

ETUDE DE LA LOGIQUE MEDICALE DE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE  
EN MEDECINE GENERALE

MED. I - lère monographie

Le Dr POIVET décrypte les comportements de six médecins généralistes en situation de recherche et le questionnaire-inventaire qui est, au stade observé, l'objectif du groupe auquel lui-même participe.

Cette première monographie illustre l'une des méthodes que nous employons pour affronter le difficile problème de chercheurs qui s'instaurent à la fois comme sujets et objets d'une étude.

Une polydisciplinarité dont on a pu, systématiquement, écarter toute stratification hiérarchique entre les disciplines, a permis l'observation du groupe en action sans altération de son comportement habituel et de son langage vernaculaire.

Le spécialiste de la dynamique de groupe et de l'analyse structurale a pu donner aux chercheurs, de par l'observation de leur mode de fonctionnement, de riches informations sur certaines logiques qui prennent naissance dans les pratiques médicales des chercheurs généralistes et que ceux-ci transposent dans le groupe de recherche.

Les pratiques médicales de ces généralistes se trouvent ainsi éclairées en retour par celles qu'ils mettent en oeuvre dans le groupe de recherche. Certaines nécessités intrinsèques à un tel groupe de chercheurs ont aussi été mises en évidence, en particulier, rôle du temps et de la répartition d'un nombre élevé de séances pour qu'un tel groupe puisse acquérir la capacité de cohésion, de refoulement et d'intégration qui fonde un travail groupal.

Sans en dire plus sur un travail en cours et qui est loin d'être achevé, je crois pouvoir dire que dans son fonctionnement actuel il arrive à ce groupe de recherche d'atteindre ce stade. Il en résulte des méthodes et des aperçus très exaltants.

O. ROSOWSKY

Cf : Etude de la logique médicale de prescription médicamenteuse en médecine générale, in "Documents de Recherches en Médecine Générale" n° 10/11.

L'équipe chargée de cette recherche est ainsi constituée:

J.M. ABRAMOWITCH	, sociologue.
J.de COULIBOEUF	, médecin généraliste
J.L. GALLAIS	, " "
J. GOEDERT	, " "
D. POIVET	, psychiatre-psychanalyste
J.Paul PREZIOSI	médecin généraliste
O. ROSOWSKY	" "
G. VERY	" "

LOGIQUE DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE  
EN MEDECINE GENERALE

Décryptage : Dr D. POIVET

I - OBJECTIF

L'objectif qui nous était fixé, la logique de la prescription et le champ qui nous était imparti du fait du matériel recueilli, nous ont conduit à une réflexion qui dépasse notablement le cadre de la médecine. Cependant, pour rester isomorphe à notre but initial, nous avons dû, à la fois réduire certaines ambitions plus globalisantes et étendre des points de portée plus restreinte mais d'un ordre plus spécifique. Le résultat gagnera peut-être en pertinence, mais perdra de ce fait son homogénéité.

II - LA LOGIQUE DE LA PRESCRIPTION, MODELE DYNAMIQUE

Il n'est pas d'autre question que de poser la problématique d'une théorie des jeux, somme toute assez peu spécifique sur le plan formel, de discriminer des stratégies, d'évaluer des tactiques.

La position idéologique de certains d'entre nous dont il est impossible de ne pas tenir compte, a pu nous conduire à repenser la dynamique de la prescription en introduisant la dimension de la relation de l'affect et de l'inconscient. Il va sans dire que ce postulat d'existence n'est pas usage de cette existence, du fait même que cet usage est difficilement quantifiable. Il semble, à l'heure actuelle, et compte tenu des impératifs techniques, impossible de retrouver un mode de traitement des informations qui serait celui d'une psychanalyse appliquée. Un travail dans ce sens introduirait forcément une distorsion épistémologique grave.

III - LE RECUEIL DES DONNEES ET LE GROUPE BALINT

La participation antérieure à un groupe de type Balint d'un certain nombre de membres du groupe, constitué en vue de cette recherche, a bien sûr imprimé une certaine spécificité dans le travail d'élaboration. Ceci, nous le verrons, introduit un paradoxe méthodologique dont les effets se sont poursuivis tout au long des journées de travail.

IV - L'EQUIPE DE CHERCHEURS ET LA THEORIE DE L'OBSERVATION DES PETITS GROUPES

En effet, la méthodologie élaborée de séance en séance (note) a relativement évolué sans que puisse se caractériser de façon nette

.../...

(note) La technique du travail du groupe est maintenant régulièrement utilisée et ne sont notées que les caractéristiques spécifiques qui apparaissent plus directement liées au travail en cours.

un travail groupal, c'est-à-dire un travail assurant des fonctions analogues au moi, fonctions de cohésion, d'intégration et, éventuellement, de refoulement des représentations incompatibles. Les participants ont procédé à des interventions ponctuelles qui, pour être pertinentes, n'en étaient pas moins, dans bien des cas, plus le rapport d'une élaboration personnelle qu'un travail de groupe dont la tâche commune met en jeu des processus de coopération. Il existe une coopération au niveau de la tâche, il n'en existe que modérément au niveau de la relation entre les participants. Par ailleurs, si alléguée soit-elle, la volonté de rechercher se révélait le plus souvent une volonté de réflexion, ce qui montre que l'adhésion du groupe à la méthodologie employée n'était pas totale, ce qui en soi est plus invalidant du fait d'une instabilité supplémentaire introduite en cours de séance par des variations allant du groupe à tâche, au groupe de réflexion, à l'association libre.

Toutes ces ambiguïtés et difficultés pour rappeler que, même si les participants sont déjà familiers de cette technique, la structuration cohérente d'un groupe ne peut reposer sur un nombre aussi restreint de séances de travail.

A noter que les objectifs des séances des groupes ici étudiés n'avaient qu'un but limité au stade de la méthodologie du recueil des données. Il en résulte une atmosphère de groupe forcément chaotique, imparfaitement rendue dans les protocoles dactylographiés de l'enregistrement des séances mais rendue nécessaire devant la nécessité d'échapper autant que possible à un schématisme conceptuel plus ou moins adapté de la recherche hospitalière.

L'ensemble du groupe a toujours manifesté son appartenance au même cadre théorico-pratique et son unité idéologique quant aux points qui fondent cette appartenance, ce qui contribue à valider la méthodologie.

Nous pouvons donc déduire de cette introduction que les éléments pertinents à noter trouveront, au moins pour une part, leur origine dans le thème même de la recherche, suscitant à la fois les options et les résistances d'un groupe qui devait assurer un changement d'organisation profond, passer d'un champ de réflexion pratique et individuel à un champ de réflexion conceptuel et scientifique. Pour une autre part, les éléments pertinents prennent leur origine dans les effets institués de la relation médecin-malade dans le cadre bien spécifique de la demande auprès d'un praticien généraliste.

## V - METHODOLOGIE

Celle-ci se réfère à l'étude de trois niveaux d'importance inégale et d'exploitation difficilement superposable par simple comparaison.

- 1 - d'une part, un questionnaire en cours d'élaboration. Ce questionnaire, remanié de séance en séance, a pour objectif d'être diffusé à un grand nombre de praticiens et vise, par ses réponses,

.../...

à cerner le thème et à répondre aux interrogations qu'a fait naître le sujet proposé objectivement pour cette recherche. Chacun des participants devait vérifier sa commodité d'emploi en le remplissant en fonction de cas personnels, et dans le groupe rendre compte des difficultés qu'il avait pu rencontrer à cette tâche.

- 2 - D'autre part, un ensemble cohérent du compte rendu dactylographié (30 à 40 p) des séances de travail et des notes personnelles prises en cours ou immédiatement dans les suites de ces réunions. Dans ce compte rendu dactylographié se mêlent des thèmes divers, des études de cas concrets par le récit de l'expérience vécue d'un des participants, et parfois suivi d'une discussion de type Balint. Se mêlent également de longs rappels de consignes méthodologiques, de sollicitations à la tâche par l'exemple d'un travail plus rigoureux. Enfin, des remarques intra groupales indiquant, ou sensées indiquer, l'état, l'intention ou la volonté inconsciente d'un membre du groupe, voire du groupe tout entier. Ces interventions hétérogènes dans leur contenu, se révèlent peut efficaces, ne modifiant que peu la démarche réflexive des participants du groupe.
- 3 - Enfin, un ensemble de lettres manuscrites complétant le questionnaire est sensé rassembler toutes les informations destinées à un hypothétique confrère. Ces lettres constituent, à la fois le lieu de manifestation des résidus d'information non disponible au niveau du questionnaire, mais également le lieu où il est possible d'insister.

## VI - LE QUESTIONNAIRE DANS LA DYNAMIQUE DU GROUPE

Nous disposons de plusieurs sources de renseignements le concernant. D'une part, les différentes versions élaborées de séance en séance, et d'autre part, les commentaires qui en sont faits dans les comptes rendus des réunions. Il semble d'emblée caractéristique que, si l'idée de la recherche a été perçue de façon claire par le groupe des participants, l'adhésion au questionnaire comme mode d'étude du sujet proposé n'a jamais été discutée, mais uniquement renvoyée au commanditaire de la recherche, le questionnaire apparaissant, du fait des difficultés à le traiter, comme un persécuteur interne au groupe, le commanditaire comme phantasme de persécution externe prenant le relais des causes de difficultés dans le fonctionnement du groupe. On peut rappeler qu'une manière habituelle d'évacuer la culpabilité devant l'échec, consiste à trouver et faire porter les responsabilités à l'extérieur du groupe, cela d'autant plus que la réalité du questionnaire comme méthode proposée émanait du groupe lui-même.

Puis, au cours des séances, le questionnaire est investi comme production spécifique au groupe et, du même coup, tend vers une multiplication des items et un affinement des formulations.

L'objectif que nous devons nous fixer avant d'aller plus avant dans le dépouillement du matériel de ces séances est donc de savoir, au niveau du matériel lui-même :

.../...

- 1) si un tel questionnaire est perçu comme un mode pertinent d'analyse des données recueillies en milieu médical généraliste,
- 2) si les informations contenues dans ces questionnaires et les discussions afférentes sont à même de fournir une information sur la dynamique de la prescription médicale,
- 3) si la forme matérielle du questionnaire est appropriée à son objet, peut-on des informations inférer une logique. Si logique il y a, sera-t-elle directement accessible dans le questionnaire et devra-t-elle faire l'objet d'une réorganisation préalable.
- 4) la signification du dépouillement statistique des item retenus pour ce questionnaire fera-t-elle apparaître une relation de causalité entre un évènement noté par le médecin et un comportement décidé par lui.

Le questionnaire se compose d'une quinzaine de feuillets photocopiés, il n'a aucun préalable explicite de la manière dont il doit être utilisé pour le compléter laissant supposer que son emploi va de soi. Si le questionnaire ne possédait aucune information quant à son emploi, il faut néanmoins signaler que l'ensemble du groupe était d'autant plus familier à son usage qu'il avait travaillé pendant plus d'un an à une élaboration similaire dans une recherche précédente. Il faut noter, également, qu'il n'y est pas mentionné l'objectif en vu duquel il doit être utilisé, ni le mode d'exploitation qui en sera fait.

Les premiers questionnaires s'ouvraient sur une fiche signalétique du malade. Lors de séances ultérieures, il s'est enrichi d'une fiche signalétique concernant le médecin. Celle-ci était "signalétique" puisque ne faisant état que des éléments stables de la personnalité sociale du médecin : celui-ci est donc considéré comme un invariant sans qu'aucune trace avouée de sa personnalité ne se manifeste au cours du questionnaire. Ainsi, on peut voir là un mécanisme par lequel le médecin se disqualifie de toute humanité pour ne garder qu'une fonction ; sa prescription ne peut que reposer sur une logique cohérente au patient :

- le malade est seul objet du questionnaire

Il renvoie cependant au vécu du médecin : "ressenti vis à vis du malade", mais c'est à nouveau le malade qui est actant vis à vis du médecin et la notation qui est proposée est un symptôme du médecin dans la relation et à aucun item du questionnaire il n'est mis l'accent sur la transformation en cours d'entretien.

La lecture du questionnaire montre, par sa technique qu'il s'élabore selon un mécanisme identique aux questionnaires hospitaliers ou visant à une lecture clinique.

Ces points peuvent être rassurants dans la mesure où les item retenus, pour un traitement hospitalier ou une recherche clinique portant sur l'étude d'un médicament, gardent un certain degré d'universalité ce qui permet d'en étendre les résultats d'une pratique à l'autre.

.../...

Cependant, le questionnaire prend toute son originalité par le caractère amalgamé des données anamnestiques par rapport aux constatations cliniques. Le questionnaire ne se structure pas comme un jalon de date connue dans les études cliniques hospitalières où l'hospitalier peut opérer sa recherche en partant de la pérennité de l'institution par rapport à un accident, le questionnaire est ici lui-même une chronique où le temps objectif (dossier médical) et subjectif (notation du médecin) sont comptabilisés.

Il est apparu impossible d'opérer une recherche sur les transformations de deux séries de questionnaires à un intervalle de temps donné. Le regard du généraliste se situe au niveau de deux tranches de vie, la sienne et celle de son patient.  
Les points retenus sont ceux qui, spécialement, vont être évalués par la pratique quotidienne en ambulatoire.

Pour conclure ce commentaire sur le questionnaire, il apparaît donc qu'il semble moins déterminé par sa spécificité de pratique de ville que de viser à retrouver les grands traits exhaustifs des questionnaires médicaux traditionnels, aménagés à une échelle de temps différente.

Le questionnaire a été généré par des praticiens et possède à la fois les centres fondamentaux qui organisent la pratique quotidienne, et les points aveugles inhérents à tout système qui se penche sur lui-même. L'une des thèses de Mary DOUGLAS "de la Sorcellerie", illustre bien cette constatation : il y a une proportion inverse entre la structure d'une institution et le battage que la culture fait autour. L'existence de ces points aveugles montre bien, à notre sens, la structuration latente extrêmement forte de la médecine générale en regard de la médecine hospitalière. La recherche méthodique de la Société Française de Médecine Générale obvie en partie à ces points aveugles en se décentrant, par la recherche elle-même, de la structure qui la contient.

Pour caractériser le mode de la recherche médicale, on peut donc décrire deux courants logiques : dans l'un, la logique de la prescription trouve sa source dans le corpus des connaissances médicales ou bien dans le secret d'un laboratoire et dans le mystère d'une chimie complexe, dans l'autre, s'il est vrai, comme le disent les généralistes, que la logique de leur prescription semble se faire sur des connaissances portant sur l'intimité du malade rendues ineffables par leur singularité et leur durée, il conviendra de voir ce qui peut en transparaître dans un questionnaire de ce type. Si la logique de la prescription médicale du généraliste de ville est dans une autre dimension que la lecture causaliste des cas individuels repérés par un tel questionnaire, alors ce seront d'autres types logiques dont il faudra interroger la pertinence.

.../...

## VII - LA LOGIQUE DE LA PRESCRIPTION ET LES GRANDS NOMBRES

Le propre de la maladie est heureusement d'être peu fréquente. Sans entrer d'emblée dans la discussion sur la différence entre la maladie et l'être malade, nous sommes à même de remarquer que le questionnaire reste à ce titre toujours ambigu, disparate. Ce problème agitant la philosophie depuis des siècles n'a, sur ce terrain, pas lieu de cité.

Le médecin, selon une tradition hippocratique, est celui qui déduit à partir des signes.

Le bon médecin est celui qui devine juste ou, plus exactement, celui qui associe le plus rigoureusement possible un ensemble de faits que ses maîtres et lui-même ont appris à reconnaître comme signe. Le médecin généraliste va avoir le même problème vis à vis du questionnaire à savoir : à quelle catégorie de signes ce qui a été perçu peut-il se ranger, plus même : à quelle réduction des ambiguïtés doit-on se soumettre pour faire passer le perçu au conçu, l'intuition clinique à la catégorie information.

La médecine, disait CELSE, est conjoncturale et le propre de la conjoncture est d'être souvent vraie mais d'être parfois trompeuse. Donc, pour le médecin généraliste, il ne suffit pas de reconnaître un certain nombre de risques pour reconnaître une évolution, fixer un pronostic, mais l'identification du signe doit toujours s'interpréter en fonction d'un "il est plus probable que...".

Et c'est la réalité empirique, l'intuition et l'expérience, qui généreront la conclusion dont l'éventualité est la plus grande et qui va entamer une décision la plus tempestive, à ceci près que, pour ARISTOTE, traitant des choses qui ne sont qu'à peut près vraies, on ne peut tirer des conclusions qui dépassent en certitude ce qui les fondent.

Pourtant, en prenant comme objet l'élaboration d'un questionnaire, le médecin généraliste, pour se défendre de l'extrapolation, limite ses interrogations, pour une grande part, aux informations accessibles à tous, nombre de questions pourraient faire l'objet d'une réponse par le malade directement.

Faire le bilan du questionnaire pris comme objet, pouvoir l'inscrire comme production de la logique de la prescription chez le généraliste, va nous conduire à évaluer ce qu'il peut en être d'un "volume de vérités recueillies" par rapport à un "volume de plausibilité", ainsi le traitement des informations qu'il sera à même d'apporter aura à tenir compte d'une double table d'indétermination et de hasard.

Du fait même que le questionnaire est la clôture de la description d'un malade dans le cadre d'une clinique propre au généraliste, c'est à l'intérieur de lui-même que la logique de la prescription devra se dessiner. Il y a la logique du questionnaire et les vérités logiques recueillies par le questionnaire.

.../...

Ce problème n'est pas négligeable puisque ce questionnaire n'est pas autre chose qu'une revue de compte où seraient sensés se gérer, de façon transparente, les comptes d'exploitation des savoirs sur le malade et des pouvoirs de dire du médecin.

Le commentaire de ce questionnaire va amener également à déterminer quelle portée interrogative il introduit. Les items se heurteront en fait à ces catégories simples : où, quand, comment, qui, quoi, de quelle manière, etc... Ces catégories nous conduiront naturellement à interroger leur intention causaliste déterministe, leur pondération du changement.

En fait, il est facile de montrer que ce dernier type de questions-réponses est très largement minoritaire. Comme si les auteurs avaient par devers eux, l'intime conviction que deux faits coprésents et peu probables étaient par nature lien de causalité.

Ainsi, partant de l'analyse stricte du questionnaire, il fut fréquent de constater, lors du débat, le crédit préalable fourni par l'outil informatique, celui-ci se projetant comme une machine à déduire, beaucoup plus que comme une machine à constater. Dans ce jeu de projection idéalisant, il est donc légitime de s'interroger sur cette représentation de la machine comme modèle identificatoire, elle déduit comme nous mais le peut plus, sa crédibilité venant de sa puissance. La machine pensante va éclairer d'un raisonnement de science les données empiriques que nous sommes seuls à pouvoir lui apporter.

Le rapport à cette machine n'est, comme nous le verrons plus tard, pas dénué d'analogie avec un malade, le questionnaire visant à être une prescription la plus complète possible.

Au cours des discussions visant à l'élaboration du questionnaire, cette machine statistique venait comme un schiboleth (note) comme une mythologie où la machine vient métaphoriquement remplacer de façon vitale l'objet fluctuant et incertain par une machine plus aisément représentable, modélisable ( LA METTRIE "L'Homme Machine").

Ainsi, le questionnaire peut-il, un peu pour les besoins de l'exploitation, se comporter comme la rédaction collective d'une ordonnance. Un papier qui va disparaître dans des rouages qui seront, de toutes façons, informatiques, sécurité sociale, grand nombre.

C'est, semble-t-il, ce rapport essentiel au grand nombre qui est à la fois le moteur et l'objectif du questionnaire, le moteur et l'objectif du débat qui a visé son élaboration.

L'autre point qui est évidemment à soulever est celui de sa spécificité. En effet, quels que soient les modes de recueil des informations, on ne peut recueillir que ce que l'on a interrogé, et finalement, le questionnaire n'interroge que peu le médecin par rapport au malade. La proportion des questions touchant le praticien exprime assez bien que le groupe se considère suffisamment homogène en constitution et stable dans le temps pour ne pas avoir à prendre en compte les variations corporatives ou individuelles qui ne seraient peut-être pas sans effet sur la description.

(note) mot hébreu "épi" du récit biblique selon lequel les gens de Galaad reconnaissaient ceux d'Ephraïm en fuite à ce qu'ils prononçaient : Sibolet. Rare : épreuve décisive qui fait juger de la capacité d'une personne (Petit Robert) .../...



Comme nous l'avions déjà souligné, sur de nombreux points le questionnaire établi ne s'éloigne guère des questionnaires du même type établi dans d'autres disciplines ou recherches.

Par contre, l'analyse des informations touchant l'environnement du malade, son évolution personnelle, est particulièrement détaillée, bien que sans aucune notification dynamique. Cet aspect reflète sans doute une construction stochastique du malade au rythme des visites et des consultations.

L'apparente lourdeur de ces informations, leur saturation, voire leur redondance, insistent là sur la spécificité de la pratique en cause. Le malade importe moins que le sujet, que son passé, sa maladie importe moins que son environnement familial. Ainsi, la construction de cet être hybride et composite qui se dessine derrière le questionnaire, va du même coup échapper à la catégorisation facile donc au comportement thérapeutique simple.

Si logique de la prescription il y a, elle ne devra se comprendre qu'en terme de hasards et d'essais, d'erreurs et d'approximations, ce qui ne signifie nullement arbitraire de la prescription.

Il est manifeste que dans le groupe, les deux caractéristiques essentielles de la démarche des praticiens furent :

- démarche opportune
- démarche tempestive

Ces deux démarches visent, non pas le malade mais le sujet qui, du fait de son affection, perd son jugement ce qui se marque par des comportements inopportuns et des conduites intempestives.

Mais il se dessine un autre mode d'abord. Le rapport, à la fois à la probabilité et à l'information est peut-être plus spécifique de la médecine générale qu'il est habituellement admis, en France du moins.

Tout un courant (de 1960 à 80), en vue d'informatiser le diagnostic médical ("Methods on information in Medecine" réf. bibliographie) est passé par les théories bayssiennes mais avec pour objectif la formulation d'un diagnostic : tout le raisonnement peut se comprendre par un raisonnement économique du type "Quelle monnaie d'usage peut-on inventer pour que les échanges soient les plus commodes ? Dans l'expérience tentée ici, il ne s'agit pas de déterminer la probabilité de pertinence de tel ou tel diagnostic, d'opérer un jugement sur les valeurs intellectuelles hypothético-déductives, formelles, conceptuelles du médecin, mais sur la cohérence du recueil de ses données et la conduite pratique qu'il va proposer.

C'est là d'ailleurs où le caractère de réduction des opérations médicales va apparaître au travers du questionnaire. Le nombre étonnement limité des conduites pratiques catégorisées (bien sûr) en regard du nombre des informations recueillies.

Le médecin agirait donc comme un filtre, en cohérence et en réduction.

.../...

Afin de fixer schématiquement quelques unes des propriétés qui ont résulté de l'élaboration des questions par le groupe, nous avons opéré un reclassement des item en fonction de leur valeur interrogative.

D'une façon générale :

- qui : renvoie à la personne
- que, quel : renvoie à une partie ou à une propriété de la personne
- quoi : renvoie à un objet inanimé, à un état,
- où : renvoie au siège, à la localisation,
- quand : renvoie au temps, à la durée, à la datation,
- comment : renvoie à la manière
- combien : renvoie à la pondération,
- pourquoi : renvoie à une idée de cause à effet.

Ces valeurs interrogatives ont également valeur de prédicat.

Si nous reprenons chaque question en essayant de lui redonner une forme d'énoncé suivi d'une interrogation, l'opération est arbitraire mais permet de décomposer la question entre ce qui est donné par la question elle-même et qui va trouver son complément logique dans la réponse qui, elle, est composite puisque le résultat d'une donnée de la question, d'une question dont la réponse est aléatoire.

Exemple :

Enoncé le médecin est informé des antécédents personnels médicaux organiques du consultant

Question Existe-t-il un antécédent notable ?

Réponse Dans le domaine organique, il y a ou il n'y a pas d'antécédent/notable/

A la question : Quel antécédent ?  
la réponse va être quoi - mais elle ne pourra être informatisée que sous la forme oui-non.

Enoncé le médecin a connaissance de consultations antécédentes.  
Il y a une consultation.

Question Est-elle semblable aux précédentes ?

Réponse Elle est comme ou elle n'est pas comme

question Comment ?

réponse identique ou non identique (à quoi, mais on ne pourra informatiser cette réponse)

énoncé le médecin a connaissance de consultations antécédentes et comment elles se répartissent habituellement dans le temps

Question Cette consultation est-elle intempestive ?

" Comment elles se répartissent ?

réponse N'est pas quand : elle ne pourra être informatisée que sous la forme : habituelle ou inhabituelle.

.../...

La mise en forme de l'ensemble du questionnaire dont les item interrogatifs ont été décomposés, comme nous venons de le voir, va s'inscrire sous la forme d'un croisement des questions réduites en regard des catégories de réponses.

et alors		Réponses →							
		qui	quel	quoi	où	quand	comment	combien	pourquoi
Questions ↓	qui								
	quel								
	quoi								
	où								
	quand								
	comment								
	combien								
	pourquoi								

Pour être bien au clair sur la lecture de ce tableau, prenons l'exemple de la question réduite "quel" (qui renvoie à une partie ou à une propriété de la personne).

Horizontalement, une question "quel" - triangle supérieur - peut admettre une réponse "qui" ou une quelconque réponse sur la ligne horizontale correspondante - triangle inférieur.

.../...

Prenons exemple de la réponse réduite "quoi" : elle est présente dans "quel" quatre fois et il y est répondu sous forme de "quoi" (renvoyant à un objet ou à un état) trois fois.

Les résultats lisibles sur ce tableau ne sauraient surprendre, pourtant si l'on constate que les item de type "quel, quoi" apparaissent très représentés au niveau des questions ; le "pourquoi" n'apparaît pas et le maximum de réponses à cette question "quel, quoi" c'est "quoi" compris comme "quelque chose", et quelque chose qui n'est pas forcément dans un lien de causalité avec l'interrogation ; seules les questions portant sur le "quoi, alors, comment" mettent en évidence un processus logique manifeste.

De nombreux autres modes de décomposition des questions seraient possibles mais l'objectif fixé est bien de répondre à un "comment" de la prescription médicale.

Bien sûr, il y a dans notre choix une distorsion sémantique du comment "manière de" et du comment qui est déjà un "parce que".

Notons, d'ores et déjà, que, paradoxalement, le pourquoi n'est jamais ou presque représenté, sans doute du fait qu'il n'admet aucune réponse simple.

Deux types de questions apparaissent plus fréquemment dans le questionnaire, liées à la réponse comment : à la question réduite "quoi" (quelque chose) ? réponse réduite "comment" (de quelle manière).

Ainsi, ce sont les questions qui ont trait à un objet ou à un état qui vont susciter des réponses pouvant s'inclure dans un récit, dans une narration, dans un processus.

Quant aux questions réduites de type "comment" (de quelle manière, de quelle façon) et qui vont susciter des réponses du même ordre, c'est-à-dire comment on peut se demander s'il n'aurait pas été justifié d'opérer une séparation en plusieurs questions réclamant une ou plusieurs réponses.

#### VIII - COMPTE RENDU DES SEANCES D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

L'examen du compte rendu dactylographié des réunions préparatoires à l'élaboration des questionnaires, va nous permettre d'intégrer quelques unes des remarques que nous avons pu faire lors de l'analyse du questionnaire.

On rappellera qu'il s'agit d'un groupe de huit personnes comprenant six généralistes. Ces réunions durent trois heures et leur but explicite est la discussion des difficultés inhérentes à l'élaboration et passation des questionnaires en pratique de terrain.

.../...

Rappelons les difficultés qui se sont fait jour dans le groupe.

a) quant au fonctionnement du groupe :

il est à la fois groupe où se rassemblent des chercheurs et objet lui-même de recherche.

En effet, il convient de ne pas confondre des chercheurs rassemblés en groupe avec un groupe de recherche. La situation du médecin généraliste est telle qu'il se situe lui-même en tant que sujet dans sa pratique et en tant qu'objet d'un groupe pluridisciplinaire en situation de recherche. Ce paradoxe est ici inhérent au choix de l'objet de la recherche et à sa situation articulaire entre l'individuel et le groupal, que ce soit au niveau corporatif, scientifique, méthodologique.

b) Quant aux résultats de l'élaboration du questionnaire :

En effet, le groupe s'organise pour poser des questions matérialisées par le questionnaire, mais il semble que beaucoup de questions échappent à une formalisation.

c) quant à la réponse à l'objectif visé en référence :

travailler en groupe sur un objectif de logique impose des contraintes théoriques, systèmes formels, types logiques qui, s'ils étaient intégrés par les membres du groupe, ne pourraient que modifier leur relation avec le terrain habituel de leur exercice.

L'abondance du matériel montre la fidélité de la transcription dactylographiée comme les failles de cohérence.

Les problèmes qui émergent dans les notes prises dans les marges des documents ou dans les commentaires qui ont pu être faits dans les suites de ces groupes, rappellent l'extraordinaire difficulté à suivre l'évolution d'un groupe sur un nombre restreint de séances. D'autant plus, qu'il s'énonçait comme un groupe de travail.

A ce sujet, il semble y avoir, en de multiples reprises, confusion entre tâche et travail.

Bien souvent, il y a substitution de querelle de dénomination à des problèmes de fond, traduisant l'impuissance du groupe à maîtriser la recherche dans le cadre établi préalablement, mais en maintenant comme objectif une rigueur qui s'accommode mal de la méticulosité des praticiens. C'est entre ces deux pôles antinomiques que le groupe oscille, entre la trop grande richesse de savoir et la mise au point encore à faire d'une classification de ce savoir dans une forme compatible avec le mode d'exercice.

Le groupe a toujours réagi comme si la séquence de la recherche était le questionnaire et non pas la présentation. Comme contenu latent, celle-ci a mis en jeu des triangulations entre un sous-groupe pour le travail, un sous-groupe pour le questionnaire et un sous-groupe pour l'objectif.

.../...

Le sous-groupe pour le travail se satisfaisant de la méticulosité du sous-groupe questionnaire, le sous-groupe questionnaire remettant au sous-groupe objectif le soin de lui donner une direction, le sous-groupe travail circonscrivant mal les objectifs, etc...

De ce fait, il y eut dans le sous-groupe des tâches conjointes mais rarement coopératives dans la mesure où les exigences de fond des uns étaient en général ignorées par les résultats de fond des autres.

Ce qui vient d'être dit, serait comme un réquisitoire d'inopérativité de la démarche groupale pour la recherche scientifique.

En fait, il n'en est rien si on considère que chacun des modes d'évitement du sujet de déplacement de la question ne sont pas d'autres effets que la confrontation avec un problème difficilement abordable et dont les multiples détours n'en sont que l'empreinte.

### 1/ La démarche conceptuelle

Traditionnellement, l'enseignement de la médecine en France fonctionne sur l'apprentissage des solutions possibles à un problème direct à effectifs désignés, distributifs et cumulatifs.

Soit  $n$  signes correspondant à une entité nosologique répartis dans une urne, on opère  $N$  tirages qui se groupent en échantillon.

Le problème est de déterminer à partir de celui-ci l'échantillon de référence (considéré comme complet).

Devant la situation diagnostiquée, le médecin aura à résoudre un problème inverse : donner le signe et reconstituer la composition de l'urne, c'est-à-dire inférer les signes manquants pour assurer le diagnostic.

L'objectif qui nous était fixé n'est pas éloigné de la situation didactique médicale, en ce sens que les discussions vont devoir porter sur l'extension d'un domaine de prescription, y compris par l'inclusion de ses inconnues, de ses paradoxes, et d'y introduire des questions étrangères.

Notre objectif n'est pas non plus éloigné de la situation diagnostique : il va falloir opérer les réductions, les catégorisations nécessaires pour établir la prescription, pour finalement inférer les questions et les réponses formellement absentes des données recueillies pour le questionnaire.

Et il faut rappeler que cette prescription n'est pas un acte mais une parole performante ; en effet, le médecin ne prescrit pas tout son champ de prescription et de conduites à tenir. Il est soigneusement limité et fortement influencé par les disciplines connexes (pharmacies) et les contingences administratives (Sécurité Sociale).

### 2/ Le déroulement du groupe

Ainsi au cours du groupe nous verrons surgir des situations d'ambiguïtés dans lesquelles le groupe n'évolue pas vers la résolution de la question, mais la met en scène et la réalise sur le terrain.

.../...

Ainsi, nous aurons à tenir compte de cette non perception de la fourchette étroite de position que le médecin est à même d'occuper pour asseoir le pouvoir dont le malade le mandate.

Nous prendrons pour exemple la situation groupale où, d'une façon quasi psycho-dramatique, fut proposé de rejouer la consultation médicale :

Lors de la troisième séance, l'un des participants qui, comme les autres, avait bénéficié du compte rendu de la séance précédente, avait effectué un travail de décryptage qui était objectif et reposait sur une pondération des prises de paroles et des temps de parole de chacun des participants (1).

Pour simplifier, nous reproduirons une partie du dialogue en l'amodiant de telle sorte que le sujet manifeste laisse entrevoir un des sujets latents, mais surtout laisse entrevoir derrière la séance la logique mythique dans laquelle évolue le médecin généraliste.

La première constatation montrait qu'un des participants usait d'intervention et d'un temps de parole notoirement plus élevé. Ce point peut être interprété comme la situation groupale dans laquelle il n'y a pas de discussion de groupe mais des dialogues successifs devant un groupe.

Le premier mouvement de celui qui avait effectué le décompte était donc interprété comme une opposition au fonctionnement du groupe stigmatisant l'inégalité de ses membres.

Chacun des membres du groupe a éprouvé le besoin de prendre la parole de façon successive, en interventions relativement égales et relativement longues. Cette prise de parole restituait la forme dialogue devant un groupe pour la morphologie et pour le contenu : "il est normal de parler quand on a quelque chose à dire".

Le leader désigné du groupe prend la position du droit "il a droit à la parole" a) parce qu'il sait b) parce qu'il travaille".

Un des participants conclut "il sait, il travaille" : conclusion "il n'y a que lui qui puisse".

Très explicitement, en ce qui concerne la synthèse finale, la construction rigoureuse et cohérente des matériaux, on n'a pas tellement le choix.

Le groupe a donc reconstitué au cours de cet épisode un des aspects de la relation médecin-malade traditionnelle. Un symptôme émerge, un médecin est là, un malade qui n'a pas le choix parce qu'il ne lui appartient pas le savoir.

.../...

(1) Il est quasi certain que ceux qui participeront au débat feront retour sur les archives dans l'intention de reprendre ce qui était apparu comme un procès.

Quelques autres situations groupales vont posséder les mêmes caractéristiques et la prescription se fera dans le même ordre logique. Le malade interroge une souffrance, un destin, la réponse lui vient d'un homme qui touche salaire de sa réponse. On se trouve dans une situation qui est identique dans toutes les relations soignant-soigné et qui dépasse largement le monde occidental. Le médecin généraliste a fondamentalement des interrogations dont la transcendance le dépasse et, à la différence de la médecine scientifique hospitalière, il ne peut que se mouvoir dans un univers de signes absents, plus l'évolution d'une affection va devenir parlante, moins le généraliste aura sa place. L'hospitalier gagnera la synthèse de l'information puisque, lui, sera au lieu où l'on s'approprie une vérité essentielle : la mort.

### 3/ La logique de l'ultime

Le rapport à la mort apparaît peu au niveau du groupe mais, chaque séance, chaque participant, a au moins abordé le thème dans le post-groupe, période où se constituent en thèmes les charges affectives qui n'ont pas trouvé d'issue dans le cadre du travail légitime du groupe.

Ce point me paraît alors légitimer l'interprétation du groupe plus dans un sens psychodramatique que dans la référence balintienne.

La logique de la prescription, en cours de groupe n'apparaît jamais de façon manifeste comme une logique de la drogue, de la prescription qui tue. Le jeu entre les acteurs est plus complexe puisqu'il aboutit à traiter l'ultime vérité dans les coulisses.

Par contre, la rupture de la relation est mentionnée à plusieurs reprises et un des intervenants, dans le brouhaha qui accompagne ce passage à la discussion, notait qu'un malade était "gardé en moyenne 5 ans...".

Sous cette forme, il y a évacuation du caractère éventuellement mortifère de la prescription, de son caractère éventuellement iatrogène qui est, lui, évoqué au cours du post-groupe, la contre-indication était plus redoutable que la maladie.

Nous verrons, notamment au niveau de l'étude de la correspondance, que les notations affectives d'un traitement concernent toujours ce que l'on en espère, jamais ce que l'on peut en craindre. Ce qui est à craindre, c'est spécifiquement "on le prescrit, on ne sait pas si c'est pris".

### 4/ La logique paradoxale

Enfin, le groupe, sous diverses formes, a introduit la notion du traitement qui s'impose, du désir du malade et, curieusement, alors qu'au niveau du questionnaire on évoque l'automédication, l'ordonnance dictée, rien ne vient cerner au plus près cette situation à demi renversée.

La discussion qui a porté sur ces items des questionnaires, a renvoyé la réponse à la lettre ou à l'opération de corrélation lors du dépouillement des questionnaires.

.../...



## 5/ Le postulat rationnel

Mais si l'on est en droit de jouer une partie de notre raisonnement sur une identité, entre la situation du prescripteur et la situation groupale engendrée par la recherche, il n'apparaît pas légitime d'en faire le modèle unique. En effet, la rationalité de la prescription peut n'être jamais douteuse sur le plan praxique et laisser dans l'ombre les systèmes logiques qui lui servent de référence.

On peut également s'interroger sur la viabilité d'une logique correspondant à un métalangage sur le langage médical. Les systèmes abstraits de description, la modélisation, changent le domaine épistémologique et, du même coup, rendent très incertaines les conclusions sur l'application pratique de la théorie.

Le même raisonnement peut s'appliquer au contenu latent, contenu dont seul un initié pourrait avoir la clef. Le mode d'analyse laisse supposer un processus constant de remise à jour des rationalités immanentes au groupe corporatif.

Sans doute, le groupe référent est-il un cas particulier du fait du passé balintien relativement représenté, et surtout, des effets mêmes de la recherche en cours, ce qui a nettement (sur constatation et sur allégation) contribué à homogénéiser le langage, le métalangage et, du fait du groupe, les conteurs latents.

En conclusion,

le travail du groupe sur la prescription, au stade de l'élaboration de l'instrument de recueil des données, trouve son expression la plus claire dans l'intervention d'un participant :

"Il y a des choses qui se recourent, le moment de la journée de l'acte à la fois dans la journée et par rapport à la consultation, au début ou en fin. Le temps disponible le jour où l'acte est fait. La cotation plaisir-déplaisir. La cotation disponibilité car on peut être disponible même quand le temps disponible ne l'est pas. La cotation échec ou succès antérieur avec le patient ou avec le médicament. La notion "essai pour voir" qui est différente du test thérapeutique. La notion de durée de validité de l'ordonnance quand il s'agit d'affections chroniques. La notion problèmes financiers qui a un lien avec la durée de validité de l'ordonnance. La notion d'automédication préalable à l'acte et son analyse. La notion de nature et de forme galénique. La négociation médecin-malade. La notion consommateur habituel de médicaments...ou consommateur occasionnel. Ou hostile à l'utilisation de médicaments, ce qui va jouer un rôle dans l'utilisation du médicament. Une situation un peu caricaturale, l'ordonnance de régularisation, que ce soit la prescription sous la dictée ou ?.

Un certain nombre de fois, l'accès au diagnostic se fait par le biais des médicaments utilisés.. On ne sait pas grand-chose des gens et à la question : "que prenez-vous comme médicament ?" ils vous donnent des éléments sur la façon dont ils vivent..A la fois la maladie ou les symptômes et comment ils utilisent le médicament. Le rôle du coût de la prescription. le M.P.M.E....le moins puissant médicament efficace. La notion du médicament fort.

La notion du don... en reprenant : que m'avez-vous donné ? que t'a-t-il donné ? Il ne m'a rien donné ! J'ai beaucoup d'autres points..."