

— raphaël hammer —

La confiance dans le médecin et les formes de son autorité¹

La notion de confiance semble faire l'objet d'un regain d'intérêt de la part des sciences sociales. Quel qu'en soit le cadre théorique, ce qui ressemble fort à une réhabilitation de la confiance en tant que catégorie fondamentale de la vie collective est étroitement lié à l'évolution récente de nos sociétés modernes (Mangematin et Thuderoz, 2003). En suivant Giddens (1994), la confiance que les individus témoignent envers les systèmes-experts constitue un révélateur privilégié du statut des institutions contemporaines. Plus encore, avec l'emprise croissante des systèmes abstraits dans la vie sociale, la question de la confiance interpersonnelle peut être envisagée comme «épreuve de la modernité». Ce qui se joue alors plus particulièrement dans les interactions entre profanes et représentants des systèmes-experts, c'est bien une sorte de «mise à plat» de la nature du lien institutionnel.

Dans un contexte où depuis une trentaine d'années les rapports experts-citoyens tendent à se redéfinir sur des bases moins consensuelles et moins hiérarchiques, où le savoir n'est plus le privilège des seuls spécialistes et où le profane s'affirme de plus en plus comme acteur (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001), la question de la confiance envers le médecin s'avère primordiale. D'autant plus, pour reprendre une distinction classique, que la relation entre la confiance systémique et la confiance interpersonnelle est lâche, comme le suggère Lorenz à propos d'autres institutions; «... la confiance dans un système bancaire ou juridique transcende l'expérience personnelle ou les relations de face à face. Ce qui n'implique pas nécessairement que l'on fasse confiance aux individus qui composent de tels systèmes...» (Lorenz, 2003 : 110).

Notre propos² s'appuie sur l'analyse empirique d'un corpus de 64 entretiens semi-directifs réalisés à Genève auprès d'une population d'hommes âgés entre 40 et 60 ans, appartenant à trois groupes socioprofessionnels distincts : travailleurs manuels peu qualifiés, employés du secteur tertiaire et instituteurs de l'école primaire. L'expérience du monde médical des répondants, globalement en bonne santé, peut être qualifiée d'ordinaire par contraste avec le rapport particulier au savoir médical et au système de soins qui s'établit par exemple dans le

cas de malades chroniques (Baszanger, 1986), de personnes atteintes de handicaps physiques, de maladies génétiques ou encore de pathologies graves, le sida notamment (Barbot et Dodier, 2000; Barbot, 2002). Dans les entretiens nous avons privilégié le thème de la relation des interviewés à leur médecin traitant (actuel et précédent le cas échéant) - généraliste le plus souvent - tout en prenant également en compte l'expérience profane du monde médical dans d'autres cadres (milieu hospitalier et médecins spécialistes notamment).

On s'intéressera plus particulièrement ici à la confiance que l'individu accorde au médecin en reprenant la définition de Giddens. Celui-ci assimile la confiance à une sorte de «pacte» par lequel l'individu se fie aux «gages symboliques» notamment que fournissent les systèmes experts et leurs agents, et qui conduisent à «accepter tacitement les circonstances dans lesquelles on n'a pas le choix» (Giddens, 1994 : 96).

Les types idéaux de confiance dégagés sur la base de notre corpus s'attachent à saisir les conditions d'établissement de ce pacte, les supports ou les «dispositifs normatifs» de la confiance, définis comme des «agencements symbolico-matériels qui portent des principes d'orientation de l'action partagés par les partenaires de l'échange (...) qui ont pour effet, malgré l'incertitude, de maintenir l'esprit des engagements initiaux et donc la continuité de l'échange dans le temps» (Karpik, 1996 : 542). Pour notre objet, il s'agit d'aller au-delà des seules questions de l'asymétrie et de la part d'ignorance quant aux qualités réelles du médecin, car fondamentalement la confiance n'équivaut pas seulement pour le profane au fait de *savoir* que le médecin possède les connaissances et les ressources nécessaires, mais aussi au fait d'accepter sa position de vulnérabilité et son incapacité à juger véritablement du savoir de l'autre et de sa bienveillance. Notre typologie vise ainsi à saisir les modalités par lesquelles la relation au médecin est durable et conçue comme satisfaisante, les façons de reconnaître la qualité d'expert du praticien, ainsi que les conditions d'établissement de son autorité dans l'interaction. Chacun des

¹ Je tiens ici à remercier le comité de lecture de *Carnets de bord pour les remarques constructives relatives à une version précédente de ce texte.*

² Cette analyse s'inscrit dans le cadre plus large d'une thèse en cours portant sur les formes ordinaires de la légitimité médicale.

types correspond alors à une certaine façon d'articuler la confiance au niveau systémique et au niveau de l'interaction. Empiriquement, ces différentes configurations de confiance ont été construites en partant de divers indicateurs, en particulier l'importance de la dimension relationnelle et des compétences techniques, les critères définissant un bon médecin ou une bonne consultation, la forme de la division du travail dans la relation, la façon dont le profane se profile comme acteur du rapport institutionnel, les genres de tensions et de conflits ainsi que les conditions de rupture de la relation (ou de changement de médecin).

Sur les cinq types que comporte la typologie, nous nous concentrerons dans le cadre de cet article sur trois formes de confiance - dites «cléricale», «professionnelle» et «rationnelle» - qui permettent à notre sens d'illustrer le mieux la pluralité de l'autorité médicale et ses enjeux. Dans les descriptions qui suivent, nous avons mis avant tout l'accent sur les caractéristiques qui confèrent leur originalité aux types, et moins sur les traits qui peuvent être communs à tel ou tel type.

La confiance cléricale

Dans cette première configuration que l'on rencontre surtout dans le groupe des travailleurs manuels peu qualifiés, la confiance dans le médecin repose sur deux principes fondamentaux : la reconnaissance du médecin comme expert de la santé et de la maladie d'une part, l'auto-qualification du profane comme ignorant. L'asymétrie cognitive qui constitue le cœur de la confiance s'illustre particulièrement sous l'angle de la division du travail. Il paraît ainsi tout à fait incongru aux yeux du patient de manifester quelque prétention à vouloir prendre part aux choix thérapeutiques, à faire valoir des préférences en matière de médicaments ou à suggérer des pistes diagnostiques, comme l'exprime cet employé de la Poste : «*oh non... je lui fais confiance... il va pas me demander moi ce qui... déjà qu'on n'y connaît pas trop, alors... il vaut quand même mieux le laisser faire*». Se percevant comme incompetent et se gardant bien d'évaluer le travail du médecin, le patient adopte une position de retrait et de délégation, au nom précisément de la qualité d'expert de celui que l'on sollicite en cas de problème. La confiance, parfois affichée comme «totale», équivaut ici généralement à un effacement prononcé de l'exercice de son propre jugement.

La nature avant tout fonctionnelle des attentes participe de cette configuration asymétrique en termes de rôles et de connaissances. Ici la dimension proprement relationnelle de l'échange revêt une importance secondaire. Non pas que l'on accepterait sans sourciller une attitude autoritaire ou antipathique, mais ramené à ce qui paraît vraiment essentiel, le style du praticien et la façon dont il approche le patient ne doivent pas occulter le principal : savoir ce dont on souffre et pouvoir être soigné : «*c'est lui le médecin, moi je dis toujours c'est lui le professionnel, moi je vais là pour me faire soigner et puis c'est tout*». De là découle en grande partie la docilité de principe envers les instructions du médecin. La légitimité du savoir médical confère aux recommandations du professionnel un caractère prescriptif qui ne se discute pas : «*si je vais chez le médecin, je prends ce qui est marqué sur l'ordonnance, n'ayant aucune connaissance côté...*», «*moi il me dit: «faut prendre je sais pas dix par jour», je prends dix, c'est lui qui sait combien je dois prendre*». L'observance que l'on affiche ne concerne pas seulement l'objet «médicament». La conformité est ici d'autant plus significative qu'elle se manifeste également en cas de troubles asymptomatiques, pour lesquels la valeur ou la nécessité de telles recommandations est peu évidente puisque ces troubles ne sont pas ressentis par le malade et que le traitement ne correspond généralement pas à une logique curative. Il convient de souligner ici que cette asymétrie tant cognitive que décisionnelle ne doit pas nécessairement être interprétée comme une contrainte ou comme l'expression d'un rapport de pouvoir. Au contraire la délégation et l'observance thérapeutique s'entendent dans une perspective fonctionnelle. En effet, au cœur de la confiance cléricale, il y a bien une présomption forte, voire une conviction, dans la compétence du professionnel. Cette fiabilité *a priori* du praticien a une résonance générale qui traduit la valorisation de la division sociale du travail et des institutions qui la produisent. A ce titre la confiance affichée envers ceux qui «*connaissent leur affaire*», ceux «*qui ont étudié*» vaut aussi pour soi-même : chacun est compétent dans son domaine. Le type «clérical» est le seul de la typologie qui se caractérise par une forte continuité entre les confiances systémique et interpersonnelle : la confiance dans *son* médecin et dans *le* médecin ten-

dent à se confondre³. C'est dans ce type que la frontière des savoirs entre médecin et patient est la plus fermement invoquée. Le métier, la qualification, les titres constituent des gages non seulement d'un savoir-faire mais aussi d'une sécurité symbolique indispensable, comme l'exprime un autre employé postal : «...les gars ils ont quand même fait leurs examens, ils ont quand même des diplômes, la personne qui donne des diplômes, etc., le gars s'il a passé ça, il doit quand même avoir les capacités, ils vont quand même pas donner des diplômes... alors si on commence à tout remettre en doute... que ça soit la médecine, n'importe quel métier, les politiciens, on remet carrément le monde en doute, on s'en sort plus, c'est la fin là... faut faire confiance...». Certes, il y a une part de «nécessité faite vertu», mais qui n'explique pas tout car c'est sur ce principe que le serrurier ou le conducteur de bus attendent d'autrui le respect à l'égard de leur propre travail et qu'on leur fasse confiance. Participant également à la reconnaissance sociale du métier du profane, les normes qui fondent la confiance cléricale pour ces patients ne sont donc pas à sens unique mais sont dotées d'une valeur universaliste.

La confiance professionnelle

La confiance professionnelle, que l'on retrouve surtout dans le groupe des instituteurs et des employés, se distingue de la confiance cléricale par des attentes beaucoup plus explicites quant au rôle que doit ou devrait jouer le praticien, quant à la manière dont un bon médecin doit se comporter et agir. Au cœur de la confiance se trouve ici la conception que se fait le profane du médecin *en tant que professionnel*. Cette conception se caractérise par une forte dimension normative qui donne lieu à une représentation étroite du rôle du praticien : on insiste sur les frontières de ses prérogatives. On estime notamment que l'espace d'intervention du généraliste doit se cantonner strictement aux troubles organiques et ordinaires. Cette «restriction» fait surtout sens par rapport au rejet parfois véhément de toute mission d'ordre psycho-relationnel du praticien - rejet qui ne repose pas sur son incapacité *a priori* à apporter du soutien moral ou alléger une souffrance existentielle, mais bien sur l'idée que ce genre de plaintes relève de la compétence d'autres professionnels. C'est ce principe que résumant certains en soulignant que «le médecin doit rester médecin» et

qu'il «*faut rester dans sa profession*», fustigeant du coup la tendance actuelle à prendre «*le généraliste pour peut-être autre chose qu'un médecin*».

On retrouve la norme du «à chacun son métier» et la valeur de la division du travail sous une forme cependant différente puisqu'on insiste non sur le fossé entre profane et professionnel, mais sur la coordination et l'interdépendance des professionnels entre eux. Dans la même logique, le réflexe de délégation au spécialiste est érigé comme l'un des principaux critères de fiabilité du généraliste; on met l'accent sur son rôle de «*chef d'orchestre*» ou de sentinelle à l'intérieur du complexe médical. Dans ce type de confiance, l'expérience du monde médical se pose ainsi avant tout en termes de définition formelle des prérogatives des acteurs et des sphères de compétences. Le bon médecin, c'est donc celui qui se conforme strictement au rôle que lui imposent sa position dans le système de soins et les qualifications qui y sont attachées.

La confiance professionnelle se démarque de la confiance cléricale sur un autre point également : les différentes asymétries (statutaire, cognitive, décisionnelle) ne forment pas un système. Si le statut d'expert du médecin n'est guère remis en question, on refuse catégoriquement qu'il s'accompagne d'une inégalité statutaire ou symbolique. On souligne ici volontiers que le médecin est un homme comme un autre et qu'il n'y a absolument pas lieu de le traiter avec une déférence particulière ou d'adopter une attitude de soumission en vertu du soi-disant prestige de sa fonction. En d'autres termes, rien ne saurait justifier la confiance aveugle et la docilité du patient comme une propriété «naturelle» du statut d'expert. Au fond, la seule «inégalité» justifiable, c'est celle du savoir. Aux yeux du profane, l'illégitimité

³ La confiance «pragmatique», l'un des deux types écartés ici, présente plusieurs points communs avec la confiance cléricale, en particulier d'être également prédominante dans le groupe des travailleurs manuels. Dans ce type de confiance la relation lâche entre le niveau systémique et interpersonnel est due au fait que la présomption forte de la qualification du professionnel demande en quelque sorte à être concrétisée dans l'interaction par la démonstration effective du praticien à soigner son patient. La qualification du bon médecin relève in fine d'un «jugement sur pièces», c'est-à-dire sa capacité à résoudre rapidement et efficacement le problème qui lui est présenté. Cette dynamique relationnelle met au fond en jeu une confiance globale envers le monde médical assortie d'une vigilance locale, où la pleine coopération et la délégation peuvent céder le pas à la méfiance dès lors que la guérison ou l'amélioration de l'état de santé tardent à se manifester.

mité d'une attitude autoritaire et paternaliste de la part du praticien est contenue dans la notion même de «professionnel».

Cette représentation normative du médecin ne «règle» donc pas seulement la nature de son champ d'intervention vis-à-vis des autres professionnels mais aussi vis-à-vis du patient lui-même. Ici l'interaction ne se conçoit que sous une forme égalitaire; le patient doit pouvoir s'exprimer, poser des questions et s'informer, participer aux décisions thérapeutiques, et surtout ne rien se faire imposer sous prétexte d'être un profane (d'autant qu'il n'est pas forcément ignorant)⁴. De personne à personne, patient et médecin sont égaux. On peut voir dans ce modèle «démocratique», faiblement hiérarchisé une contre-référence au modèle clérical. Il faut souligner ici que l'affirmation du patient comme acteur de la relation *peut* être synonyme de conflit et s'inscrire comme réaction à un abus de pouvoir par exemple (notamment quand on a le sentiment que le praticien outrepassa ses prérogatives). Mais c'est lorsque cette dimension active du profane s'exerce - idéalement - sans heurts ni tensions qu'elle est emblématique de la confiance professionnelle. La figure du malade actif apparaît ici comme une composante normale du rapport institutionnel. Plus encore, la critique ou l'opposition que peut exprimer le malade - «une sorte de liberté» comme l'indique un instituteur - n'est alors pas nécessairement la marque d'un conflit latent ou le prélude d'une rupture de la relation, mais bien une condition de la confiance⁵.

La confiance rationnelle

La confiance rationnelle ne se rencontre que chez une minorité d'interviewés qui appartiennent presque exclusivement au groupe d'instituteurs. Ce troisième type partage un certain nombre de points communs avec la confiance professionnelle, mais il a ceci de particulier que le discours sur la pratique médicale et la médecine font avant tout référence à leur identité scientifique. Si le praticien est aussi valorisé en tant que professionnel, c'est d'abord par le fait qu'il tend à adopter ou appliquer une approche réfléchie et rationnelle du corps, des soins et de la maladie. Cette conception de la relation médecin-patient est inséparable des fortes affinités que l'on indique avoir avec la démarche scientifique en général. Outre que l'on déclare suivre avec curiosité l'actualité du progrès des connaissances médicales, c'est ici que le profane se définit volontiers

comme «cartésien», «rationnel» ou doté d'un «esprit scientifique», et qu'il se dit attaché au caractère explicable et logique des choses.

Le discours sur l'épistémologie de la médecine qui sous-tend les modalités de la confiance interpersonnelle se situe aux antipodes d'une représentation «simpliste» ou «positiviste» de la science. La vision qui prévaut ici relève d'une conception tout à la fois réaliste, démythifiée et désacralisée, au sens positif, de la science médicale. En même temps que l'on souligne la faillibilité de la médecine, on exprime sa foi dans le progrès des connaissances et dans l'appréhension objective et rationnelle des faits. Ni désenchantée ni enchantée, la conception défendue ici institue l'incertitude et les limites du savoir comme étant l'essence même de la science et de la pratique médicales. Le discours profane témoigne ainsi d'une volonté de les réhabiliter dans leur véritable identité épistémologique.

On comprend alors que l'on critique avec moins de retenue qu'ailleurs les représentations erronées du public qui débouchent sur des attentes démesurées, voire magiques envers la médecine. Surtout, à l'instar de cet instituteur, il s'agit de dénoncer les illusions d'une médecine toute-puissante et omnisciente: *«y a aussi trop d'attentes oui (...) il faudrait, dans le fond, que le médecin arrive à tout guérir, à enlever tout mal, même un mal psychologique, et ça... il n'en est pas question et pas capable»*. De même, rétablir auprès du public une image moins «naïve»

⁴ La notion d'acteur ne signifie pas nécessairement que le malade impose son point de vue à l'expert ou décide à sa place, mais que la structure de la relation lui donne la possibilité de donner son avis, de poser des questions et d'obtenir des réponses.

⁵ Tout en partageant plusieurs attributs avec la confiance professionnelle, la confiance comme «contrat interpersonnel», l'autre type laissé de côté dans le cadre de notre exposé, contraste singulièrement avec la définition formelle, pour ne pas dire formaliste, du rôle du praticien. D'abord parce que dans ce cinquième type, les attentes de soutien psychologique, moral, de sollicitude sont explicites et entrent pleinement dans la qualification du bon généraliste. Ensuite parce que l'entente proprement relationnelle entre les deux protagonistes de l'échange est une condition indispensable et s'étend bien au-delà des limites émotionnelles et de la neutralité affective qui caractérisent le type professionnel. Ici la confiance dans tel ou tel praticien se joue en fonction de ses qualités idiosyncrasiques et des affinités interpersonnelles qui s'établissent dans l'interaction. La «relation de confiance» s'entend au sens plein du terme dans la mesure où ce sont des normes particularistes qui «assurent» l'articulation entre le niveau systémique et interpersonnel.

de la science contribuerait aussi à dissiper le malentendu (et la méfiance) entre médecins et patients; *«on aimerait que tous vivent jusqu'à cent ans et en bonne santé pour jouer au tennis, donc à un moment donné on met un challenge sur la médecine... je suis pas sûr que la machine ait été conçue au départ pour tenir aussi longtemps et aussi bien (...) je crois qu'on a tous envie qu'il n'y ait pas d'échec... que tout trouve solution... ça c'est un petit peu du domaine du rêve de l'homme, et puis on le fait endosser à la médecine (...) je crois que maintenant il faut devenir un peu humble, la science n'a pas réponse à tout. Y a une démarche mais à un moment donné y a des prises de décisions qui se prennent dans un cadre qui reste... un cadre d'incertitude... on a beaucoup affirmé de choses qui ont été démenties par la suite... C'est propre à la science».*

Cette promotion d'une conception réaliste de la science et de la médecine a des implications directes sur l'attitude que le praticien doit avoir vis-à-vis de son patient. Dans la confiance professionnelle, le bon médecin se définit notamment par la conformité de son rôle à sa place dans le système de soins. Dans la confiance rationnelle, il est conçu sous l'angle du rapport que le praticien entretient avec son propre savoir et avec la science. Au fond, le vrai professionnel se doit d'être humble face à ses connaissances et pleinement conscient que les tâtonnements, les aléas, les risques font partie intégrante de la démarche médicale. Loin d'une attitude péremptoire et de suffisance de son savoir, on attend qu'il reconnaisse ses erreurs éventuelles. La confiance est alors d'autant plus grande que le généraliste assume pleinement ses hésitations diagnostiques, que la prudence et l'humilité priment sur son orgueil d'expert; *«... on vit dans une société, du moins je trouve ça assez lamentable, c'est-à-dire où on pourrait aller déposer plainte contre son médecin... comme si le médecin n'était pas un homme et pouvait pas se tromper aussi, alors moi j'admets parfaitement qu'un médecin se trompe, ce qui me gêne, c'est le médecin qui se trompe et puis qu'à la fin vous fait croire que pas du tout, il s'est pas du tout trompé (...) je pense qu'un médecin (...) qui ose mettre sur la table le fait qu'il n'est pas un magicien, qu'il y a des limites à ce qu'il sait, et qu'à un moment il y a le feeling qui joue, eh ben les gens qui sont en face, si ils sont intelligents, ils peuvent le comprendre».* On pourrait résumer le ressort principal de cette confiance rationnelle en disant que la fiabilité de l'expert est à la mesure de la reconnais-

sance, intellectuelle et en actes, de la faillibilité de son savoir. En d'autres termes, c'est à l'aune de l'acceptation des limites de la science médicale et corrélativement de la complexité de l'individu malade que le médecin est digne de confiance.

La pluralité des formes d'autorité et ses enjeux

Quelle est alors la forme de l'autorité du praticien dans chacun de ces types de confiance ? Il faut d'abord préciser qu'elle repose dans chaque cas sur un socle indéfectible; la compétence technique, le savoir-faire ou l'expérience du médecin constituent toujours des conditions absolument nécessaires, unanimement attendues par les profanes. Pour fondamentale qu'elle soit, cette base n'est pas forcément suffisante pour que l'autorité du médecin soit «réalisée». L'établissement d'une relation d'«obéissance» ne se réduit donc pas à la seule reconnaissance par le profane de la supériorité du savoir du professionnel. Autre point commun : les confiances cléricale, professionnelle et rationnelle mettent en jeu une autorité «impersonnelle» ou «constituée», au sens de Weber (1995) où l'on n'obéit pas au médecin en tant que personne mais en tant qu'agent d'une institution. Or cette qualité agentique est elle-même plurielle compte tenu des principes différents sur lesquels elle se fonde.

Dans la confiance cléricale, l'autorité du médecin est fondée sur son appartenance à un groupe de statut, socialement reconnu et validé par les mécanismes institutionnels. La présomption de compétence dont il est crédité «découle» d'une confiance plus large à l'égard des instances de formation et des gages que constituent les titres que ces instances délivrent. Le terme «cléricale» renvoie ainsi au fait que, dans le cadre de l'interaction, la qualité de «celui qui sait» suffit comme «garantie de fiabilité». On l'a dit, les deux autres types se caractérisent par une relation lâche entre les deux niveaux de confiance systémique et interpersonnel, l'autorité du médecin est donc suspendue à des conditions supplémentaires. Dans la confiance professionnelle, l'autorité est liée à une définition étroite et normative du rôle du médecin : elle n'est effective que si la compétence de ce dernier s'exerce dans les limites «imposées» par le profane, i.e. conformément à la représentation qu'il a de ses prérogatives en vertu de la position formelle que le praticien occupe dans la chaîne des soins. Dans la confiance rationnelle, l'autorité du praticien se joue au niveau de sa posture

cognitive. Elle tient plus précisément à la nature du rapport qu'il entretient avec le Savoir et son savoir, et par conséquent à la façon dont l'approche du patient intègre cette disposition épistémique. La crédibilité du médecin renvoie essentiellement à sa capacité à mettre concrètement en œuvre une science «authentique».

L'autorité impersonnelle, définissant en propre la domination rationnelle-légale de Weber, ne constitue ainsi pas une catégorie monolithique puisqu'on y retrouve des dispositifs normatifs de nature différente : une croyance institutionnelle, i.e. dans le système social de production des compétences et du savoir-faire qui confère une certaine valeur au statut de chacun dans la division du travail (confiance cléricale); une valorisation de l'interdépendance des acteurs et ressources de l'activité médicale qui va de pair avec une différenciation stricte des rôles à l'intérieur du système de soins (confiance professionnelle); et enfin un attachement à la dimension syntaxique du travail médical (confiance rationnelle). La pluralité se joue donc au moins à un double titre : par le fait qu'un seul élément ne suffit généralement pas à l'établissement d'une relation d'autorité avec le médecin, et par le fait que le contenu de cette combinaison d'éléments est lui-même variable.

Sur un plan moins théorique, quelles conséquences tirer du constat de cette pluralité ? Il y a tout d'abord lieu d'être prudent quant au discours commun de fin ou de crise de l'autorité médicale, qui risque de céder à la perspective toujours séduisante du «changement social permanent». Ce genre de discours s'avère en outre en grande partie artificiel ou réducteur lorsqu'il prend comme étalon l'autorité médicale traditionnelle⁶, alors qu'elle n'est que l'une des modalités possibles de l'autorité. De surcroît le type «confiance cléricale» oblige à nuancer le diagnostic d'un bouleversement complet des relations médecin-malade. Il n'en demeure pas moins que ce modèle traditionnel de l'autorité n'est plus dominant et que c'est une diversification des types de relation qui prévaut aujourd'hui (Bury, 1997; Calnan et Gabe, 1991). Dès lors, si l'autorité du médecin n'est plus nécessairement acquise ou automatique, si elle n'équivaut guère plus à une obéissance inconditionnelle basée sur le sacré, le respect dû au statut ou l'aura de la profession, l'analyse doit s'attacher à en cerner les nouvelles formes ainsi que les modalités de redéfinition de ses fondations. Cette pluralité, très partiellement illustrée ici, tient au moins à deux ordres de faits.

Premièrement, les types de confiance et les figures

de l'autorité du médecin ne sont pas indépendants du statut social des individus. Si, pour s'en tenir à une opposition grossière, le type «cléricale» tend à se retrouver davantage dans le groupe des travailleurs manuels peu qualifiés, les types «professionnel» et «rationnel» dans celui des instituteurs (et des employés dans une moindre mesure), c'est que le niveau de formation, la position socio-professionnelle ou encore la nature du travail induisent des différences en termes de proximité/distance relationnelle avec le monde de la médecine, de familiarité avec les rouages du système de soins, de culture scientifique, de degré d'information médicale ou même d'intérêt pour la *res medica*⁷. Le rapport au savoir, au pouvoir, aux institutions est donc marqué par l'inégalité et la diversité des ressources sociales dont disposent les individus. La prise en compte de la dimension temporelle et générationnelle montre également que la forme de confiance, à l'échelle de l'individu, n'est pas fixée une fois pour toutes. Dans le cas de trajectoires biographiques particulières ou selon la nature des expériences personnelles du système de soins, les attitudes et représentations à l'égard du monde médical connaissent des mutations parfois radicales⁸.

Deuxièmement, la pluralité des formes d'autorité

⁶ On fait référence ici à la conceptualisation parsonienne du rôle de malade (Parsons, 1955). Dans leur enquête auprès de malades, Claudine Herzlich et Janine Pierret montrent que le modèle de docilité et de la révérence à l'égard de l'autorité professionnelle est bien présent dans les années soixante. Elles en donnent la description suivante : «reconnaissant son ignorance et son impuissance, le malade se soumet avec confiance à un savoir dont il ne met en doute ni le contenu, ni la légitimité et qui, pense-t-il, s'exerce sans ambiguïté pour son bien» (Herzlich et Pierret, 1991 : 243).

⁷ De nombreux travaux ont montré notamment que les membres des classes moyennes se comportaient plus facilement sur un pied d'égalité avec la profession médicale que les membres des classes populaires, les premiers étant également les plus prompts à évaluer les prestations de soins et à changer de médecin en cas d'insatisfaction (voir Herzlich et Pierret, 1991; Lupton, 1996).

⁸ A cet égard, plusieurs interviewés, associés notamment à une confiance «professionnelle», ont indiqué que vers l'âge de 20 ans, leur attitude vis-à-vis de la figure du médecin était bien différente, marquée par le respect, la déférence et l'absence de disposition critique, comme le relève cet instituteur : «à l'époque... parole de toubib, c'était presque... on peut parler de parole d'Évangile...», faisant référence à un temps où «on ne remet pas en doute ce que dit le docteur». Ayant affaire à une génération née entre 1940 et 1960 qui a connu grosso modo une socialisation médicale marquée par le prestige du médecin, et la positivité de la science, il n'est guère étonnant que les changements d'attitudes les plus fréquents ont pour point de départ la confiance de type «cléricale». À l'inverse, il faut préciser également que notre corpus comporte quelques exemples marquants où la confiance cléricale tend à perdurer en dépit d'expériences médicales manifestement négatives.

tient aussi aux transformations plus larges des rapports entre le monde médical et le monde profane (les effets de ces transformations variant selon les ancrages sociaux des profanes). On pourrait en effet lire nombre de mutations intervenues depuis une trentaine d'années - diffusion et vulgarisation des connaissances médicales, hyperspécialisation du savoir, déprofessionnalisation, normalisation du statut social du médecin et de son métier, contestation du pouvoir médical... - comme produisant un processus global de «décrystallisation» des composantes de l'autorité traditionnelle du médecin. Dès lors, il est possible de «raccrocher» les différentes formes de confiance à l'une ou l'autre de ces tendances. On retiendra ici en particulier le type «professionnel», peut-être le plus emblématique du contexte actuel, en ce qu'il témoigne de l'affirmation croissante du patient comme sujet à part entière de la relation médicale, que ce soit en qualité de personne morale ou d'individu psychologique, revendiquant une autonomie de choix et de jugement, fondée sur la notion de droits ou sur un savoir propre. Cette tendance s'est assez largement fondue dans des revendications et mouvements divers qui pour beaucoup ont alimenté, dans les années soixante et septante notamment, une posture d'opposition frontale de la part des sciences sociales vis-à-vis de l'institution médicale, de remise en question de son prestige et de son autorité⁹. Or la confiance professionnelle est précisément remarquable en ce qu'elle ne relève ni d'une attitude foncièrement critique ou conflictuelle, ni d'une position de passivité. Ce type permet ainsi de souligner que la confiance n'est pas nécessairement synonyme d'effacement du profane dans le rapport institutionnel. Au contraire, la figure du malade actif apparaît comme constitutive de l'autorité médicale contemporaine - configuration dans laquelle la reconnaissance du statut d'expert et la reconnaissance du patient en tant que personne vont de pair. Pour le dire autrement, le caractère spécifique et localisé des prérogatives du médecin s'inscrit dans une conception selon laquelle ce rôle actif du patient relève d'un droit qui ne s'énonce pas «contre» le savoir du médecin, mais bien comme composante normale de la relation profane-professionnel.

Raphaël Hammer
Raphael.hammer@socio.unige.ch

⁹ Voir par exemple Freidson (1984), Haug (1976) et Illich (1975). Sur le lien entre confiance et mouvement consumériste dans le champ de la santé, voir Lupton (1997).

Références

- Barbot J. et Dodier N. (2000) «L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH», *Sciences sociales et santé*, 18 (1), 75-117.
- Barbot J. (2002) *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- Baszanger I. (1986) «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue française de sociologie*, XXVII, pp. 3-27.
- Bury M. (1997) *Health and Illness in a Changing Society*, London, Routledge.
- Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y. (2001) *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.
- Calnan M. et Gabe J. (1991) «Recent developments in general practice : A sociological analysis», in Gabe J., Calnan M. et Bury M. (eds) *The Sociology of the Health Service*, London, Routledge, 140-161.
- Freidson E. (1984) *La profession médicale*, Paris, Payot. Trad. de *Profession of Medicine* (1970) New York, Dodd and Mead.
- Giddens A. (1994) *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- Haug M. (1976) «The erosion of professional authority : A cross-cultural enquiry in the case of the physician», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54, 83-106.
- Herzlich Cl. et Pierret J. (1991) *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot [1984].
- Illich I. (1975) *Némésis médicale*, Paris, Seuil, coll. Points.
- Karpik L. (1996) «Dispositifs de confiance et engagements crédibles», *Sociologie du travail*, 4, 527-550.
- Lorenz E. (2003) «Que savons-nous à propos de la confiance ? Un tour d'horizon des contributions récentes», in Mangematin V. et Thuderoz Ch. (ss dir) *Des mondes de confiance*, Paris, Ed. du CNRS.
- Lupton D. (1996) «Your life in their hands : trust in the medical encounter», in James V. et Gabe J. (eds) *Health and the Sociology of Emotions*, Blackwell Publishers, 157-172.
- Lupton D. (1997) «Consumerism, reflexivity and the medical encounter», *Social Science and Medicine*, 45, 3, 373-381.
- Mangematin V. et Thuderoz Ch. (2003) «Introduction», in Mangematin V. et Thuderoz Ch. (ss dir) *Des mondes de confiance*, Paris, Ed. du CNRS.
- Parsons T. (1955) «Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne», in *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 193-255.
- Weber M. (1995) *Economie et société*, Paris, Pocket [1920].