maximisation et optimisation. On peut, en fait, avoir un comportement de maximisation dans deux cas : 1. quand il n'y a pas de branche de l'alternative optimale (situation qui peut résulter de l'incomplétude) ou 2. quand il y a une solution optimale, mais que la meilleure solution (du point de vue de la maximisation) n'est pas optimale (cas dû à l'intransitivité)

¹⁷ L'âne de Buridan se voit proposé deux sacs d'avoine, parfaitement identiques. Etant guidé uniquement par sa raison instrumentale qui lui indique de choisir le « meilleur » sac, il ne sait résoudre le dilemme qui lui était soumis, ne sait donc quel sac choisir et meurt de faim.

En insistant sur la réversibilité et la pluralité des ordres de préférences, Sen exclut l'idée que les préférences puissent être données une fois pour toutes. La dimension éthique des choix (re)devient un objet théorique fondamental qui apparaît à travers la délibération réalisée par les individus sur l'ensemble des options possibles et le critère qu'il convient de mettre en œuvre pour les comparer. L'analyse de Sen montre alors que l'acte de choix implique pour un même individu une hiérarchisation de différents modes d'évaluation, ou pour reprendre un vocabulaire plus conforme à la théorie standard de la décision : différentes façons d'établir les préférences¹⁸. S'il existe un classement éthique des médecins, il faut reconnaître (i) qu'il n'est pas le seul possible car le médecin peut avoir d'autres objectifs et que (ii) la préférence éthique est souvent installée au premier plan dans le déroulement concret de l'acte médical. Mais alors que l'examen minutieux proposé par Sen reconnaît l'existence d'une pluralité de critères possibles de jugement, il n'en exploite pas, selon nous toutes les conséquences. La référence aux processus de « cadrage », introduits par extension des théories du choix rationnel, permet de prolonger l'analyse jusqu'à mettre en évidence l'importance de l'interprétation dans la fixation des moyens instrumentaux mis en œuvre par les individus pour satisfaire leur bien-être. La question de l'éthique est alors celle de la hiérarchisation réalisée par un médecin de ses différents objectifs et des processus cognitifs de « cadrage » lui permettant d'établir cette hiérarchie (Lindenberg, 1993, 1997, 1998). La notion de cadrage offre alors la possibilité de penser l'articulation entre plusieurs modes d'action – et de ce fait d'articuler plusieurs traditions d'analyse, économique *versus* sociologique (Lindenberg, 1990) – et de renouveler sensiblement la façon de concevoir les problèmes de coopération (Chaserant, 2002 ; 2003).

¹⁸ Cette question a d'ailleurs une parenté certaine avec le problème posé par l'existence de critères hiérarchisés selon un ordre lexicographique, impliquant dans ce cas que la relation de préférence n'est pas représentable, comme le démontre Debreu (1959) par une fonction d'utilité cardinale et continue (voir Favereau et Thévenon, 2002 pour un développement).

2.2. Le processus de cadrage comme révélateur du rôle de l'interprétation

Une situation est *cadrée* par un objectif – et un critère pertinent de classement – au sens où cet objectif sélectionne différentes alternatives et « définit » ainsi une situation. Les autres arguments de l'utilité ne jouent à ce moment là qu'un rôle indirect en influençant l'acuité du cadre – sa saillance – pour rendre compte de la situation. Un objectif principal est alors sélectionné par ce processus, alors que les objectifs secondaires ne sont pas éliminés mais rejetés dans « l'arrière plan » pour être activés si la situation l'impose. La notion de cadrage désigne alors l'ensemble des mécanismes concourant à une certaine définition de la situation, et suggère que la hiérarchisation des objectifs (i.e. la façon de cadrer la situation) puisse varier pour une même personne selon la situation. Dans ce cas, les normes définies le plus souvent de manière extrêmement générale représentent plus que des prescriptions de comportement, des prescriptions de cadre (Lindenberg, 1983 ; 1990).

Deux caractéristiques du cadrage sont à mentionner. D'une part, la très grande dépendance du type de cadrage réalisé en fonction de la situation à laquelle se trouve confronté un individu. Quand la situation change, la façon de réagir à la situation (fixer ses objectifs) évolue également¹⁹. C'est pourquoi le cadre n'est pas une donnée stable – comme le sont *a contrario* des préférences.

La précarité du cadre est, d'autre part, une donnée attachée à bon nombre de situations. Ainsi, une situation sera cadrée par un objectif donné – et les possibilités d'action qui lui correspondent – si ce cadre lui permet de fortement discriminer les alternatives qui lui sont possibles. Si ce n'est pas ou plus le cas, alors la saillance du cadre diminue jusqu'au changement de cadre (*frame switch*) selon lequel des objectifs anciennement relégués à l'arrière plan peuvent devenir proéminents (voir Chaserant 2000 pour un développement). On voit poindre, dans ce cas, une faculté jusque-là

¹⁹ Le cadrage réalisé par un médecin sera ainsi très différent selon le type de malade et de maladie auxquels il est confronté.

totale­ment ignorée par l'analyse du choix rationnel, mais déterminante dès lors que l'on que l'on considère l'existence d'une pluralité de modes concurrents d'évaluation : la faculté d'interprétation. En pointant la pluralité des modes d'évaluation et le processus de cadrage impliqué par toute prise de décision, nous avons mis en avant le caractère réflexif du jugement et le processus d'interprétation qui conduit un individu à cadrer d'une façon particulière une situation à laquelle il se trouve confronté. Par là-même, on reconnaît l'existence de plusieurs moyens de satisfaire (ou préserver) son intérêt. Ce faisant, l'individu ne se contente pas de calculer. Il fait plus et mieux : il juge ; et cette activité est inséparable de sa faculté d'interprétation. Il faut dire à quel point l'exercice auquel se plie le médecin se trouve alors transformé, requérant de sa part vraisemblablement moins de calcul, mais sans doute aussi plus de réflexion.

Cette transformation tient à la distance qui sépare le pur calcul du jugement²⁰. Alors que, comme le note Karpik (1998), « *le premier suppose un monde simplifié et homogène peuplé de personnes et d'objets dotés de mêmes qualifications avec la recherche de l'intérêt matériel maximal comme principe d'évaluation partagé, le second implique un monde multiple composé de personnes et d'objets dotés de qualifications diverses ainsi que d'une pluralité de principes d'évaluation. L'un relève de l'unité et l'autre de la multiplicité, l'un vise l'universalisme, et l'autre le particularisme* » (p.1054). L'éthique médicale joue un rôle fondamental dans ce changement de registre, de part et d'autre de la relation médicale, c'est-à-dire tant du point de vue du praticien que de celui du patient. L'éthique fournit alors un cadre de jugement commun qui stabilise le cadrage réalisé par un médecin et supporte de ce fait la confiance que peut alors lui porter son patient.

Il convient, dès lors, de préciser le rôle assigné à cette interprétation, et de découvrir le statut de l'éthique qui en découle. Cela implique de dépasser le niveau de la syntaxe des comportements pour

²⁰ On nomme jugement, avec Karpik (1998), « *cette opération complexe qui s'enracine dans une singularité plus ou moins partagée pour intégrer des critères d'évaluation hétérogènes et redéfinir corrélativement les attributs pertinents des personnes et des biens* » (p. 1050)

aborder celui de leur sémantique. La notion de convention²¹ peut être utilement mobilisée pour cela, dans la mesure où l'éthique peut se lire comme un cadre d'interprétation, fondé sur une représentation du bien commun entre le médecin et le patient, qui soutient l'évaluation de la relation établie entre ces deux protagonistes, et est par là-même constitutive de l'activité médicale.

2.3 L'éthique comme cadre d'interprétation conventionnel

Du côté du corps médical, tout d'abord, le principal attrait de l'éthique et de sa codification en règles déontologiques est d'orienter le cadrage et de stabiliser le jugement des praticiens en fournissant un adjuvant indispensable à l'interprétation de règles médicales, foncièrement incomplètes. Un professionnel de santé ne peut ainsi prétendre soigner en ignorant l'éthique attachée à sa pratique professionnelle. De nombreux artefacts (les codes de déontologie, le serment d'Hippocrate, le conseil de l'Ordre, etc..) viennent lui rappeler ses obligations en la matière. Il reste que l'éthique ne se situe pas tant dans l'énoncé des règles de déontologie de portée somme toute très générale (i.e. selon le philosophe du droit McCormick, le « texte de règle »), que dans leurs principes – ou leur « esprit » – qui doit permettre à une application correcte de cette règle (i.e. le « contenu de règle », selon le même auteur²²). La lecture du code de déontologie médicale suffit à s'en convaincre. Des règles de conduite comme « *la médecine ne doit pas être considérée comme un commerce* » (article 19) ou les honoraires « *doivent être fixés avec tact et mesure* »²³ (article 53),

²¹ Nous mobilisons et étendons ici la notion de convention, définie au sens de « L'économie des conventions ». Cette précision apparaît importante dans la mesure où il existe d'autres usages – concurrents – du concept en économie. Cf. Batifoulier (2001).

²² Pour un développement, voir Batifoulier et Thévenon (2001).

²³ Conscient de ce flou, le Conseil de l'Ordre des médecins publie un document de 288 pages (contre 35 pages pour le code lui-même) intitulé « Commentaires du Code de déontologie médicale » qui commente les uns après les autres les 114 articles du code de déontologie (Ordre des médecins, 1998).

ne constituent pas un guide clé en main pour le médecin qui doit dès lors les compléter²⁴.

L'application de règles incomplètes nécessitent dès lors une interprétation²⁵.

Notre hypothèse est que cette interprétation repose (nécessairement) sur une représentation de la relation médecin/patient qui traduit l'attente collective et éthique visant cette relation. Notons qu'il s'agit toujours d'une interprétation située : le montant des honoraires est par exemple fixé en fonction des revenus prêtés aux patients, et mis en phase avec ce qui se pratique chez ces collègues les plus proches géographiquement et thérapeutiquement²⁶. Au-delà de cet exemple, il s'agit pour un médecin d'adopter un comportement qui soit conforme au modèle de relation que définit notamment le code déontologique. Comme on l'a vu, ce dernier vise non pas à prescrire avec précision ce qui sera fait dans un cas particulier, mais à indiquer la manière dont le médecin doit traiter son patient, l'informer ou lui offrir le choix de différentes options médicales, bref la manière dont doit se conduire leur interaction. L'interprétation du code déontologique permet de définir une application correcte des règles médicales et d'établir une relation médicale conforme à ces règles. Dans cette perspective, l'éthique, vue ici comme une représentation de la relation médecin/patient, constitue le complément nécessaire à un système de préférences qui, comme nous l'avons souligné précédemment, demeure foncièrement incomplet, et que le code de déontologie ne complète que tout à fait partiellement. L'éthique plonge ainsi les comportements dans leur univers de sens. En

²⁴ Elle se distingue ainsi d'une structure de gouvernance à la Williamson (Rebérioux et Batifoulier, 2001).

²⁵ Précisons que le problème soulevé par l'interprétation n'est pas, comme le met en avant Ricœur (1995) « *d'appliquer une règle connue à un cas supposé correctement décrit, [...] mais de « trouver » la règle sous laquelle il est approprié de placer un fait qui demande lui-même à être interprété* » (p. 165). On mesure ainsi l'écart se formant entre la simple opération de calcul – qui dans la théorie standard de la décision se ramène à sélectionner une action parmi un ensemble parfaitement défini – et la nécessité de juger la situation, dès lors qu'il ne s'agit pas sélectionner une action au sein d'un ensemble parfaitement (pré-)défini, mais de trouver l'ensemble des actions possibles (voir Favereau et Thévenon, 2002).

²⁶ On observe donc logiquement que les dépassements d'honoraire sont localisés et statistiquement plus fréquents dans les zones géographiques les plus aisées ou dans celles où les médecins proposent des services analogues (même spécialité médicale ou thérapeutique). Voir Borrel (1995), Ruelland (1995), Sandier (1993) ou Batifoulier, Bien et Biencourt (1999).

fournissant la sémantique de la relation médicale, l'éthique comble alors la distance entre les règles et leur application.

Si l'éthique peut jouer ce rôle de cadre d'interprétation, c'est parce qu'elle incarne la représentation commune de ce que doit être une « bonne » pratique médicale, au service du bien commun. En cela, elle présente les traits d'une convention qui permet à des individus de s'engager dans une relation en façonnant une « image normative » commune (Batifoulier et Thévenon, 2001).

L'existence d'une telle représentation affecte bien entendu également le point de vue du patient. L'éthique est dans ce cas un support qui permet de compenser l'asymétrie de savoir qui sépare le patient du médecin – et qui bien entendu justifie la demande du second au premier. De ce fait, elle est un précieux support de la confiance que le patient doit accorder à son médecin – et auquel, du fait de l'absence de savoir commun, le calcul ne peut se substituer (Karpik, 1998). L'éthique institue ainsi un cadre d'interprétation commun au médecin et ses patients, en référence auquel il est alors possible pour ces derniers d'anticiper et de juger le comportement de leur médecin. En ce sens, l'éthique comble l'absence générale « d'univers d'observation commun » – selon la formule de Karpik – et permet aux médecins et aux patients de coordonner leurs évaluations.

Ce statut de représentation commune permet à l'éthique de faire tenir ensemble des individus réflexifs, mus par des savoirs dissemblables, et des préférences instables et incomplètes. L'éthique n'est donc pas une préférence individuelle, donnée une fois pour toute. Elle n'est pas non plus une forme de « capital social » qui agirait en surplomb des préférences pour les déterminer de façon unique. L'éthique est davantage une représentation sociale qui vient compléter ces préférences et est incorporée dans un jugement désignant la manière correcte (ou légitime) de mener à bien une activité médicale, sans être pour autant la seule manière possible. Elle ne peut donc être vue comme une qualité individuelle intrinsèque, dont les individus seraient dotés ou non – et qui aurait pour conséquence de diviser la population en deux catégories invariantes. Au contraire, elle véhicule un

ensemble de valeurs partagées entre les médecins et leur environnement, c'est-à-dire une définition du bien commun se trouvant au cœur de la relation médecin/patient et du monde médical, auquel il est possible de se référer. L'éthique démontre ainsi un pouvoir fédérateur qui ne fait pas que coordonner les comportements, mais coordonne en amont les représentations sur les comportements. En cela, il faut voir le message de la réflexion proposée ici sur le statut conventionnel de l'éthique, à savoir l'impossibilité de penser la coordination des comportements sans penser en amont la coordination entre les jugements sur les comportements²⁷. Prêter attention à ce pouvoir fédérateur de l'éthique conduit à mettre en avant son caractère conventionnel que l'on repère à travers ses quatre caractéristiques²⁸ :

(i) *L'éthique propose une définition générique des règles de conduite.*

Le contenu de cette représentation demeure en effet souvent imprécis voire implicite : on se fait une idée générale (ou générique) des règles de conduite, sans toutefois que celles-ci soient définies en extension. Lorsqu'elle est formulée – par exemple sous la forme du code de déontologie –, son expression prend alors le plus souvent la forme d'un énoncé (en compréhension) de principes de bien commun. A l'image de principes, l'éthique demeure une "structure ouverte" à l'interprétation, au sens où des situations très diverses peuvent y être rapportées (Dworkin, 1996).

(ii) *L'Éthique est constitutive de l'activité médicale.*

Constitutive²⁹ dans la mesure où elle « ouvre l'espace de sens dans lequel peuvent se déployer des appréciations de caractère évaluatif (et ultérieurement normatif) attachées aux préceptes du bien faire » (Ricœur, 1990, p. 207). De ce fait, l'éthique médicale fournit une façon de juger qui dépasse

²⁷ Ce que Corcuff (1995), relisant Boltanski et Thévenot (1991), met très justement en avant comme perspective centrale de l'Economie des Conventions.

²⁸ Caractères d'une convention notamment rappelés par Batifoulier et Thévenon (2001)

²⁹ Le terme est emprunté à Searle (1995) qui distingue deux niveaux logiques de règles. Le niveau des règles « régulatrices », qui « *règlent des conduites existaient auparavant* » (p. 45). Et le niveau des règles constitutives qui « *créent la possibilité même* » des conduites. Sur l'apparition des conventions à ces deux niveaux, voir en particulier Favereau (1986), et Chaserant et Thévenon (2001).

les guides de bonnes pratiques devant régler le secteur de la santé. L'éthique ne se contente pas de prescrire ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Elle permet aussi de juger ce qui a été fait ou qui pourrait se faire. Elle donne une définition de ce qui est « bon » dans le monde médical.

(iii) *L'éthique suppose une adhésion sur le mode de la conviction*

L'adhésion à ces principes est ici distincte d'une adhésion contractuelle, puisque ceux-ci ne sont pas le produit direct de leurs volontés. Ils se présentent au contraire avec une certaine extériorité, en imposant des contraintes de légitimité à l'évaluation des comportements³⁰. Cette adhésion ne se fait toutefois pas en raison d'une contrainte mais sollicite un choix personnel, alors que d'autres principes sont envisageables. Elle procède donc avant tout d'une adhésion à un principe, vécue le plus souvent davantage sur le mode de la conviction que sur celui de l'obligation. Elle n'est en outre pas toujours tenue par un ensemble de sanctions officielles, les individus ne pouvant se dérober à la nécessité de choisir par eux-mêmes.

(iv) *L'éthique résulte d'un arbitrage entre plusieurs conceptions du bien commun.*

Une part d'arbitraire est alors contenue dans ce principe de conduite de l'activité médicale, non pas au sens où tout autre principe aurait pu recevoir l'adhésion, mais parce que sa sélection fait nécessairement suite à un arbitrage réalisé au sein d'une pluralité de principes pouvant prétendre à une conception légitime du bien commun, et ouvrant sur différentes conceptions de la relations médicale³¹.

CONCLUSION : QUELLES PERSPECTIVES POUR LA POLITIQUE DE SANTE ?

³⁰ On retrouve le caractère dual du concept de convention mis en avant par les auteurs de la *Revue Economique* (1989) qui soulignent que, parmi l'ensemble des règles, « *une convention doit être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets* » (p. 143).

³¹ La façon de juger la relation médicale, aussi bien pour le patient que le médecin, n'est évidemment pas la même selon qu'il s'agit de soigner la grippe ou le cancer. Par exemple, une consultation rapide dans le premier cas peut être jugée correcte mais pas dans le second.

Les développements précédents nous ont permis de montrer l'impossibilité de déduire la dimension éthique des comportements d'un calcul utilitariste : l'éthique constitue un support d'évaluation de l'activité du médecin, et en aucun cas son résultat. Elle représente surtout le fondement constitutif de l'activité médicale, au sens où en dépend l'existence même de cette activité. Sa vertu principale est alors de permettre la coordination des comportements des médecins et de leurs patients, *via* la coordination de leurs jugements et la confiance qui peut ainsi être scellée entre ces deux parties. L'éthique est ici pour signifier que l'intérêt du médecin se situe au sein de l'intérêt commun du corps médical et de la population des patients.

Certaines implications sur le rôle des institutions, des normes et des politiques publiques peuvent être déduites de ce constat. La perception de ce rôle est en effet ici modifiée par rapport au schéma standard qui les conçoit comme un pur système de contraintes et d'incitations posées aux intérêts strictement privés. On conçoit au contraire ici que les institutions visent non pas à simplement régler la conformité d'un comportement individuel aux actions collectives, mais à faire converger en amont les représentations qui supportent les évaluations. Plus que par la prescription d'un comportement, leur rôle est donc « d'induire » un cadre d'évaluation – c'est-à-dire d'une certaine façon l'ensemble des avantages et des coûts – et d'influencer la façon dont les agents mobilisent les institutions. A ce titre, ces dernières ne fonctionnent pas seulement comme des contraintes posées à l'intérêt privé, mais représentent aussi des ressources communes aux agents pour œuvrer dans l'intérêt commun. Se déploie donc ici leur pouvoir d'activer un cadre d'évaluation fondé sur l'intérêt commun.

Ce regard éclaire de façon critique les politiques de contrat et d'incitations récemment mises en œuvre en matière de politique de santé. Les programmes de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » sont dominés par un discours comptable activant des logiques marchandes non exemptes d'effets pervers. Batifoulier et Ventelou (2003) constatent ainsi que l'évolution à la hausse des

dépenses de santé s'est construite sur l'érosion de la « part gratuite » des soins. Des soins naguère gratuits ou peu coûteux sont aujourd'hui tarifés par le médecin à mesure que s'accroît le recours à la médicalisation³². Les auteurs identifient là une « propension à marchandiser » se manifestant aussi par la baisse de la durée de consultation, baisse qui accroît mécaniquement le prix par minute de consultation. On peut alors observer un « paradoxe de politique économique » selon lequel bien que projetant la maîtrise des dépenses, une politique fondée sur des systèmes d'incitations individuelles engendre un accroissement de ces dépenses *via* un transfert du gratuit vers le payant.

Cette dérive illustre le rôle d'inducteur de cadre d'évaluation que peut avoir la politique publique. En s'appuyant sur des pratiques de bonus-malus, l'action publique active une logique unique, celle de la régulation marchande et oriente les acteurs vers plus de comportements opportunistes³³. Le contrepoids exercé par les normes éthiques de la profession médicale est alors relégué au second plan. Il importe pourtant de concevoir le rôle de *référentiel* de politique publique³⁴ que peut constituer l'Éthique, *via* certes le code de déontologie, mais aussi l'ensemble des jurisprudences et des réglementations visant la pratique de la médecine. L'Éthique peut ainsi fournir le cadre d'une « régulation de contrôle », dont l'objectif devrait être de détourner les médecins de pratiques opportunistes.

³² Citons, à titre d'illustration la plus grande rareté des visites à domicile et le recours coûteux plus fréquent à « SOS médecin », le recours à la médicalisation et à la prescription médicamenteuse au détriment de la discussion et de la parole, la tarification des ordonnances (pour les vaccins) ou de leur renouvellement (la contraception).

³³ Autrement dit, au risque de caricaturer le mécanisme sous-jacent, l'effet de cette politique dénoncé par les auteurs est d'attirer l'attention des médecins sur les mécanismes concurrentiels, en reléguant les prescriptions éthiques de leur activité en arrière plan. La conduite « désintéressée » cède alors la place à un comportement type du « chasseur de primes » (Petit 1997).

³⁴ La notion de référentiel est ici directement empruntée à l'analyse des politiques publiques proposée par Jobert et Muller (1987), ou Muller (2000) et reprise par Palier (2002) qui soulignent que l'élaboration d'une politique publique nécessite de « *construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir* », en élaborant un « référentiel » (Muller, p. 42). Ce référentiel est caractérisé par le contenu intellectuel et cognitif, et inclut une forme particulière de diagnostic et d'interprétation des problèmes. Il implique aussi certaines valeurs (i.e. des principes de légitimation de ce qui est ou ce qui devrait être) et des normes d'action qui définissent l'orientation générale de l'action publique (ce qu'il faut ou au contraire ne plus faire), et établit ainsi le rôle approprié de l'Etat et des instruments qu'il doit privilégier. Sur l'interprétation des politiques publiques comme cadre de justification, et l'apport de l'Économie des Conventions à l'analyse de ces référentiels, voir (Salais, 1998 ; Eymard-Duvernay, 2001 ; Thévenon, (2003 ; Chapitre 5).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BATIFOULIER P. (1999), « Ethique professionnelle et activité médicale : une analyse en termes de conventions », *Finance, Contrôle, Stratégie*, Vol. 2, juin, p.5-24.
- BATIFOULIER P., BIEN F. et BIENCOURT O. (1999), « La pratique des honoraires libres en médecine ambulatoire : le prix signale-t-il la qualité ? », *Journal d'Économie Médicale*, vol 17, n°6, p 395-404.
- BATIFOULIER P., (2001) , éd., *Théorie des conventions*, Economica.
- BATIFOULIER P. et THEVENON O. (2001), « Interprétation et fondement conventionnel des règles », in *Théorie des conventions*, P. Batifoulier éd., Economica, p 219-252.
- BATIFOULIER P. et VENTELOU B. (2003), « Discours économique et prophéties auto-réalisatrices en médecine libérale : l'érosion de la « part gratuite » », *Revue du Mauss*, à paraître.
- BECKER G. (1981), « Altruism in the family and selfishness in the market », in the *Treatise on the family*, Harvard University Press.
- BECKER G. (1996), *Accounting for Tastes*, Harvard University Press.
- BECKER G., MURPHY K. (2000), *Social Economics*, The Belknap of Harvard University Press.
- BEJEAN S. (1994), *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Economica.
- BEN-NER A., PUTTERMAN L. (1998), « Values and institutions in economic analysis ». In *Economics, values and organization*. Ed by A Ben-Ner et L. Putterman, Cambridge university press, p. 3- 69.
- BOLTANSKI L. et THEVENOT L. (1991), *De la Justification ; Les Economies de la Grandeur*, Paris, Gallimard, coll. NRF Essais.
- BORREL C. (1995), « Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants », *Solidarité Santé, Études statistiques*, 1, p 35-49.
- CARRERE M-O. (1987), « Le médecin ambulatoire et la réalité économique », *Journal d'économie médicale*, 4, p 201-221.

CHASERANT C. (2003), « Cooperation, contracts and social networks : from a bounded to a procedural rationality approach », *Journal of Management and Governance*, à paraître.

CHASERANT C. (2002), « La coopération se réduit-elle à un contrat ? Une approche procédurale des relations contractuelles », *Recherches Economiques de Louvain*, Vol 68(4), p. 481-510.

CHASERANT C., THEVENON O., (2001), « Aux origines de la théorie économique des conventions : prix, règles et représentations », in Batifoulier, P., (ed.), *Théorie des conventions*, Paris, Economica, p. 35-61.

CHIAPPORI P-A, ORFALI K. (1997), « Préférences et interactions : une mise en perspective », *Revue française de sociologie*, XXXVIII, janvier, p. 429-464.

CORCUFF, P., (1995), *Les nouvelles sociologies*, Nathan, coll. 128.

DEBREU G. (1959), *Théorie de la valeur*, Dunod.

DEMSETZ H. (1969), « Information and efficiency :another viewpoint », *The journal of law and economics*, Vol XII, n° 1, p. 1-22.

DOMENIGHETTI G. (1995), « Incertitude médicale : justification éthique de la demande induite », *Journal d'économie médicale*, T.13, n°7-8, p.353-362.

DWORKIN R.,(1996), *Une question de principe*, PUF.

DUPUY, J.-P., EYMARD-DUVERNAY, F., FAVEREAU, O., ORLEAN, A., SALAIS, R., THEVENOT, L., (1989), « L'Economie des conventions », *Revue Economique*, 40(2), pp. 141-145.

ELSTER J. (1989), « Social norms and economic theory », *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 3(4), p. 99-117.

ELSTER J. (1998), « Emotions and economic theory », *Journal of economic literature*, Vol XXXVI, march, p. 47-74.

EYMARD-DUVERNAY F. (2001), « L'Economie des conventions a-t-elle une théorie politique ? », in *Théorie des conventions*, Postface, Batifoulier P., éd., Economica, p.279-297.

FAVEREAU O. (1986), « La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources », dans Salais R., Thévenot L. (sous la direction de), *Le travail. marchés, règles, conventions*, Economica, pp. 249-268.

FAVEREAU O., THEVENON O. (2002), « L'identité (sociale) est-elle soluble dans la rationalité (individuelle) ? », contribution au séminaire « Identité et Economie », GREQAM, Université Aix-Marseille, 5-6 juillet.

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.

HARSANYI J. (1955), « Cardinal welfare, individualistic ethics, and interpersonal comparisons of utility », *Journal of Political Economy*, 63, p 309-321.

HIRSCHMAN A. (1986), *Vers une économie politique élargie*, Editions de Minuit.

JOBERT B. et MULLER P., (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France.

KARPIK L., (1998), « La confiance : réalité ou illusion ? Examen critique d'une analyse de Williamson », *Revue Economique*, 49(4), pp. 1043-1056.

LINDENBERG S. (1983), « Utility and morality », *Kyklos*, 36, p. 450-468.

LINDENBERG S. (1990), « Homo Socio-œconomicus: the emergence of a general model of man in the social sciences », *Journal of institutional and theoretical economics*, Vol. 146(4), p. 727-748.

LINDENBERG S. (1992), « An extended theory of institutions and contractual discipline », *Journal of institutional and theoretical economics*, Vol. 148, n°2, p. 125-154.

LINDENBERG S. (1993), « Framing, Empirical Evidence, and Applications », *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie*, Tübingen, pp 11-38.

LINDENBERG S. (2002), « Solidarity : its microfoundations and macrodependence : a framing approach ». In FAVEREAU O., LAZEGA E., *Conventions and Structures*, Edward Elgar, p. 282-328.

MAC CORMICK N. (1989), « La texture ouverte des règles juridiques », dans Amselek P., Grzegorzcyk C., *Controverses autour de l'ontologie du droit*, pp. 109-126.

MOATTI J-P., LE CORROLLER A. (1996), « Réflexions économistes sur l'éthique médicale », *Journal d'économie médicale*, T.4, n°2, p. 67-78.

MULLER, P., (2000), *Les politiques publiques*, coll. Que sais-je ?, Paris, Presses Universitaires de France, 4^{ème} édition.

ORDRE DES MEDECINS (1998), *Code de déontologie médicale*, édition de février 1998.

ORDRE DES MEDECINS (1998), *Commentaires du Code de déontologie médicale*.

PALIER, B., (2002), *Gouverner la sécurité sociale*, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien Social.

PETIT P. (1997): « La régulation du choix rationnel : deux stratégies » in Dupuy J-P. et Livet P. (eds) : « *Les limites de la rationalité* », tome 1 : « *Rationalité, éthique et cognition* », La Découverte, Collection Recherches, p 297-315.

REBERIOUX A et BATIFOULIER P. (2001), « La nature économique de l'éthique médicale : structure de gouvernance « clef en main » ou convention ? », *Communication au deuxième colloque international des économistes français de la santé*, CES, CNAM, février.

RICŒUR P. (1995), *Le Juste*, Esprit/Seuil.

RICŒUR P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Le Seuil.

RUELLAND N. (1995), « Revenu des médecins libéraux : 10 ans d'évolution », *Solidarité Santé, Études statistiques*, 1, p 51-63.

SALAI, R., (1998), « A la recherche du fondement conventionnel des institutions », in SALAI, R., CHATEL, E., RIVAUD-DANSET, D., (eds), *Institutions et conventions, Raisons Pratiques*, Editions de l'EHESS, pp. 255-291.

SANDIER S. (1993), « Les généralistes en secteur 2: une activité plus faible mais des recettes égales », *Solidarité Santé, Études statistiques*, 1, p 21-33.

SCHELLING T. C. (1984), « Self command in practice, in policy and in a theory of rational choice », *American economic review*, Vol. 74, n°2, p. 1-11.

SCOTT A., VICK S., (1998), « Patients, doctors and contracts : an application of principle – agent theory to the doctor-patient relationship », *Scottish journal of political economy*, vol. 46, n°2, p.111-134.

SEN A. (1977), « Rational fools: a critique of the behavioural foundations of economic theory », *Philosophy and Public Affairs*, 6, repris dans Sen (1993), p. 87-116.

SEN A. (1993), *Ethique et économie*, PUF.

SEN A. (1997), « Maximization and the act of choice », *Econometrica*, Vol 65, n°4, p. 745-779.

SWEENEY G. (1982), « The market for physicians' services: theoretical implications and an empirical test of the target income hypothesis », *Southern economic journal*, 48, p. 594-614.

THEVENON O. (2003), « Les relations emploi/famille en Europe : fondements socio-économiques des comportements féminins en Allemagne, Espagne, France, aux Pays-Bas et Royaume-Uni », *Thèse de doctorat en Sciences Economiques*, Université Paris X-Nanterre, (<http://forum.u-paris10.fr/fr/membres/pgmembres/thevenon/index.asp>).

VICK S., SCOTT A., (1998), « Agency in Health Care : Examining Patients' Preferences for Attributes of the Doctor–Patient Relationship », *Journal of Health Economics*, vol.5, p.987-605.

ZWEIFEL P. (1981), « Demande médicale induite par l'offre : chimère ou réalité », *Consommation, revue de socio-économie*, 4, p. 39-62.