

Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecin dans la sociologie de Parsons

Proposals for a Reconstruction of Patient and Physician Role Elements in Parsons' Sociology

François BÉLAND

Volume 21, Number 1, Spring 1989

Talcott Parsons : Relectures

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001034ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001034ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

BÉLAND, F. (1989). Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecin dans la sociologie de Parsons. *Sociologie et sociétés*, 21(1), 165–185. <https://doi.org/10.7202/001034ar>

Article abstract

Parsons carried out two parallel lines of analysis on the physician/patient action system. The more well known, the one which engendered empirical psychosocial studies, enumerates the normative orientations of patient and physician roles. The less well known studies the clinical relationship as such, rather than the normative orientations of the actors of which this relationship is composed, according to the ÁGIL categories. Parsons did not abandon one of these lines of analysis in favor of the other over his long career. When his definition of patient and physician roles is attacked, he does not refer to his most recent writings, as he sometimes does in response to numerous detractors, preferring instead to defend his first principles. In this paper, we seek to bring together the Parsonian analyses of physician and patient roles, and of the clinical relationship into a single conceptual whole. Since the normative orientations of these roles are defined by the pattern variables, whereas the clinical relationship is analyzed in terms of the ÁGIL category system, two important periods in the development of Parsons' thinking are set forth. Their unity, however, stems from a conception of social action as a dynamic force, which can be found in the origins of Parsons' theoretical work.

Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecin dans la sociologie de Parsons



FRANÇOIS BÉLAND

Le concept de rôle de malade a inspiré les réflexions sociologiques de chercheurs aussi éloignés de la théorie de l'action de Parsons que Freidson (1961) et Waitzkin (1971; Waitzkin et Waterman, 1976), il a été à la source des travaux de Mechanic (1962; Mechanic et Volkart, 1960, 1961) sur le concept de comportement dans la maladie et il a inspiré un certain nombre de travaux empiriques dont la plupart datent des années 1960 et 1970 (Arluke *et al*, 1979; Berkanovic, 1972; Britt, 1975; Butler, 1970; Cole et Lejeune, 1972; Campbell, 1975, 1978; Delange, 1963; Gordon, 1966; Kassenbaum et Bauman, 1965; Petroni 1969a, 1969b, 1969c, 1972; Segall, 1976a, 1976b; Shuval, 1970; Shuval et Antonovsky, 1973; Twaddle, 1969). Dans les études empiriques, les quatre orientations normatives qui définissent le rôle du malade sont devenues des caractéristiques psychosociales des individus malades; le but de la recherche était d'étudier l'étendue de l'adoption des orientations par les malades. Le modèle parsonien était prétendument vérifié dans la mesure où les individus malades échantillonnés adhéraient à ces quatre orientations (Gordon, 1966; Twaddle, 1969) qui sont définies de la façon suivante: 1) l'exemption des obligations des autres rôles du malade, 2) l'exemption de la responsabilité de la maladie, 3) le devoir de reconnaître que la maladie est un état indésirable, et 4) le devoir de recourir à de l'aide compétente pour rétablir la capacité du malade d'assumer d'autres rôles sociaux que celui de malade (Parsons, 1951a, 1951b).

Ce type d'études est virtuellement abandonné de nos jours. Peu d'études, ou même de réflexions théoriques récentes sur les relations patient/médecin, réfèrent directement à la conceptualisation du rôle de malade de Parsons. L'héritage parsonien est souvent lointain (Bloom et Wilson, 1975). Le travail de Wolinsky et Wolinsky (1981) est pratiquement une exception, tandis que l'invocation du concept de rôle de malade se fait en certaines occasions sans référer explicitement à Parsons (voir Mechanic, 1983).

Pourquoi retourner à Parsons? Il ne s'agit pas de choisir Parsons à l'exclusion d'autres auteurs ou d'autres théories, mais la notion de rôle de malade continue de hanter

* L'auteur est récipiendaire d'une bourse de chercheur national en santé du Programme national de recherche et de développement en santé, Santé et Bien-être, Ottawa.

une certaine sociologie médicale (Cockerham, 1988; Fox, 1989). Par ailleurs, les études empiriques sur l'utilisation des services médicaux n'ont jamais obtenu des résultats très probants (Mechanic, 1979). Le Health Belief Model (HBM) (Becker *et al.*, 1974; Kirscht, 1974) a rarement expliqué plus de 20 à 25 % de la variance d'un comportement de santé ou d'un comportement de maladie. Le modèle de Suchman (1965b) qui intégrait l'appartenance à des groupes locaux ou cosmopolitains et introduisait le système de référence civil n'a pas eu beaucoup plus de succès. Le modèle d'Andersen n'a jamais démontré beaucoup plus de puissance explicative (Wolinsky, 1978), tandis que les variables significatives de ce modèle mesurent habituellement les « besoins » de services de santé, c'est-à-dire l'état de santé défini par la fonctionnalité du répondant, la présence de symptômes, le diagnostic, etc. Les facteurs sociaux, étroitement conçus, sont dès lors exclus de l'explication de l'utilisation des services médicaux. Réintroduire les variables sociologiques dans l'explication de l'utilisation des soins de santé passe probablement par un retour à la théorie.

Le HBM est un modèle rationaliste qui insiste sur l'évaluation que fait l'individu de sa vulnérabilité à la maladie et des conséquences de la maladie pour lui. Un événement externe lui fournit un aiguillon (*cue*) nécessaire pour actualiser son action. Le modèle d'Andersen est un modèle behavioral où les prédispositions des acteurs à l'utilisation des services médicaux sont relativement stables dans le temps puisqu'elles sont liées à des caractéristiques sociales lourdes telles que le sexe, le niveau d'éducation et le statut socioéconomique. Il est clair que ces modèles excluent le rapport clinique de leurs considérations. Par contre, le modèle parsonien est interne au rapport clinique dans la mesure où il se présente comme une réponse organisée à des tensions entre médecin et patient, mais ce modèle possède aussi une dimension externe dans la mesure où le rapport clinique est une réponse à des tensions du milieu social de l'acteur. Ainsi, le recours à un médecin se révèle comme une tentative de légitimation d'un état de dépendance sociale. Dans ce cadre, l'utilisation des services médicaux s'explique par les tensions sociales qui s'exercent sur l'environnement du malade en vertu de son état de malade.

La théorie de Parsons sur la maladie et la santé n'est donc pas limitée à l'analyse du rôle du malade (Turner, 1986). À titre de sociologue de la médecine et sociologue du rapport clinique, Parsons se préoccupe aussi bien de ce qui vient avant la visite médicale, par exemple les forces qui influencent la décision du malade de se présenter à un médecin, que de la structure du rapport clinique lui-même. Les concepts qui unifient ces ensembles sont le rôle du malade, le rôle du médecin et le rapport clinique. Ces trois aspects fondamentaux sont au centre de notre analyse de la théorie parsonienne de la pratique médicale.

Il existe plusieurs façons de concevoir le rapport clinique comme un rapport social. Dans un article précédent, nous l'avons conçu comme un rapport d'échange (Béland et Maheux, 1988). Ici, c'est dans le cadre de la théorie parsonienne que nous explorons les rôles de malade, de médecin et du rapport clinique. Premièrement, l'analyse parsonienne du rapport clinique est définie comme une analyse des tensions entre médecin et patient, tensions régularisées par l'adhésion des acteurs aux orientations normatives de leur rôle respectif. Deuxièmement, nous considérons les éléments des rôles de malade et de médecin non comme des éléments descriptifs d'un état psychosociologique, mais bien comme des éléments analytiques qui ont une fonction dans la solution du problème que soulève la présence d'un malade dans un système social. Troisièmement, nous formaliserons le modèle parsonien à l'aide des éléments techniques de la théorie de l'action de Parsons. En effet, quoique Parsons ait traité du rôle de malade à différents moments de sa longue carrière, il l'a toujours fait en utilisant les variables structurelles (traduction de *pattern variables* empruntée à Rocher, 1972), plutôt que le modèle des quatre fonctions AGIL et les média d'échange (Parsons, 1953, 1960, 1963b, 1963c, 1968; Parsons et Smelser, 1956). Cette formalisation permet d'unifier dans un seul schéma conceptuel les quatre

orientations normatives du rôle du malade, celle du rôle de médecin et enfin les quatre fonctions du rapport clinique.

Le rapport clinique, c'est-à-dire le rapport social entre médecin et malade, est vu ici comme un rapport de tensions qui trouve équilibre seulement sous certaines conditions. Il s'agit d'un système défini en fonction des catégories de l'analyse parsonienne, soit l'AGIL et les média d'échange. Les déséquilibres de ce système sont analysés à l'aide de ce même schéma conceptuel. À titre d'exemple, certaines des tensions contemporaines dans le rapport clinique sont analysées à l'intérieur de notre extension de la théorie parsonienne du rapport clinique. La référence aux tensions dans le système qu'est le rapport clinique est centrale dans notre analyse. Elle prend origine dans la conception première de l'action de Parsons telle qu'on la trouve dans *The Structure of Social Action* (Parsons, 1937). Nous utilisons donc des éléments des trois phases du développement de la pensée parsonienne (Alexander, 1983), soit la définition de l'action caractéristique de la première phase, l'analyse du rôle de malade comme déviance qui réfère aux chapitres VII et X de *The Social System* (Parsons, 1951a) et finalement l'utilisation du schéma AGIL et des média d'échange développés dans *Economy and Society* (Parsons et Smelser, 1956) et d'autres travaux plus récents. Ces emprunts nous sont apparus essentiels pour proposer un modèle dynamique et formel du rapport clinique.

En résumé, la théorie parsonienne se présente comme un appareil conceptuel intéressant pour comprendre les enjeux contemporains fondamentaux de la pratique médicale dans son rapport aux patients et pour expliquer les raisons du recours à la profession médicale par des acteurs sociaux.

1. LES ORIENTATIONS NORMATIVES DES RÔLES DE PATIENT ET DE MÉDECIN COMME RÉGULATEURS DE LA TENSION SOCIALE

La tension propre à toute action sociale et la solution à cette tension se trouvent chez Parsons dans la définition même de l'acte. En effet, l'acte est défini sur la base de quatre éléments en tension les uns avec les autres (Parsons, 1937: 44): 1) l'acte tend vers un objectif, 2) l'acte est entrepris dans un contexte qui se développerait dans une direction imprévisible en l'absence de cet acte spécifique; les rapports entre les fins et 3) les moyens de l'acte sont dominés par 4) des orientations normatives. Seules les orientations normatives ont fait l'objet de l'attention particulière des sociologues de la médecine et de la santé qui se sont attardés aux aspects normatifs des rôles de malade et de pourvoyeur de soins dans la sociologie de Parsons. Pourtant, chacune des composantes de la définition de l'acte, soit les moyens, les fins, la situation et les normes, est à la base du schéma parsonien en quatre fonctions AGIL et elles sont distribuées dans un tableau à double entrée dichotomique (Rocher, 1972: 67). On les y retrouve en effet dans la forme d'une double opposition: l'opposition situation/norme correspond aux dimensions externe/interne de ce tableau et la dichotomie moyens/fins à la dimension moyens/buts, également connue comme l'opposition instrumental/consommatoire (Gerstein, 1975).

Les tensions de l'action sociale dans l'analyse parsonienne tirent leur origine du rapport entre fin et situation dont la combinaison exprime la fonction de poursuite des buts (Rocher, 1972: 64), tandis que l'équilibre sera approché par une réconciliation temporaire des moyens et des fins dans les orientations normatives que les acteurs partagent. En ce sens, l'action est un processus de tension entre une situation et des normes dans la mesure où les acteurs tentent de modeler la première sur les secondes. Ce qui chez plusieurs des commentateurs de Parsons semble être des éléments fixes de sa théorie (le consensus autour des normes, par exemple) constitue en fait des éléments problématiques de l'action.

Les études qui ont cherché à vérifier empiriquement la théorie du rôle du malade de Parsons se sont attachées à observer les quatre orientations normatives qui définissent

le rôle de malade, rarement leurs interactions avec celles du rôle de médecin, jamais les tensions entre situations et fins dans la relation clinique et la façon dont les orientations normatives étaient des solutions à ces tensions. Pourtant, les orientations normatives qui définissent le rôle de malade sont, chez Parsons, une réponse institutionnalisée à la situation du malade vis-à-vis son entourage, vis-à-vis la médecine comme institution et vis-à-vis les orientations normatives des médecins qui le traitent. Les quatre orientations normatives du rôle de médecin sont une réponse institutionnalisée à la situation du médecin vis-à-vis la médecine et vis-à-vis la situation du malade et vis-à-vis les orientations normatives du rôle de malade. Mais, dans la mesure où la situation et l'environnement normatif de l'acteur ne sont plus conformes à l'ensemble des normes de son propre rôle, il aura tendance à privilégier un sous-ensemble de ces normes. En ce sens, l'observation empirique de quelques-unes seulement des normes parsoniennes du rôle de malade dans une population (Gordon, 1966) n'invalide pas le modèle parsonien. Il faut tenir compte de l'état des environnements situationnel et normatif des acteurs. Puisque toutes les études empiriques des quatre orientations normatives du rôle du malade se sont bornées à vérifier l'existence des catégories parsoniennes en l'absence de toute autre considération, il n'est pas faux de prétendre que la théorie parsonienne des rôles de malade et de médecin n'a pas véritablement été mise à l'épreuve.

Les tensions entre médecins et patients et le système de résolution de ces tensions ont probablement été le mieux présentés par Parsons dans son analyse du rapport clinique (Parsons, 1970). Celui-ci est défini comme un système d'action (tableau 1). À ce titre, il affronte quatre problèmes fonctionnels : l'adaptation à l'environnement, la définition de buts spécifiques qui mobilisent les acteurs et les ressources, l'intégration des éléments du système dans une collectivité qui s'accorde sur des normes et le maintien de sa structure fondamentale par l'adhésion à des valeurs communes.

Le maintien de la structure fondamentale du système se fait par la référence à une valeur sur laquelle le malade et le médecin s'entendent, soit le désintéressement. Cette valeur en appelle à l'orientation envers la collectivité que Parsons (1951a) avait attribuée à la profession médicale. Dans le rapport clinique, le médecin ne cherche pas à maximiser ses revenus, mais vise à appliquer ses connaissances médicales, tandis que le malade n'est pas en mesure de maximiser une fonction d'utilité puisqu'il est incapable d'évaluer le rapport entre les procédures médicales proposées et appliquées par le médecin et son propre état de santé. Cette situation sous-entend que le malade investit le médecin de sa confiance. La confiance est la norme qui permet l'intégration du rapport médecin-patient. Dès lors, le médecin applique les procédures qu'il juge nécessaires et les patients acceptent le traitement. Le but du rapport clinique est précisément l'application de ces procédures. L'amélioration de la santé du patient peut découler de l'application de la thérapie médicale. Mais la santé est plutôt située dans l'environnement de ce système ; elle est en effet un élément plus général de l'action (Parsons, 1978b). Enfin, le rapport clinique s'adapte à son environnement par la contribution qu'y apportent le médecin et le malade. La contribution

TABLEAU 1

Le rapport clinique comme système d'action

Adaptation (A)

Poursuite de buts (G)

Contribution	Thérapie
Désintéressement	Confiance

Maintien des valeurs
et gestion des tensions (L)

Intégration (I)

du malade est représentée à la fois par sa disponibilité comme patient et par le paiement pour les services reçus qu'il acquitte lui-même ou qu'il permet au médecin de récupérer auprès d'un tiers débiteur. De son côté, le médecin contribue au rapport clinique par le savoir médical et par sa compétence. Le patient et le médecin concourent aussi au rapport clinique en adoptant une somme de comportements qui leur permettent de s'inscrire dans l'ensemble des pratiques médicales reconnues dans une société. Parallèlement, les ressources financières directement ou indirectement apportées par le patient et les connaissances médicales du médecin sont des moyens qui permettent au système de se maintenir dans l'environnement. La notion de contribution que nous proposons ici est plus large que celle de Parsons (1970) qui la restreignait à la contribution financière du malade.

Les sources des tensions dans le rapport clinique se comprend mieux si les exigences fonctionnelles de ce système sont opposées deux à deux. Ainsi, une première opposition se crée entre les couples contribution-thérapie d'une part et désintéressement-confiance d'autre part. Une seconde opposition polarise les couples contribution-désintéressement et thérapie-confiance. Enfin, le couple contribution-confiance s'oppose au couple thérapie-désintéressement (tableau 1). Chacune de ces oppositions concrétise des problèmes fondamentaux de la médecine contemporaine qui obtiennent une solution par recours à un agencement des orientations normatives des rôles du malade et du médecin. L'importance historique de chacune de ces oppositions variera, donnant ainsi prérogative à un sous-ensemble d'orientations normatives qui paraîtront dominantes à une époque donnée. Dans la même optique, les situations médicales sont suffisamment diversifiées pour que des ensembles différents d'orientations normatives soient privilégiés dans différents secteurs de la pratique médicale.

L'opposition entre le couple contribution-thérapie et désintéressement-confiance exprime les problèmes inhérents au détachement du médecin envers le patient. Cet élément de la situation du médecin est impliqué par l'universalisme des fondements scientifiques et éthiques de la pratique médicale, donc à l'obligation qu'a le médecin de s'éloigner, émotivement parlant, de la condition du patient pour décider en toute conscience professionnelle des procédures à appliquer. Ces procédures peuvent entraîner des conséquences immédiates et même lointaines pénibles pour le patient. Ce détachement s'oppose à l'implication personnelle et émotive du patient dans sa maladie. D'où source de tensions qui fait l'objet d'un débat contemporain extrêmement important à la fois dans le corps médical et dans le public. En effet, la nécessité de considérer les facteurs psychosociaux dans la relation clinique est l'une des convictions des auteurs du rapport américain GPEP (1984) sur la formation médicale. Cette tension entre médecin et patient est cependant médiatisée par les normes de permissibilité et de support du rôle du médecin. Elles définissent le degré d'engagement du médecin dans la vie du patient en tant que patient. Du côté du patient, le modèle de sa relation avec le médecin est assuré par son obligation à rechercher de l'aide compétente et par la nécessité de voir sanctionner par une agence sociale légitime son statut de malade. Donc, à la situation de détachement du médecin vis-à-vis son patient, répondent des normes qui définissent le degré de son engagement dans la vie du patient en tant que détenteur d'un rôle, tandis qu'à l'implication subjective élevée du patient dans sa propre situation, répondent des normes qui modèlent son rapport au médecin.

L'opposition des couples confiance-thérapie et contribution-désintéressement suscite désormais plus de tensions entre médecin et patient qu'il y a quelques années. En effet, la compétence des malades vis-à-vis leur santé et leur capacité de discernement diagnostique et thérapeutique se sont accrues au cours des années (Parsons, 1975). Dans le même ordre d'idées, les patients, les malades chroniques surtout, participent à leur traitement (Parsons, 1975; Béland et Contandriopoulos, 1989). Des éléments de tension sont donc susceptibles d'apparaître, la soumission du patient étant moins certaine aujourd'hui qu'hier. Le conflit patient-médecin ne se développera pas nécessairement, la collaboration peut tout aussi

bien s'observer. Elle dépend, en partie, de la capacité de sanctions du médecin et de son contrôle sur l'exemption de la performance des rôles habituels du patient. La pertinence de ces deux orientations dans le cas des malades chroniques a particulièrement été contestée (Callahan *et al*, 1966; Gallagher, 1976; Kassenbaum et Bauman, 1965). En fait, elles sont centrales dans l'explication de la résolution des tensions entre médecins et malades chroniques. L'orientation de sanction permet au médecin de contrôler le comportement du patient à l'égard de son traitement, tandis que l'exemption des rôles normaux rend disponible le patient aux traitements médicaux. La présence de ces deux orientations permet la modulation de la dépendance et de l'autonomie du patient envers le médecin. En ce sens, sanction et exemption des rôles sont centrales dans le rapport des malades chroniques aux médecins puisque la condition médicale des premiers est appelée à évoluer avec leur histoire médicale, le stade de la maladie, le contrôle de la maladie par le traitement, la complexité du traitement, etc.

Enfin, la dernière opposition concerne les couples contribution-confiance et thérapie-désintéressement. L'incertitude de la pratique médicale est au centre de cette tension. La médecine est une application d'un corpus scientifique imparfait dans une situation clinique. Le médecin est appelé à appliquer les techniques thérapeutiques pour le plus grand bien du patient. Il doit faire tout ce qu'il peut pour le patient. Mais la zone d'ignorance en médecine, la tendance à appliquer des traitements à la mode, l'urgence de certaines situations qui justifient l'application de traitements expérimentaux peuvent remettre en cause la confiance du patient en son ou en ses médecins. En effet, l'incertitude doit être mise en rapport avec le désarroi du malade vis-à-vis la maladie et avec sa propre incapacité à juger de l'efficacité des procédures médicales qui lui sont appliquées. L'étude de cette tension entre thérapie et confiance est sous-développée chez Parsons. Les orientations des rôles de malade et de médecin inventoriées par Parsons ne s'appliquent ici que partiellement. Nous en verrons plus loin la raison.

Il existe donc des rapports entre les quatre fonctions du rapport clinique et les orientations normatives des rôles de malade et de patient. Ces orientations se manifestent comme des solutions à ces tensions. Toutefois Parsons n'a jamais défini de façon systématique les rapports entre ces fonctions et les orientations normatives. L'examen en profondeur de l'analyse parsonienne des orientations normatives de ces deux rôles peut suggérer des pistes pour en établir les liens avec les fonctions du rapport clinique.

2. LES ORIENTATIONS NORMATIVES DES RÔLES DE MÉDECIN ET DE PATIENT

La formalisation, par Parsons, du système d'action constitué de la rencontre du médecin et du patient sous le modèle AGIL (Parsons, 1953, 1960, 1963b, 1963c, 1968; Parsons et Platt, 1973) n'a pas découlé d'une analyse des orientations normatives de leur rôle respectif. De fait, si Parsons a écrit abondamment sur la santé, la maladie et la mort, et sur la profession médicale, la pratique médicale et le rôle du malade, il a rarement ajouté à l'analyse des rôles et des situations du malade et du médecin qu'il proposait en 1951. La dynamique du système d'action constitué par le couple médecin/malade n'a donc pas été développée sur le modèle du système d'action sociale tel qu'on le trouve dans *The American University* (Parsons et Platt, 1973).

L'origine parsonienne de la formalisation du système social se trouve dans la transformation des variables structurelles dans le modèle des quatre fonctions AGIL. Cette transformation s'opère à la fois par une classification des concepts et par une élaboration des règles qui régissent leurs rapports (Parsons, 1960). En conséquence, la connaissance des valeurs privilégiées des variables structurelles dans un système d'action permet de classer les orientations des acteurs et les éléments de leurs situations dans le schéma AGIL. La signification des variables structurelles pour le système social de l'action est

TABLEAU 2

Classification des éléments du rôle du médecin

A) Les référents conceptuels des éléments

Rapport du médecin au traitement Le médecin acteur	Contrôle du patient en vue du traitement	Gratifications destinées au patient
Confirmation de la capacité de traitement du médecin	Sanctions	Permissibilité
Confirmation de l'identité professionnelle du médecin	Refus de transfert	Support

B) Les variables structurelles

Conditions d'identification du médecin à sa tâche Conditions de stabilité	Support	Sanctions
Permissibilité	Universalisme	Performance
Refus de transfert	Spécificité	Neutralité

donnée par leur rapport aux quatre problèmes fonctionnels fondamentaux: 1) l'adaptation (A); 2) la poursuite des buts (G); 3) l'intégration (I); et 4) la gestion des tensions — *pattern-maintenance and tension management* (L). Il est donc important de déterminer le rapport des orientations normatives aux variables structurelles pour établir le rapport des premières aux quatre fonctions AGIL.

a) LE RÔLE DE MÉDECIN

Si Parsons caractérise rôles du médecin et du malade par un ensemble de valeurs privilégiées des variables structurelles, les rapports entre chacune de ces valeurs et chacune des orientations normatives de ces rôles sont rien moins qu'évidents. Le rôle du médecin est déterminé par les valeurs suivantes des variables structurelles: universalisme, performance, spécificité, neutralité et orientation envers les collectivités¹.

1. Selon Bourricaud (1984: 71), le rôle de malade se définit comme orienté par le particularisme, l'affectivité et la qualité. Bourricaud ajoute que cette identification des orientations normatives du rôle du patient aux valeurs des variables structurelles qui définissent le problème fonctionnel des patients est évidente chez Parsons. Bourricaud ne cite malheureusement pas les travaux exacts de Parsons à l'appui de son affirmation. En fait, dans *The Social System*, Parsons (1951a: 438) définit les orientations normatives du rôle du patient dans les mêmes termes que celles du rôle du médecin. Cette définition est confirmée par McKinlay (1972). Cette contradiction entre Bourricaud et Parsons ne peut s'expliquer que par l'erreur d'interprétation commise par Bourricaud: la situation du patient se caractérise par le particularisme, l'affectivité, la qualité et la diffusion, les orientations normatives du rôle du malade par l'universalisme, la neutralité affective, la performance et la spécificité. En effet, Parsons discute aussi bien les orientations normatives que la situation des patients et des médecins, en fonction des variables structurelles (Parsons 1951a: 454-465. D'ailleurs Bourricaud (1984: 70) se réfère clairement à la situation du malade pour classifier les éléments normatifs du rôle du malade dans les catégories des variables structurelles. La signification de la situation de malade diffère des orientations normatives de son rôle, ce qui nous ramène à la conception d'origine de l'action de Parsons (1937) où elle est perçue comme une tension entre situation et normes.

Les orientations normatives du rôle du médecin se regroupent aisément en deux dimensions: premièrement selon le rapport du médecin au patient et deuxièmement selon l'action spécifique du médecin dans le rapport clinique (tableau 2A). La première dimension distingue les orientations normatives du rôle du médecin suivant qu'elles concernent le contrôle du médecin sur le patient ou les gratifications que le médecin apporte au patient. La deuxième dimension confirme: a) la capacité du médecin d'agir auprès du patient en fonction de sa compétence et de son savoir; b) l'identité professionnelle du médecin, maintenue par la distance qu'il prend vis-à-vis le patient et par le support qu'il lui accorde dans la relation clinique.

La classification des orientations normatives au tableau 2A permet de mieux saisir le double rôle que chacune joue dans le rapport clinique. La description de ces orientations par Parsons (1951a, 1951b) est toujours empreinte d'un certain flottement qui provient de cette double spécification qu'il ne formalise jamais. Ainsi, le support du patient est défini comme un appui du médecin au patient et, en ce sens, la relation médecin/patient serait caractérisée par un certain particularisme et une identification du médecin à la personne malade. Mais le support est pour Parsons une caractéristique de l'activité professionnelle du médecin, ce qui le préserve d'appliquer particularisme et diffusion dans le rapport clinique. De la même façon, la permissibilité est une permission accordée au patient d'exprimer ses craintes et ses espoirs vis-à-vis le traitement que lui propose et applique le médecin. La permissibilité du médecin n'a de sens que vis-à-vis sa capacité d'intervenir médicalement, c'est-à-dire d'accomplir des actes professionnels. La double spécification vaut aussi bien pour la capacité de sanction du médecin et le refus de transfert. Les sanctions sont un contrôle exercé par le médecin sur le patient pour lui permettre d'appliquer le traitement. Le refus de transfert est l'affirmation du médecin que la relation clinique est une relation professionnelle et non affective avec le patient.

La double spécification des orientations normatives permet de suggérer des rapports systématiques entre orientations normatives du rôle du médecin et variables structurelles. Parsons établit des liens entre certains de ces deux types de composantes. Il laisse toutefois le lecteur dans l'obscurité totale la plupart du temps. Par exemple, le refus du médecin de procéder à un transfert d'identité est fondé sur la spécificité et la neutralité de son rôle propre (Parsons, 1951a: 314). En d'autres occasions, l'universalisme qualifie au moins tangentiellement le refus de transfert. Des quatre orientations normatives décrites dans cette page de *The Social System*, le refus de transfert est la seule qui soit définie par des variables structurelles du système d'action sociale².

Parsons (1951a, 1951b) a cependant suggéré une classification des orientations normatives du rôle de médecin qui regroupe les éléments des deux diagonales du tableau 2A. Cette classification renvoie d'une part aux conditions de stabilité du système d'action malade/médecin, et d'autre part aux conditions d'identification des acteurs à leurs tâches et buts (Parsons, 1951a: 321-324). L'équilibre du système médecin/malade repose en partie sur le couple permissibilité/refus du transfert dans la mesure où l'état de déviance du malade lui permet d'exprimer ses angoisses et d'agir d'une façon qui serait inacceptable en d'autres situations. Cette orientation permissive du médecin n'est fonctionnelle que s'il n'entre pas dans une relation de réciprocité avec le malade. L'équilibre du système est dès lors maintenu. De la même façon, la relation clinique ne va pas sans une certaine compassion ni sans un contrôle du comportement du malade. Le médecin doit donc aider le patient dans ses épreuves, mais en même temps il manipule la situation du patient en le sanctionnant.

2. Quoique le support soit caractérisé par la valeur orientation envers la collectivité (Parsons 1951a: 314), la variable structurelle orientation envers la collectivité/orientation vers soi disparaît de l'ensemble des variables structurelles pour se retrouver à un niveau plus général d'analyse (Parsons, 1960).

L'équilibre parfait du système médecin/patient repose sur la présence de l'ensemble des orientations normatives de ces rôles et, de ce fait, sur l'ensemble des valeurs des variables structurelles qui caractérisent ces rôles. Le rapport clinique n'est donc pas en équilibre si les normes du rôle de médecin n'autorisent pas l'application des valeurs fondamentales des variables structurelles. Par conséquent, chacun des couples refus de transfert/permmissibilité et sanctions/support doit renvoyer aux quatre valeurs des variables structurelles qui composent le rôle du médecin, soit l'universalisme, la performance, la spécificité et la neutralité. Dans la mesure où, selon Parsons, le refus de transfert s'identifie à la spécificité et à la neutralité, la permmissibilité s'apparie alors à l'universalisme et à la performance. Nous avons vu plus haut que le support fait recours à l'universalisme et à la spécificité. En conséquence, les sanctions se réfèrent à la performance et à la neutralité (tableau 2B).

Cette classification des orientations normatives du rôle du médecin en fonction d'un couple de valeurs des variables structurelles permet de leur donner une signification précise dans le cadre théorique général du système d'action de Parsons. Ces orientations normatives se réfèrent à la structure des médias d'échange du sous-système d'adaptation du système général d'action (Parsons, 1960). En effet, la combinaison spécificité-neutralité définit les orientations vis-à-vis l'objet, ou vis-à-vis les propriétés des acteurs, ici, l'identité professionnelle du médecin; la combinaison universalisme-spécificité définit le type de relation entre acteurs, soit, dans le cas qui nous occupe, le support qu'accorde le médecin au patient. La combinaison neutralité-performance correspond à la production d'actes dans le système, soit, ici, les sanctions exercées par le médecin, tandis que la combinaison performance-universalisme renvoie à la permmissibilité qui est une façon pour le médecin de s'assurer de la coopération du patient dans le traitement.

b) LE RÔLE DU MALADE

L'aspect multidimensionnel des orientations normatives du rôle de malade (Parsons, 1951a) leur donne à la fois une certaine plausibilité empirique et une apparence de désorganisation. Par exemple, l'exemption de la performance de rôle n'est pas seulement un droit du patient, mais aussi une obligation (Parsons, 1951a: 436-437). Pourtant, Segall (1976a) classe cette caractéristique comme un droit. Cette difficulté peut se voir accorder un début de solution si l'on accepte que les orientations normatives du rôle de malade aient une double spécification (tableau 3A). Ainsi, l'exemption de la performance de rôles n'est pas seulement un droit du patient, elle est également une condition pour qu'il reçoive un traitement. Évidemment, l'étendue de l'exemption varie en fonction de la condition du malade (Parsons, 1951a, 1978a), mais cette exemption permet au malade de se définir par rapport à ce rôle souvent temporaire et d'investir l'énergie nécessaire pour atteindre le but fixé par la thérapie: le retour aux activités normales. La reconnaissance de la maladie comme état indésirable est tout aussi bien une obligation du patient.

L'exemption de la responsabilité de l'état de maladie et la recherche de l'aide compétente sont deux orientations normatives qui favorisent l'acceptation du traitement par le patient. L'exemption de la responsabilité rend le patient disponible au traitement, en même temps qu'elle le déculpabilise de son état de dépendance et lui permet de rechercher de l'aide sans crainte de représailles. Par ailleurs, la norme de la recherche d'aide compétente favorise la coopération du malade vis-à-vis les examens diagnostiques et les exigences de la thérapie (tableau 3A). La classification des orientations normatives du rôle du malade se fait donc en fonction de deux dimensions homomorphes à celles qui classifient les orientations du rôle du médecin. En effet, l'une de ces deux dimensions définit l'acteur (le malade ou le médecin), l'autre dimension définit le rapport de l'acteur au traitement. La définition traditionnelle du rôle de malade s'élargit singulièrement.

Tout comme les éléments des deux diagonales du tableau de classement des orientations normatives du rôle du médecin (tableau 2A) avaient une signification particulière, les

TABLEAU 3

Classification des éléments du rôle du patient

A) Les référents conceptuels des éléments

Rapport du malade au traitement	Signification de la situation du malade par rapport au traitement	Préparation normative du malade au traitement
Le malade acteur		
Droits du malade	Exemption de la performance des rôles	Exemption de la responsabilité de la maladie
Obligations du malade	La maladie, état indésirable	Recherche d'aide compétente

B) Les variables structurelles

Conditions d'identification du malade à sa tâche	Recherche d'aide compétente	Exemption de la performance de rôles
Conditions de stabilité		
Exemption de la responsabilité de la maladie	Universalisme	Performance
La maladie, état indésirable	Spécificité	Neutralité

éléments des deux diagonales du tableau 3A sont aussi associés de façon privilégiée. La recherche de l'aide compétente est un moyen utilisé par la famille pour légitimer l'exemption de la performance de rôle de la part d'un de ses membres. La combinaison de ces deux éléments représente donc une condition de stabilité du rôle de malade. De la même façon, l'exemption de la responsabilité de l'état de malade ne va pas sans la reconnaissance du fait que la maladie est un état indésirable. Sans cette spécification, le rôle de malade pourrait acquérir une légitimité permanente qui nie le caractère normativement temporaire que cette légitimité doit revêtir³. Cette double spécification identifie la tâche associée au rôle de malade, soit la recherche des conditions nécessaires pour sortir de ce rôle.

Parsons a caractérisé le rôle du malade par les mêmes valeurs des variables structurelles que celles du médecin, mais il n'a jamais indiqué les rapports entre elles. Qui plus est, quoique Parsons ait souvent contrasté les rôles de malade et de médecin, il n'a pas procédé à l'étude des rapports de leurs orientations normatives. Même les orientations normatives qui appartiennent à la catégorie du contrôle du patient par le médecin n'ont pas été comparées aux droits du patient, tandis que les orientations normatives de gratification du patient par le médecin n'ont pas été liées aux obligations du patient. Du moins pas de façon systématique. Cependant, la recherche d'aide compétente est l'orientation normative qui articule le rôle du patient et celui du médecin (Parsons, 1951a: 437), tandis que le support du médecin au patient permet l'intégration de ce dernier dans la relation clinique. Par ailleurs, la permissibilité a été rapportée au fait que le patient ne peut être tenu responsable de son état (Parsons, 1951a: 314). Ces associations entre les orientations normatives des deux rôles permet d'émettre l'hypothèse qu'elles entretiennent le même rapport vis-à-vis les variables structurelles.

3. D'ailleurs la légitimité du rôle du malade chronique et l'étendue des exemptions des rôles doivent être constamment réaffirmés par un médecin.

L'attribution des valeurs structurelles aux orientations normatives du rôle de médecin se comprend mieux par référence aux éléments de classification du tableau 3B. L'orientation de la reconnaissance de l'état indésirable de la maladie est une obligation spécifique du malade, mais elle est liée à l'apparition d'une maladie. Le caractère indésirable de la maladie ne se transmet pas au malade, sauf dans des conditions particulières quoique limitées (quarantaine). L'opposition de la médecine officielle à la mise en quarantaine des sidatiques est exemplaire à cet égard. Par ailleurs, cette norme est émotivement neutre en ce sens qu'elle définit la maladie d'abord et avant tout comme objet de traitement scientifique.

La recherche d'aide compétente est aussi spécifique puisque le malade devra solliciter une aide professionnelle en rapport avec sa maladie. Le recours aux médecines douces n'échappe pas à cette règle dans la mesure où les praticiens de ces thérapies se définissent précisément comme des professionnels.

L'exemption de la performance de rôles est définie par les valeurs de performance et de neutralité. L'exemption est neutre puisqu'elle est basée sur une évaluation scientifique et fonctionnelle, elle ne dépend pas de la capacité du patient à susciter l'émotivité du médecin. Même si cette capacité d'émouvoir les médecins est empiriquement vérifiable, le fait que le certificat médical est exigé par des autorités diverses (employeurs) pour rendre légitime l'état de maladie est une illustration que cette orientation reste partagée. Cette orientation est cependant une reconnaissance d'un droit en fonction d'un événement, la maladie, qui doit être traitée de façon compétente. Cette caractéristique s'applique aux deux formes d'exemption dont jouit le malade. L'exemption de la responsabilité de l'état de maladie est une caractéristique universaliste qui ne dépend pas de la maladie précise ou du comportement préalable du malade. Ainsi le malade n'a pas à justifier son droit d'accès aux services médicaux en fonction des circonstances particulières qui expliqueraient sa maladie.

La reconnaissance de la maladie comme indésirable est l'orientation sur laquelle repose les trois autres. Sans cette reconnaissance de la part du malade, l'ensemble normatif qui gouverne le rôle du malade ne saurait avoir une fonction de contrôle social. La maladie serait une situation recherchée dont les bénéfices seraient accessibles sans condition. Le standard d'action est la recherche d'aide compétente. Cette orientation permet à l'entourage du malade de s'assurer de la légitimité de son statut, mais elle est aussi une garantie pour le malade que l'aide sera disponible en fonction du fait qu'il est malade. Cette orientation permet à l'État de rendre légitime son intervention pour assurer l'accès aux services médicaux. Les volontés d'agir, la profondeur des interventions et leur succès varient, mais les mises en cause de la légitimité de l'intervention de l'État dans le domaine de l'accès aux soins de santé n'ont jamais eu un succès durable dans le monde occidental.

Les orientations normatives des rôles des médecins et du malade ont donc été classées en fonction des variables structurelles de Parsons. Il a été souvent utile dans cette discussion de renvoyer aux composantes des deux rôles simultanément, ce qui illustre clairement le fait que les deux rôles forment un système d'action. Tout au plus les composantes de ce système d'action ont-elles été évoquées dans différents articles par Parsons et par certains de ses commentateurs. Pour faire progresser l'analyse parsonienne des rôles de médecin et de malade, à la fois d'un point de vue empirique et théorique, il serait essentiel de les élaborer à l'intérieur d'un système d'action.

Une autre difficulté s'est aussi présentée dans notre discussion. Parsons (1951a) définit les orientations normatives des rôles de malade et de médecin en fonction de quatre des valeurs des variables structurelles. Mais il est possible de concevoir que l'implication émotive du malade vis-à-vis son état devrait être incluse dans ses orientations normatives autrement que comme des dysfonctions. Les exemptions qui lui sont accordées peuvent aussi être la conséquence de sa situation particulière. Le choix d'un médecin peut dépendre d'une certaine empathie entre médecin et patient. De la même façon, les orientations du

rôle du médecin, en particulier le support et la permissibilité, semblent exiger du médecin de l'empathie, la considération du patient comme personne souffrante aussi bien que comme malade détenant un rôle. De façon intuitive, le support offert au patient ne s'adresse pas uniquement à un aspect spécifique de l'acteur, mais à des aspects globaux de l'individu. Ces thèmes, qui sont en contradiction avec ceux qui définissent les orientations normatives des rôles de médecin et de malade selon Parsons, ne sont-ils que des aspects dysfonctionnels du système d'action médecin/patient? Les valeurs des variables structurelles que sont le particularisme, l'affectivité, la diffusion et la qualité peuvent peut-être être intégrées dans ce système d'action. Comment introduire ces aspects normatifs du système d'action médecin/malade sans pour autant modifier les composantes des rôles de ces acteurs?

3. QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE SYSTÈME D'ACTION DU RAPPORT CLINIQUE

Les orientations normatives des rôles de médecin et de malade médiatisent les rapports entre les sous-systèmes fonctionnels du rapport clinique dans la mesure où elles sont des médias d'échange.

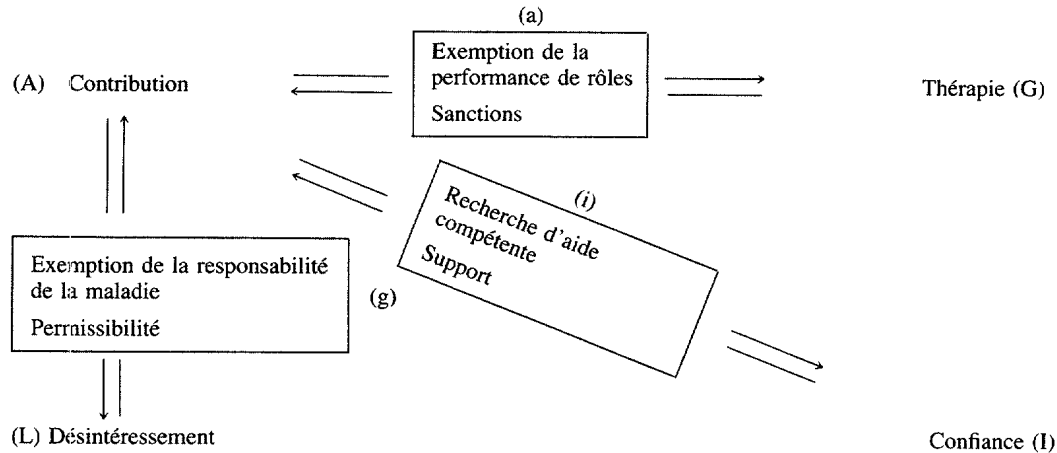
Pourquoi définir de cette façon les orientations normatives des rôles du médecin et du malade? Ces orientations sont caractérisées par les valeurs des variables structurelles suivantes: universalisme, performance, spécificité et neutralité. Les médias d'échange spécifiques du sous-système d'adaptation sont les seuls que Parsons définit par ces valeurs (Parsons, 1960). Il les a définis comme étant des orientations rationnelles. Or la contribution fonctionnelle du rapport clinique est en relation avec le complexe de la rationalité dans le système culturel. Il y a donc convergence de plusieurs points de vue entre l'organisation des concepts généraux de la théorie du système social de Parsons et notre analyse des rôles des acteurs dans le rapport clinique.

Les orientations normatives des rôles de médecin et de malade ont été classifiées aux tableaux 2B et 3B en fonction des valeurs des variables structurelles. Cette classification permet d'identifier les sous-systèmes du rapport clinique avec lesquels les orientations normatives des rôles sont en rapport d'échange. Les rapports entre les fonctions d'un système d'action s'accomplissent par des médias. Ces échanges ont un fondement dans le domaine des valeurs et sont gouvernés par des règles. En utilisant la formalisation du processus d'échange dans un système d'action (Parsons, 1960, 1963b, 1963c, 1968, 1970), il est possible de classer les orientations normatives d'après leur place dans le système d'action qu'est le rapport clinique, à savoir comme médias d'échange entre la fonction de contribution et les autres fonctions du rapport clinique (tableau 4).

Les échanges entre sous-systèmes dans la théorie parsonienne sont gouvernés par des éléments de définition du sens des situations et par des règles qui codifient les échanges entre adaptation et poursuite de buts, d'une part, et entre adaptation et latence, d'autre part. Dans le cas qui nous occupe, les éléments de définition de la situation clinique sont la maladie comme état indésirable et le refus de transfert. Leur absence dans le rapport clinique devrait être plus dysfonctionnelle que celle d'autres orientations dans la mesure où elles se présentent comme les fondements de ces autres orientations. En effet, si le malade ne définit pas la maladie comme un état indésirable, il cherche dès lors à profiter des avantages secondaires de la maladie et il se montre prêt à entretenir sa maladie ou à en simuler une. Or, l'un des objectifs fondamentaux du rapport clinique est de détecter la simulation (Parsons, 1951a). Cette détection n'est possible que si le médecin refuse d'abandonner son rôle de médecin et d'adopter celui d'un membre de la famille ou de l'entourage du malade. Parsons (1964) a insisté sur les tensions qu'engendre la maladie dans la famille américaine. Le médecin se présente comme un recours externe à la fois pour le malade, la famille et l'entourage. Dans la mesure où le médecin abandonne son rôle, le système de contrôle de la déviance du malade s'effondre.

TALBEAU 4

Rapport entre la fonction de contribution, les orientations normatives des rôles du médecin et du malade et les autres problèmes fonctionnels du rapport clinique



Deux autres orientations normatives codifient les rapports entre désintéressement et contribution, d'une part, et thérapie et contribution, d'autre part (tableau 4). Ces deux orientations, par leur rôle comme média d'échange, font du désintéressement la norme de référence dans le rapport clinique et la thérapie, le but du médecin et du malade. Ces deux orientations sont le support du médecin et la recherche d'aide compétente qui sont en relation privilégiée avec la confiance réciproque du malade et du médecin (tableau 4).

La confiance est un investissement du patient dans son médecin en échange d'une promesse de celui-ci de faire tout en son possible pour celui-là. Le patient recherche l'aide du médecin et maintient sa relation avec lui si le médecin lui offre du support. Le rapport entre l'orientation de recherche de l'aide compétente et l'orientation du support est donc éclairé par le lien qu'elles entretiennent toutes les deux avec la confiance (tableau 4). Parsons (1951a) a fait de la recherche de l'aide compétente et du support des charnières entre les deux rôles de malade et de médecin. En liant ces deux orientations à la confiance, celle-ci devient la solution au problème fonctionnel d'intégration dans le rapport clinique.

Les rapports entre la contribution et la thérapie se font par l'intermédiaire de l'exemption de la performance des rôles et par les sanctions (tableau 4). Nous avons déjà souligné comment l'exemption de la performance des rôles situait le patient par rapport au traitement. Le patient peut alors se consacrer entièrement ou consacrer le temps nécessaire à l'administration des procédures diagnostiques et thérapeutiques en toute légitimité. Par ailleurs, les sanctions exercées par le médecin comprennent à la fois la rétribution financière qu'il reçoit pour ses actes thérapeutiques et le contrôle qu'il exerce sur le comportement du patient pour assurer sa coopération. La contribution essentielle du patient au rapport clinique est sa collaboration rationnelle.

Les échanges entre désintéressement et contribution sont assurés par les orientations d'exemption de la responsabilité de la maladie et la permissibilité (tableau 4). L'absence de responsabilité dans la maladie permet au médecin d'agir de façon désintéressée à l'endroit du patient. Sans cette orientation, le médecin devrait attribuer au patient un certain degré de responsabilité avant d'apporter sa contribution. Si tel était le cas, tout l'équilibre du mécanisme de contrôle social qu'est le rapport clinique devrait reposer sur d'autres fondements normatifs que sur un processus d'accès à un statut légitime. La

permissibilité du médecin est l'orientation qui permet au médecin d'accepter les manifestations chez le patient de l'exemption de la responsabilité de son état.

Cette analyse des orientations normatives des rôles du médecin et du patient assure leur place dans le système social du rapport clinique. En même temps, elle les situe par rapport au complexe normatif général du rapport clinique et elle établit une hiérarchie des orientations normatives, certaines se présentant comme la base sur laquelle les autres reposent, d'autres étant des codes qui définissent des règles de coordination. Cette classification des orientations normatives, qui dérive de l'analyse des médias d'échange de Parsons (1960, 1963b, 1963c, 1968), suggère que toutes les orientations normatives ne s'observent pas nécessairement dans un cas concret. L'absence de l'une ou de plusieurs d'entre elles aura des conséquences plus ou moins sérieuses sur la stabilité du rapport clinique. La vérification du modèle parsonien des rôles de malade et de médecin n'exige pas la présence de chacune des orientations normatives dans tous les cas, mais bien l'observation de problèmes fonctionnels précis lorsque certaines d'entre elles sont absentes.

Pour étudier les déséquilibres du système social, Parsons n'emploie plus les termes de fonction/dysfonction, mais applique, depuis l'introduction des médias d'échange (Parsons et Smelser, 1956), les concepts économiques d'inflation et de déflation. L'inflation est vue comme la distanciation entre les fonctions du système selon leur classification horizontale ou verticale, soit la distanciation entre AL et GI ou entre AG et LI, tandis que la déflation est le télescopage des fonctions entre les mêmes dimensions de la classification (Baum, 1976). En conséquence, un système caractérisé par des couples de fonctions en diagonale dans le tableau AGIL devrait montrer une résistance plus grande que d'autres aux forces inflationnistes ou déflationnistes.

L'analyse des tensions inflationnistes et déflationnistes du rapport clinique ne peut ici qu'être sommaire. Elle ne pourra porter que sur les tensions entre les sous-systèmes de la thérapie et de la contribution (AG) et du désintéressement et de la contribution (AL), tandis qu'une seule des diagonales du tableau pourra faire l'objet de commentaires (AI).

Un rapport clinique inflationniste sur la dimension AG aura tendance à exagérer la capacité de la thérapie. La contribution du médecin sera essentiellement comprise comme une application des moyens thérapeutiques à toutes les conditions des patients. D'où la propension du médecin à exagérer les bénéfices de la thérapie médicale et à revendiquer l'élargissement de son champ de pratique. Cette inflation est caractéristique de l'acharnement thérapeutique et de la vision optimiste de la médecine. Le patient doit, selon le médecin, se fier à ses promesses. Le malade sera alors appelé à se définir essentiellement comme un patient, son temps disponible hors du rôle du patient n'a pas, ou peu, de signification comme tel. L'exemption de la performance de rôle sera centrale, tandis que la définition du patient par ses autres rôles aura peu d'importance aux yeux du médecin pour lequel la caractéristique principale du patient est de demeurer disponible. La tendance de certains cliniciens de convoquer tous les patients à la même heure d'une même journée est une manifestation de cette forme d'inflation. La conséquence de l'inflation des promesses de contribution de la thérapie est la déception manifestée par le malade qui sera porté à recourir à des instances extramédicales, soit les tribunaux, pour rétablir l'équilibre. Cette inflation devrait aussi avoir pour conséquence d'accentuer le pouvoir de sanctions du médecin, y compris sa revendication d'utiliser le paiement d'honoraires directs. L'opposition plus grande des médecins spécialistes du Québec que des omnipraticiens à l'assurance-maladie universelle n'est peut-être pas étrangère à la présence d'une inflation plus forte des promesses de la thérapie chez les spécialistes que chez les omnipraticiens.

La déflation dans le rapport AG s'illustrerait par les exigences posées par le patient quant à la preuve de l'efficacité d'une technique médicale avant son application. Pareillement, le médecin pourra réclamer des preuves que le patient contribuera à son traitement. La capacité d'action thérapeutique est alors extrêmement restreinte, le médecin requérant le

droit d'investiguer le patient en profondeur pour toute condition bénigne ou grave. Cette situation déflationniste peut suivre une période inflationniste. Elle se remarque actuellement aux États-Unis où les médecins sont portés à sur-diagnostiquer leur patient pour éviter les poursuites pour faute professionnelle.

L'inflation entre désintéressement et contribution indique un engagement trop prononcé du médecin dans le cas personnel du patient. La contribution du médecin au rapport clinique s'assimile alors à la permissibilité, avec le résultat de diminuer l'efficacité de l'orientation de la maladie comme état indésirable. Cette forme inflationniste a également pour conséquence d'atténuer l'efficacité de l'orientation du refus de transfert et fait de l'exemption de la responsabilité de l'état de maladie un droit. La maladie et la santé deviennent les préoccupations principales des acteurs.

Le mouvement de déflation est inverse et se remarquera surtout du côté de la médecine industrielle lorsque le médecin est au service de la firme. Le médecin, dans une situation déflationniste, aura tendance à réduire sa contribution dans la mesure où le patient est défini comme responsable de sa condition de malade, par son comportement risqué au travail, peu importe sa responsabilité réelle.

Le rapport clinique stable est certes celui qui repose sur un équilibre des quatre fonctions. Mais un système empirique qui accentue le couple confiance/contribution ou le couple thérapie/désintéressement devrait manifester une certaine stabilité. Dans le premier cas, l'équilibre repose sur une accentuation de la qualité des relations interpersonnelles dans la relation clinique. L'accentuation du couple désintéressement/thérapie souligne pour sa part la dimension technique du rapport clinique. Ces deux couples définissent d'ailleurs les deux dimensions de la qualité des soins médicaux (Donabedian, 1980). Il est possible de concevoir comment un système inflationniste sur la dimension contribution/thérapie peut conserver un certain équilibre dans la mesure où il est compensé par un axe désintéressement/thérapie stable, c'est-à-dire dans la mesure où le médecin et les patients sont convaincus d'agir pour des raisons supérieures, à savoir le bien-être du patient. De même, une relation déflationniste entre désintéressement/contribution pourrait être compensée par un couple stable contribution/confiance.

La démonstration qui précède tendrait à prouver que la vérification du modèle parsonien des orientations normatives des rôles du médecin et du malade ne peut se faire qu'en considérant l'ensemble de l'univers normatif du rapport clinique. Cela signifie qu'en plus de la norme de la contribution, les normes de désintéressement, de confiance et de thérapie doivent être prises en considération. Ces normes introduisent d'ailleurs les valeurs des variables structurelles jusqu'alors demeurées absentes des huit orientations normatives classiques des deux rôles de médecin et de malade. Selon le modèle parsonien, la norme de la confiance, appartenant au sous-système d'intégration, se caractérise par le particularisme et la qualité et par l'affectivité et la diffusion; la thérapie, norme qui fixe le but du rapport clinique, se définit par référence à la performance et à la spécificité, mais aussi par l'affectivité et le particularisme; enfin, le désintéressement est défini par la qualité et la diffusion, mais aussi par la neutralité et l'universalisme.

La détermination des médias d'échange entre l'ensemble des fonctions du système devrait faire l'objet d'un développement futur. Parallèlement, les orientations des rôles de médecin et de malade devraient être la cible de plus d'attention.

Enfin, le rapport clinique n'est que l'une des unités d'action du système de soins de santé. Parsons (1970) a noté quelques-unes des transformations subies par le système de soins américain, en particulier la place centrale de l'hôpital et la récupération par l'hôpital, et actuellement par les programmes Medicare ou Medicaid, et par les HMO (Health Maintenance Organization), de certaines fonctions autrefois localisées dans le rapport clinique. C'est donc une erreur de limiter la sociologie médicale de Parsons au seul rapport clinique et l'étude du système social qu'est le rapport clinique aux seules orientations normatives des rôles de médecin et de patient.

4. CONCLUSION

Nous pouvons résumer notre démarche en ces termes.

Le tableau 1 présente le rapport clinique comme système social. Ce tableau peut être considéré comme l'un des seuls efforts qu'a accompli Parsons pour formaliser son analyse de la médecine selon le schéma AGIL. Les orientations normatives des rôles de médecin et de malade apparaissent comme des solutions aux tensions de l'action sociale qu'est le rapport clinique. Cette intuition théorique a été brièvement suggérée dans la première partie de cet article, pour être développée dans les deux parties suivantes.

Dans la deuxième partie, nous avons proposé une formalisation des orientations normatives des rôles de malade et de médecin. Nous nous sommes inspirés des travaux de Parsons sur ces rôles et de sa théorie générale de l'action et du système social. Cependant les résultats techniques obtenus (tableaux 2 et 3) ne correspondent pas nécessairement aux analyses de Parsons qui ont une certaine parenté avec celle des rôles de malade et de médecin, telle son analyse du processus de socialisation (Parsons *et al*, 1955). Pareillement l'attribution des orientations normatives des deux rôles à des valeurs précises des variables structurelles ne correspond pas point pour point aux commentaires de Parsons. Sur certains aspects, il nous a fallu entreprendre nous-mêmes certaines constructions; ailleurs, nous avons en quelque sorte continué la pensée de Parsons qui, de manière imprécise, ne révélait que des pistes de recherche. Pourtant, en d'autres domaines, Parsons a été plus loin dans la spécification de ces aspects techniques (Parsons et Smelser, 1956; Parsons et Platt, 1973). L'acquis principal, au terme de cette deuxième partie, c'est la classification des orientations normatives des rôles de malade et de médecin en médias d'échange, plutôt que leur définition comme éléments fonctionnels distribués en fonction de la nomenclature AGIL.

La troisième partie a proposé un modèle qui unit les quatre fonctions du rapport clinique et les orientations normatives des rôles de malade et de médecin. Avec le tableau 4, le rapport clinique est apparu comme un sous-système du système médical plus général. Le développement analytique de ce sous-système chez Parsons est aussi apparu singulièrement incomplet. Les orientations normatives des rôles de malade et de médecin médiatisent les rapports entre la fonction de contribution du rapport clinique aux trois autres fonctions. Toutefois les échanges entre ces trois dernières fonctions n'ont jamais fait l'objet de propositions de la part de Parsons. Ces aspects manquants tiennent probablement compte de certaines des difficultés de l'analyse du rapport clinique dans l'œuvre de Parsons. Nous avons suggéré que les éléments émotifs du rapport clinique ont été systématiquement évincés. Ils ont été définis comme des facteurs dysfonctionnels liés aux difficultés d'appliquer le refus de transfert ou de limiter la permissibilité du médecin, par exemple. Considérer ces éléments émotifs comme des dysfonctions ne permet pas de comprendre les efforts actuels de la médecine pour intégrer les caractéristiques sociales et psychologiques du patient dans l'anamnèse et dans la relation interpersonnelle entre patient et médecin.

Enfin, il est probable que les quatre orientations normatives du rôle du médecin et celles du rôle du patient soient définies à un trop haut niveau de généralisation dans leur formulation courante. En effet, chacune des orientations normatives du rôle de médecin véhicule probablement un message de contrôle du médecin au patient et la réponse du patient à ce contrôle. Une dichotomisation semblable devrait se retrouver dans chacune des orientations normatives du patient. Cette possibilité dérive de la classification des orientations normatives des deux rôles en média d'échange et des considérations techniques de Parsons (Parsons et Smelser, 1956; Parsons et Platt, 1973) sur les médias d'échange.

La théorie de Parsons sur le rapport clinique et, de façon générale, sa sociologie de la médecine sont loin d'être complètement élaborées. Des pièces importantes restent manquantes. Par contre, les commentaires théoriques et les épreuves empiriques de la

théorie des rôles de médecin et de malade de Parsons ont souvent laissé supposer qu'elle constituait un univers complet et fermé. Dans la mesure où il est clair que la théorie des rôles de malade et de médecin propose un ensemble d'éléments analytiques formant un sous-système plutôt que des descriptions empiriques, elle peut être considérée comme incomplète. Il a suffi ici d'appliquer les principes généraux de la théorie de l'action et du système social de Parsons et d'utiliser quelques-uns de ses développements techniques pour dépister ces insuffisances.

La formalisation du rapport clinique que nous avons présentée identifie les domaines où il faudrait compléter la théorie. Il se peut aussi que nos propres propositions gagneraient à être modifiées et corrigées. Mais elles démontrent que la théorie de Parsons sur le rapport clinique et sa sociologie de la médecine devraient être tirées de l'oubli où elles sont tombées.

Actuellement, ce sont moins les sociologues de la médecine qui font revivre la théorie de Parsons que les économistes progressistes de la santé, la plupart du temps sans le savoir (Evans, 1984). En effet, les économistes qui insistent sur les caractéristiques spéciales de la médecine pour l'exclure du champ du marché économique classique se trouvent à s'accorder avec Parsons sur les caractères particuliers de la médecine et utilisent les mêmes métaphores que lui pour illustrer leur point de vue, soit l'opposition entre le désir de posséder une automobile et la prescription d'une procédure médicale (Parsons, 1951a; Evans, 1984). Par ailleurs, les modèles économiques traditionnels qui proposent de soumettre la médecine aux forces du marché déposent un bilan semblable à celui des sociologies du pouvoir médical. Dans le cas de ces économistes, le monopole médical serait brisé par l'application des lois du marché et, dans le cas de la sociologie, par l'intervention de l'État. De façon un peu étrange, les économistes progressistes justifient l'intervention de l'État dans les soins médicaux par les caractéristiques parsoniennes qui l'excluent du marché économique traditionnel, tandis que les sociologues ont toujours critiqué Parsons pour sa soi-disant défense de la médecine libérale américaine qui exclurait l'intervention de l'État.

La sociologie de la médecine de Parsons mérite mieux que l'oubli dans lequel elle a été tenue, ne serait-ce que parce qu'elle offre une voie à la réflexion théorique qui ouvre des perspectives intéressantes pour des études empiriques. Mais, dans l'esprit de Boudon (1989), la théorie de Parsons n'est pas la seule voie possible. Par exemple, peu de travaux empiriques ont véritablement utilisé la théorie de Freidson. Les théories de l'échange social semblent aussi dévoiler des perspectives intéressantes (Béland et Maheux, 1988). Qui plus est, des traits communs existent entre différentes perspectives théoriques. Par exemple, la théorie parsonienne, la théorie de Freidson et celle de l'échange social accordent toutes une place centrale à la notion de confiance dans l'étude des rapports entre médecin et patient. Les postulats selon lesquels chacune organise ce rapport comme un rapport de confiance, et les conséquences qui en découlent, diffèrent sensiblement. La perspective de Freidson intègre une vision politique, celle de la théorie de l'échange fait des acteurs les maximisateurs d'une fonction d'utilité. Freidson (1970) met l'accent sur l'effet de la situation dans l'action sociale, les théories de l'échange social sur la rationalité limitée des acteurs étant donné leur situation et leur intérêt (Coleman, 1973), Parsons insiste sur la tension entre situation et orientations normatives. L'acteur de Parsons est donc moins déterminé que celui de Freidson, mais il est moins rationnel que celui des théories de l'échange social. D'ailleurs Bourricaud (1984) a justement noté que l'acteur de Parsons n'est pas un maximisateur, caractéristique fondamentale des acteurs dans les théories de l'échange social. Voilà sans doute pourquoi les médias d'échange de Parsons sont plutôt des canaux de communication que des modes de paiement exprimant la valeur des objets ou des services achetés sur un marché. Pour terminer sur une métaphore, les médias d'échange parsonien servent moins à exprimer les prix du passage dans des canaux entre sous-systèmes qu'à décrire les canaux eux-mêmes. Cela permettrait de saisir comment

les orientations normatives des rôles de médecin et de malade peuvent être considérées comme des médias d'échange dans la théorie du rapport clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, J. C., *The Modern Reconstruction of Classical Thought: Talcott Parsons*. Berkeley, University of California Press, 1983.
- ARLUKE, A., L. KENNEDY et R. C. KESSLER, «Reexamining the sick role concept: An empirical assessment», *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 1979, p. 30-36.
- BAUM, R. C., «On societal media dynamics», dans J. J. LOUBSER, R. C. BAUM, A. EFFRAT, U.M. LIETZ, *Explorations in General Theory in Social Science*, New York, Free Press, 1976, p. 579-600.
- BECKER, M. H., R. H. PRACHMAN et J. P. KIRSCHT, «A New approach to explaining sick role behavior in low income populations», *American Journal of Public Health*, 64, 1974, p. 205-216.
- BÉLAND, F. et A. P. CONTANDRIOPOULOS, «Quelques réflexions à la frontière de l'économie et de la sociologie sur les notions de demandes, de besoin et de planification des services de santé», *Journal d'Économie médicale*, 1989. (à paraître)
- BÉLAND, F. et B. MAHEUX, «Applications d'une théorie de l'échange social à l'étude des liens entre les médecins et leur clientèle», Genève, XIII^e Colloque de l'Association internationale des sociologues de langue française, 1988.
- BERKANOVIC E., «Lay conception of the sick role», *Social Forces*, 52, 1972, p. 53-64.
- BLOOM, S. W. et R. N. WILSON, «Patient-practitioner relationship», dans H. E. FREEMAN, S. LEVINE et L. G. REEDER, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1975, p. 275-296.
- BOUDON, R., «La théorie de l'action sociale de Parsons: la conserver, mais la dépasser», dans le numéro actuel de *Sociologie et sociétés*, 1989.
- BOURRICAUD, F., *The Sociology of Talcott Parsons*, Chicago, The University of Chicago Press, 1984.
- BRITT, D. W., «Social class and the sick role: Examining the issue of mutual influence», *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 1975, p. 178-182.
- BUTLER, J. R., «Illness and the sick role: An evaluation in three communities», *British Journal of Sociology*, 21, 1970, p. 241-261.
- CALLAHEN, E. A., S. CARROL, P. REVIER, E. G. HOOLY et D. DUNN, «The «sick role» in chronic illness: Some reactions», *Journal of Chronic Disease*, 19, 1966, p. 883-897.
- CAMPBELL, J. D., «Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness», *Child Development*, 46, 1975, p. 92-100.
- CAMPBELL, J. D., «The child in the sick role: Contributions of age, sex, parental status, and parental values», *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 35-51.
- COCKERHAM, W. C., «Medical sociology» dans N. SMELSER, *Handbook of Sociology*, Beverly Hills, Sage, 1988, p. 575-600.
- COLE S. et R. LEJEUNE, «Illness and the legitimation of failure», *American Sociological Review*, 37, 1972, p. 347-356.
- COLEMAN, J. S., *The Mathematics of Collective Action*, Chicago, Aldine, 1973.
- DELANGE, W. H., «Patient role conflict and reactions to hospitalization», *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 1963, p. 113-118.
- DONABEDIAN A., *The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
- EVANS R. G., *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworths, 1984.
- FOX, R. C., *The Sociology of Medicine: A Participant Observer's View*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989.
- FREIDSON, E., *Patients' Views of Medical Practice*. New York Free Press, 1961.
- FREIDSON, E., *Profession of Medicine*. New York, Harper & Row, 1970.
- GALLAGHER, E. B., «Lines of reconstruction and exention in the parsonian sociology of illness», *Social Science and Medicine*, 10, 1976, p. 207-218.
- GERSTEIN, D. R., «A note on the continuity of parsonian action theory», *Sociological Inquiry*, 45, 1975, p. 11-15.
- GPEP Report, *Physicians for the Twenty-First Century*, Washington, Association of American Medical Colleges, 1984.
- GORDON, G., *Role Theory and Illness: A Sociological Perspective*. New Haven, College & University Press, 1966.
- KASSENBAUM, G. C. et B. O. BAUMAN, «Dimensions of the sick role in chronic illness», *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 1965, p. 16-27.

- KIRSCHT, J. P., «The health belief model and illness behavior», *Health Education Monograph*, 2, 1974, p. 387-408.
- McKINLAY, J. B., «The sick role — illness and pregnancy», *Social Science and Medicine*, 6, 1972, p. 561-572.
- MECHANIC, D., «The concept of illness behavior», *Journal of Chronic Disease*, 15, 1962, p. 189-194.
- MECHANIC, D., «Correlates of physicians utilization», *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 1979, p. 387-396.
- MECHANIC, D., «The experience and expression of distress: The study of illness behavior and medical utilization», dans D. Mechanic, *Handbook of Health, Health Care and the Health Profession*, New York, Free Press, 1983, p. 591-607.
- MECHANIC, D., et E. H. VOLKART, «Illness behavior and medical diagnosis», *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 1960, p. 86-94.
- MECHANIC, D., et E. H. VOLKART, «Stress, illness behavior, and the sick role», *American Sociological Review*, 26, 1961, p. 51-58.
- PARSONS, T., *The Structure of Social Action*, New York, Free Press, 1937.
- PARSONS, T., *The Social System*, New York, The Free Press, 1951a.
- PARSONS, T., «Illness and the role of the physician: A sociological perspective», *American Journal of Ortho Psychiatry*, 1951b, p. 452-460.
- PARSONS, T., «The dimensions of action-space», dans T. Parsons, R. F. BALES et E. A. SHIB, *Working Papers in the Theory of Action*, Wesport, Greenwood Press, 1953, p. 63-100.
- PARSONS, T., «Pattern variables revisited: A response to Professor Dubin's stimulus», *American Sociological Review*, 25, 1960, p. 467-483.
- PARSONS, T., «Social change and medical organization in the United States: A sociological perspective», *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346, 1963a, p. 22-33.
- PARSONS, T., «On the concept of influence», *Public Opinion Quarterly*, 27, 1963b, p. 37-62.
- PARSONS, T., «On the concept of politic power», *Proceedings of the American Philosophical Society*, 107, 1963c, p. 232-262.
- PARSONS, T., «Definitions of health and illness in the light of American values and social structure», dans E. G. Jaco, *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe, Free Press, 1964, p. 165-187.
- PARSONS, T., «On the concept of value — commitments», *Sociological Inquiry*, 38, 1968, p. 135-160.
- PARSONS, T., «Some theoretical considerations bearing on the field of medical sociology», dans T. Parsons, *Social Structure and Personality*, Londres, Free Press, 1970.
- PARSONS, T., «The sick role and the role of the physician reconsidered», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 53, 1975, p. 257-278.
- PARSONS, T., «Social structure and the symbolic media of interchange», dans *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York, Free Press, 1977a.
- PARSONS, T., «Some problems of general theory in sociology», dans T. Parsons, *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York, Free Press, 1977b.
- PARSONS, T., «The sick role and the role of the physician reconsidered», dans T. Parsons, *Action Theory and the Human Condition*, New York, Free Press, 1978a.
- PARSONS, T., «Health and disease: A sociological and action perspective», dans T. Parsons (dir.), *Action Theory and the Human Condition*, New York, Free Press, 1978b, p. 66-81.
- PARSONS, T., R. F. BALES, J. OLDS, M. ZELDITH et P. E. SLATH, *Family, Socialization and Interaction Process*, New York, Free Press, 1955.
- PARSONS, T. et G. PLATT, *The American University*, Cambridge, Harvard University Press, 1973.
- PARSONS, T. et N. J. SMESLER, *Economy and Society*, Londres, Keyan Paul, 1956.
- PETRONI, F. A., «The influence of age, sex and chronicity in perceived legitimacy to the sick role», *Sociology and Social Research*, 53, 1969a, p. 180-193.
- PETRONI, F. A., «Social class, family size, and the sick role» *Journal of Marriage and the Family*, 31, 1969b, p. 728-735.
- PETRONI, F. A., «Significant others and illness behavior: A much neglected sick role contingency», *The Sociological Quarterly*, 10, 1969c, p. 32-41.
- PETRONI, F. A., «Correlates of the psychiatric sick role», *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 1972, p. 47-54.
- ROCHER, G., *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
- SEGALL, A., «Sociocultural variation in sick role behavioural expectations», *Social Science and Medicine*, 10, 1976a, p. 47-51.
- SEGALL, A., «The sick role concept: Understanding illness behavior», *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976b, p. 163-170.
- SHUVAL, J., *Social Fonctions of Medical Practice*, San Francisco, Jossey Bass, 1970.
- SHUVAL, J. T. et A. ANTONOVSKY, «Illness: A mechanism for coping with failure», *Social Science & Medicine*, 7, 1973, p. 259-265.

- SUCHMAN, E. A., «Social patterns of illness and medical care», *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 1965b, p. 2-16.
- TURNER, B. S., «Sickness and social structure: Parsons' contribution to medical sociology», dans R. J. Holton et B. S. Turner, *Talcott Parsons Economy and Society*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1986.
- TWADDLE, A. C., «Health decisions and sick role variations: An exploration», *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 1969, p. 105-108.
- WAITZKIN, H., «Latent functions of the sick role in various institutional settings», *Social Science & Medicine*, 5, 1971, p. 45-75.
- WAITZKIN, H. et B. WATERMAN, «Social theory and medicine», *International Journal of Health Services*, 6, 1976, p. 9-23.
- WOLKINSKY, F. D., «Effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization», *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 384-396.
- WOLINSKY, F. D. et S. R. WOLINSKY, «Expecting sick role legitimation and getting it», *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 1981, p. 229-242.

François Béland
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. «A»
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7

RÉSUMÉ

Parsons a mené deux analyses parallèles du système d'action qu'est le rapport médecin/patient. La plus connue, celle qui a donné lieu à des études psychosociales empiriques, énumère les orientations normatives des rôles de patient et de médecin. La moins connue étudie le rapport clinique lui-même, plutôt que les orientations normatives des acteurs, qui le constituent selon le schéma AGIL. Parsons n'a pas abandonné l'une de ces analyses au profit de l'autre au cours de sa longue carrière. Lorsque sa définition des rôles de patient et de médecin est attaquée, il ne renvoie pas le critique à ses travaux les plus récents, comme dans plusieurs de ses réponses à ses nombreux détracteurs, il préfère défendre ses propositions premières. Dans ce texte, nous cherchons à unir dans un seul ensemble conceptuel les analyses parsoniennes des rôles de médecin et de patient et du rapport clinique. Puisque les orientations normatives de ces rôles sont définies par les variables structurelles, tandis que le rapport clinique est analysé selon le schéma AGIL, deux grandes périodes du développement de la pensée de Parsons sont invoquées. Leur unité passe cependant par une conception unique de l'action sociale comme une dynamique que l'on retrouve à l'origine des travaux théoriques de Parsons.

SUMMARY

Parsons carried out two parallel lines of analysis on the physician/patient action system. The more well known, the one which engendered empirical psychosocial studies, enumerates the normative orientations of patient and physician roles. The less well known studies the clinical relationship as such, rather than the normative orientations of the actors of which this relationship is composed, according to the AGIL categories. Parsons did not abandon one of these lines of analysis in favor of the other over his long career. When his definition of patient and physician roles is attacked, he does not refer to his most recent writings, as he sometimes does in response to numerous detractors, preferring instead to defend his first principles. In this paper, we seek to bring together the Parsonian analyses of physician and patient roles, and of the clinical relationship into a single conceptual whole. Since the normative orientations of these roles are defined by the pattern variables, whereas the clinical relationship is analyzed in terms of the AGIL category system, two important periods in the development of Parsons' thinking are set forth. Their unity, however, stems from a conception of social action as a dynamic force, which can be found in the origins of Parsons' theoretical work.

RESUMEN

Parsons ha llevado a cabo dos análisis paralelos del sistema de acción que es la relación médico/paciente. La más conocida, aquella que ha dado lugar a estudios psicosociales empíricos, enumera las orientaciones normativas de los roles de paciente y de médico. La menos conocida estudia la relación clínica misma, más bien que las orientaciones normativas de los actores que los constituyen, según el esquema AGIL. Parsons no ha abandonado ninguno de estos análisis por el otro en el curso de su carrera. Cuando su definición de los roles de paciente

y de médico es atacada, él no refiere su crítica a sus trabajos más recientes como en varias de sus respuestas a sus numerosos detractores, él prefiere defender sus primeras proposiciones. En este texto, nosotros buscamos unir los análisis parsonianos de los roles de médico y de paciente y aquel de la relación clínica en un solo conjunto conceptual. Ya que las orientaciones normativas de estos roles están definidas por las variables estructurales, mientras que la relación clínica es analizada según el esquema AGIL, se invocan dos grandes periodos del desarrollo del pensamiento de Parsons. Su unidad pasa sin embargo por una concepción única de la acción social como una dinámica que se encuentra al origen de los trabajos teóricos de Parsons.