

LA LOGIQUE DE LA PRESCRIPTION

EN MEDECINE GENERALE

ETAT DE LA RECHERCHE PORTANT SUR LA "LETTRE AU GROUPE"

D. POIVET

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 conduits à une réflexion qui dépasse notablement le cadre de la médecine générale. Cependant, pour rester isomorphe à notre but initial, nous avons dû, à la fois réduire certaines ambitions plus globalisantes, et étendre des aspects plus restreints mais plus spécifiques. Le résultats gagnera peut-être en pertinence mais perdra de ce fait en homogénéité. Il n'est pas d'autre question à l'heure actuelle que de poser une problématique relevant de la théorie des jeux, problématique somme toute assez peu spécifique sur le plan formel, mais dont il importe de cerner les stratégies, d'évaluer l'opérativité des tactiques, leur reproductivité, leur transmissibilité.

La position idéologique de certains d'entre nous, et dont il était 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 pour autant usage de cette existence. En effet, on ne dispose pas à l'heure actuelle, à supposer que cela soit rationnellement possible, d'un mode de traitement des informations qui serait celui de la psychanalyse industrielle, et introduire de façon régulière ses déductions dans notre recherche serait à même d'introduire des distorsions épistémologiques difficiles à circonscrire.

La participation à un groupe de type Balint d'un certain nombre de membres participant à la recherche, a bien sûr imprimé une certaine spécificité dans le travail d'élaboration, mais introduit un paradoxe méthodologique dont les effets se sont poursuivis tout au long de nos journées de travail.

En effet, la méthodologie élaborée de séance en séance a relativement évolué sans que puisse se caractériser de façon nette ce qui serait un travail groupal, autrement dit sans que l'on puisse saisir de façon régulière dans ce petit groupe, un travail qui serait analogue à celui du "moi".

N.D.L.R. · Moi : "Instance que FREUD dans ^{sa} seconde théorie de l'appareil psychique distingue du ça et du surmoi " in Vocabulaire de la Psychanalyse J.LAPLANCHE et J.B. PONTALIS p.241 PUF 1967.

Les participants procédaient à des interventions ponctuelles qui, pour être pertinentes, n'en étaient pas moins, dans bien des cas, plus l'exposé d'une élaboration personnelle qu'un travail de groupe dont la tâche commune met en jeu des processus de mutualité et de coopération. L'absence de ces deux derniers points marque que l'organisation s'est modulée essentiellement autour de la tâche.

Par ailleurs, la volonté de recherche se révélait le plus souvent, une volonté d'exposer ses réflexions. Ce qui indique que l'adhésion du groupe à un procédé en vue d'élaborer une méthodologie, n'est pas totale. De ceci, résulte une difficulté accrue du fait d'une instabilité supplémentaire introduite en cours de séance par des variations allant du groupe à tâche, au groupe de réflexion, au groupe de discussion, à l'association libre...

Toutes ces ambiguïtés et difficultés pour rappeler que la construction cohérente d'un groupe ne peut reposer sur un nombre aussi restreint de séances de travail. Et pourtant, les groupes qui se sont constitués n'avaient qu'un objectif limité, la méthode.

Il en a résulté une atmosphère de groupe cahotique, imparfaitement rendue dans les protocoles dactylographiés dont nous disposons après l'enregistrement des séances. L'ensemble du groupe a toujours manifesté son appartenance au même cadre théorique et pratique, et son unité idéologique quant aux points fondamentaux de cette appartenance.

Nous pouvons donc déduire, dès cette introduction, que les éléments pertinents que nous pourrions donner, trouveront au moins pour une part, leur origine dans le thème même de la recherche suscitant à la fois les options et les résistances du groupe qui devait assumer un changement d'organisation profond : passer d'un champ de réflexion pratique et individuel, à un champ de réflexion conceptuel et scientifique.

METHODOLOGIE

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

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 l'analyse des réponses, à cerner le thème et à répondre aux interrogations du sujet proposé objectivement pour cette recherche, chacun des participants devant vérifier sa commodité d'emploi en le remplissant en fonction d'un cas concret.

2) D'autre part, un ensemble non cohérent de comptes rendus dactylographiés de séances de travail, des notes personnelles prises en cours ou immédiatement dans les suites de ces réunions. Dans ces comptes rendus dactylographiés, se mêlent des études de cas concrets, vécus, relatés par les participants, et parfois de ce fait, des discussions qui ne sont pas sans rappeler celles rencontrées au cours des groupes 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 étant sensées indiquer l'intention ou la volonté inconsciente d'un membre du groupe, voire du groupe entier.

3) Enfin, un ensemble de lettres manuscrites complétant le questionnaire est sensé rassembler toutes les informations destinées à un hypothétique confrère.

De ces trois points, nous pourrions extraire les caractéristiques essentielles de la recherche ultérieure en la centrant sur les aspects résiduels, forcément obscurs dans une méthodologie pour l'instant approximative.

LE QUESTIONNAIRE

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 renvoyée au commanditaire de la recherche.

Sans préjuger des développements de recherches engagées par les autres équipes autour du même thème, nous devons préciser l'objectif que nous nous fixons dans cette analyse avant d'aller plus avant dans le dépouillement du matériel de ces séances. Il faut donc savoir :

a) si le questionnaire est un mode pertinent d'analyse des données en milieu médical généraliste.

b) si le recueil de ces données est à même de fournir une information sur la dynamique de la prescription médicale.

c) si la forme matérielle du questionnaire est appropriée à son sujet.

d) la signification du dépouillement statistique des items retenus pour ce questionnaire fera-t-elle apparaître une relation de causalité entre un événement noté par le médecin et un comportement décidé par lui.

Le questionnaire primitif dont on trouvera un exemplaire ci-joint, se compose d'une quinzaine de feuillets. Il n'a aucun préalable explicite de la manière dont il doit être utilisé pour être complété, ce qui laisse supposer que son emploi va de soi. A noter également qu'il n'y est pas mentionné l'objectif en vue duquel il doit être utilisé ni le mode d'exploitation qui en sera fait.

Le questionnaire s'ouvre sur une fiche signalétique du malade puis, lors de séances ultérieures, il s'est enrichi d'une fiche signalétique concernant le médecin. Celle-ci étant signalétique puisque ne faisant état que des éléments stables de la personnalité sociale du médecin : celui-ci est donc à considérer comme un invariant. Ce qui se justifie pleinement, un des dangers de ce type de recherche résidant dans l'approche trop "personnelle" du médecin, la recherche portant alors sur un versant caractérologique de la rationalité médicale.

note : voir photocopies du questionnaire en annexe dans la seconde partie de ce travail où D.POIVET donnera le détail pratique de sa méthode d'analyse de la "lettre au groupe". A paraître dans un prochain n° des Documents de Recherches.

Ainsi, on peut voir là le mécanisme par lequel, dans cette recherche, le médecin va se disqualifier de toute humanité pour ne garder que la fonction sociale dans laquelle il est engagé. La prescription ne peut que reposer sur une logique inhérente au patient. Le malade est le seul objet du questionnaire.

On peut noter que le questionnaire renvoie cependant au vécu du médecin "ressenti vis à vis du malade", mais dans ce système de représentation que constitue le questionnaire, 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. On peut également noter qu'aucun item du questionnaire ne met l'accent sur la transformation du médecin, son adaptation à la relation.

La lecture du questionnaire montre nettement qu'il s'élabore selon un mécanisme identique aux questionnaires hospitaliers visant à une étude clinique. A ceci près cependant que la réflexion du médecin généraliste va s'opérer sur des points qui sont ceux de l'anamnèse de son vécu personnel, de la connaissance de l'intimité de son malade, et non pas du rapport immédiat d'une anamnèse résultant d'un entretien unique. A aucun moment, le médecin généraliste, sauf dans le cas du questionnaire, n'est mis dans la situation où il aura à actualiser d'un coup sur le plan formel, un ensemble de connaissances cohérentes. Les connaissances dont il dispose appartiennent à son expérience passée, mais cette expérience n'est vue sous une forme synoptique qu'en des occasions singulières, la lettre qu'il devra adresser au spécialiste, ou l'établissement des réponses à un questionnaire.

On voit donc se profiler un paradoxe : dans le même temps que s'élabore un questionnaire qui vise à établir la spécificité du médecin généraliste par rapport à son confrère hospitalier, le questionnaire, et le mode d'abord qui lui est proposé, vont effacer cette singularité de la connaissance non formalisable qui résulte d'une fréquentation de longue date. Tout au plus, en aurons-nous la trace par l'ancienneté du traitement et par la connaissance des aspects non médicaux de la biographie.

Concordance de fonctionnement avec les questionnaires hospitaliers, difficulté de la mise en place d'un mode de recherche tenant compte de la durée, ces deux points présentent la caractéristique essentielle de respecter fondamentalement l'unité médicale académique en gommant par le mode d'étude, des spécificités qui, en agrandissant le champ d'application de la science en effriteraient les limites.

Pour conclure rapidement ce commentaire sur le questionnaire, il semble moins déterminé par sa spécificité de pratique généraliste, que déterminé par le champ médical dans lequel il opère. Il garde les grands traits constitutifs des questionnaires appliqués à une situation structurée.

QUELQUES COMMENTAIRES SUR L'ASPECT FORMEL DES QUESTIONS

Nous avons évoqué la structure du questionnaire non pour évaluer la pertinence de ce que les médecins généralistes en groupe sont susceptibles de mettre en forme ; mais plutôt de repérer au travers des questions la trace d'une logique immanente, qui se manifesterait malgré eux, en dehors de la morphologie rationnelle qui a présidé à leur rédaction.

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 items en fonction de leur valeur interrogative, et de la valeur qualitative de leurs réponses. On constate que les questions propres au savoir médical, celles qui ne pourraient pas être raisonnées par le malade lui-même sont très largement représentées. Ce qui implique que les réponses ne prendront véritablement leur sens qu'intégrées dans l'ensemble des articulations logiques du questionnaire ; dans l'état actuel de la recherche, le questionnaire n'étant pas autre chose qu'un guide d'entretien.

"LA LETTRE"

L'analyse de la lettre au spécialiste s'est axée à partir de la constatation des déficits rencontrés, par différence, entre les données du questionnaire et les interrogations restantes, voire les convictions empiriques retrouvées avec régularité au cours des entretiens, au cours des rencontres de groupe. Le questionnaire oblige, par sa forme même, à une compréhension de la pratique généraliste comme la production d'un récit. Chacun des items est étroitement dépendant des items précédents dans un ordre immuable, dans ce sens qu'il n'a jamais été mis en cause, comme si cet ordre était inhérent à la pratique qui est l'objet de cette étude.

Nous étions, dès cette constatation, contraints de tenir compte de cette insistance, et nous avons été amenés à suivre les péripéties de ce parcours narratif dans le récit libre que constitue la lettre. Devions-nous retrouver là, en ordre dispersé, les articulations logiques repérées dans le questionnaire ? la lettre était-elle le reflet plus exact de la dynamique, de la stratégie, des séquences logiques qui conduisent à la prescription ?

Chacun, selon ses options méthodologiques, ses a priori épistémologiques ou ses exigences de preuves, pourra disputer à l'autre une plus rigoureuse approche de l'objectif de la recherche ; il n'en restera pas moins que le mode d'abord "questionnaire" figera des réponses autant qu'il fixera les questions et que le mode d'abord "lettre" donnera d'autant plus de liberté qu'il sera proche d'un matériel purement projectif. Pourtant, ce dernier mode d'abord peut ouvrir sur une rationalité inapparente de la prescription médicale, -d'autant plus inapparente qu'elle se fonde plus dans les processus habituels de raisonnement médical, et c'est donc dans ce qui apparaît comme le moins structuré, que le processus caché a le plus de chances de se manifester, d'être accessible à un autre niveau de réflexion. Il nous apparaît plus pertinent de chercher la structure au travers de ce qui semble ne pas en posséder - parce que laissé au gré du médecin - que de chercher cette structure au travers de celle qu'on lui a déjà proposée... Nous recherchons la possibilité de trouver dans la lettre autre chose que ce que le questionnaire aurait déjà préalablement structuré.

La lettre présente une difficulté d'analyse, et surtout d'extension des données recueillies à son niveau : ne se risque-t-on pas à faire l'exégèse littéraire d'un texte, dont l'objectif serait littéraire ? Dans quelle mesure cette exégèse appartient-elle de façon pertinente au même ordre épistémologique que la prescription ? Peut-on assimiler la logique textuelle à la pragmatique de la consultation ? Le médecin généraliste ne disposerait-il que d'un seul type de référence logique au point que celle-ci lui donne une cohérence totale quel quel soit le type d'exercice auquel il est confronté ? Ne risque-t-on pas de réduire à la manière universitaire la maladie à un système d'énoncés, et la prescription à un code de procédure ?

Nous retomberions là dans le travers, énoncé précédemment à propos du questionnaire.

"QUELQUES CONSIDERATIONS THEORIQUES"

Quel que soit le mode de l'analyse des discours, il semble que le seul mode de validation fasse appel à l'analyse quantitative. Ce qui n'est pas sans poser problème dans la mesure où cette validation, c'est-à-dire l'extension de ses résultats au dehors de l'expérience, devra trouver son unité de recherche. Se donner comme point de départ le mot, la phrase, le thème, la logique de la proposition ne peut s'effectuer sans prudence. Les différentes unités reposent trop sur leur trait morphologique pour donner accès au minimum acceptable de déterminisme logique. D'autant plus que nous sommes au fait des déplacements inconscients, des glissements idéologiques, et surtout comme nous l'avons vu, des poids de l'implicite (WAGNER R.L 1970).

Il est commode de trouver sur le plan syntaxique des corrélations périodiques entre par exemple "rougeole et vaccin", "Temesta -angoisse-" ou Lexomil -angoisse-" selon les modes, les nouveautés, la logique de la présentation par le laboratoire. La conformité à un certain code devient presque comme une langue naturelle, et une fois définies les corrélations types, nous serions en mesure de vérifier la bonne fonction de diffusion du savoir, ce qui a marché, mais nous n'aurions aucune indication sur les opérations de reconnaissance et de sélection de ces corrélations. Etendre la recherche conduit automatiquement à postuler l'existence d'un processus inventif, créateur, dans la prescription du médecin généraliste. Là, nous nous trouvons, non plus dans un problème de corrélation, mais dans un problème de collocation. Aussi, si l'analyse lexicale peut reposer sur une évaluation statistique, celle-ci devra trouver sa norme dans la langue concrète de celui qui en use, plutôt que dans la construction abstraite d'un lexique moyen relevé sur un pot-pourri de textes produits par les médecins (MULLER Ch. 1964). Ainsi, la lettre ne sera pas confrontée à l'ensemble du corpus des lettres des médecins dans l'ensemble, mais confrontée à la norme de son auteur. Reste à déterminer les lettres qui feront l'objet de cette singularisation : nous essayerons de repérer celles qui se marquent par une collocation particulière.

NDLR : Collocation = Placement dans un ordre, classement
(petit Robert)

LE PROBLEME DE LA STRUCTURE

Outre la différence des énoncés, la structure qui s'élabore selon les axes syntagmatiques et paradigmatiques doit déjà rendre compte des structures syntaxiques. La collocation dont nous parlions précédemment relève de la logique des paradigmes. (*)

Le structuralisme est un ensemble théorique essentiellement descriptif, et il ne peut sur le plan linguistique rendre compte des conditions de production du discours. Tout au plus pouvons-nous inférer qu'un des aspects de celui-ci ne soit pas seulement empirique mais soit le reflet de la construction logique, logiquement élaborée dans la pratique professionnelle. Le médecin généraliste n'est pas une machine à générer des énoncés bien formés sur le plan textuel, même si on peut le considérer comme une machine à générer des conduites "textuelles-gestuelles" bien formées.

Le travail académique étant bien sûr de reformuler de façon essentiellement textuelles ces conduites. Le travail universitaire comme vecteur de la transmission du savoir peut, pour une part, se comprendre comme un problème de traduction.

LA COHERENCE DE L'ENONCÉ

Réfléchir sur la logique de la prescription est donc déjà réfléchir sur la manière de produire des énoncés. Cette production ne peut se comprendre qu'après l'avoir décrite. La décrire suppose qu'on puisse la décomposer, et la décomposer dans le niveau tel que l'accès au processus logique soit le plus immédiat, soit dans le rapport épistémologique le plus transparent.

La cohésion du discours n'est pas seulement la juxtaposition d'énoncés bien formés. Les liens qui unissent les phrases dans notre recherche sont des liens de subordination (DUCROT O. 1973).

Par exemple :

- 1) "Monsieur A est un grand anxieux.."
- 2) "Monsieur A est un grand anxieux/ depuis son RAA à 18 ans..."

* NDLR:V.Comprendre le structuralisme : J.B FAGES Privat

- 3) "Monsieur A est un grand anxieux/ depuis son RAA à 18 ans/ pour lequel sa mère l'avait montré à des professeurs..."

Cette phrase très habituelle montre bien la difficulté du problème. Le découpage montre une proposition simple, "... depuis son RAA..." "Monsieur A est tel que...". La coordination sémantique, de telle sorte que, s'oppose à la subordination, "pour que". Pour rappeler ce que nous avons dit à propos du questionnaire, les deux propositions "monsieur A est un grand anxieux..." et "sa mère l'avait montré..." peuvent facilement et sans ambiguïté subir une transformation négative, il n'en est pas de même pour "depuis son RAA..." dans la mesure où la question n'a de sens que prise dans le contexte. Celle-ci est donc dans une situation de subordination non pas bien sûr au seul plan grammatical, mais également au niveau sémantique.

LA COHERENCE ET LE RECIT

La construction de la lettre sous une forme représentative montre bien l'enchassement des effets de sens qui assurent la cohérence au discours. Cette cohérence mérite qu'on s'y attarde, en effet la seule présentation du malade est pleine de pièges malgré son apparente homogénéité. Nous allons reprendre l'exemple précédent :

"Monsieur A est un grand anxieux/ (1)

depuis son RAA à 18 ans/ (2)

pour lequel sa mère l'avait.." (3)

On constate comme précédemment que (1) pour être intelligible ne nécessite aucun recours au contexte. L'articulation entre (1) et (2) est dans la même situation. Par contre, (3) nécessite de faire référence au contexte. C'est-à-dire que la proposition ne prendra son sens qu'en remontant la chaîne énonciative, c'est une relation de renvoi de type anaphorique. Par contre, le lien entre (1) et (2) est de type cataphorique, c'est-à-dire que le lien des propositions oblige l'allocutaire à descendre le cours de la chaîne énonciative.

Or, il apparaît que la fréquence de la relation anaphorique des propositions est très fréquente de telle sorte que la référence est, soit dans un contexte très éloigné, soit totalement extra-contextuelle, soit présupposée, ou comme on l'a déjà vu implicite. Cette anaphorisation traduisant l'historicité nécessaire à l'établissement d'un récit.

Nous pouvons, par ailleurs, comprendre cette implicitation textuelle sous quatre formes :

- un implicite préconstruit, en "kit", que l'on peut retrouver dans l'exemple précédent "sa mère l'avait montré à des professeurs ..." dans ce cas la notion de "professeur" appartient à une image culturelle.
- un implicite de l'énoncé "...sa mère.." ce qui laisse entendre qu'elle n'est pas étrangère à l'anxiété. L'allocutaire peut déduire à partir de ce qui est directement énoncé.
- un implicite de l'énonciation repose sur l'évidence que prendre la parole, écrire une lettre, n'est ni un acte libre ni un acte gratuit ; il est intentionnel, il est motivé, il a des objectifs, il obéit à une certaine finalité (DUCROT O. 1972). "J'espère que ces conseils.." motif fréquent des lettres correspond à l'implication que l'on va voir le médecin spécialement pour recevoir des ordres ou tout au moins des conseils.

La coordination sémantique est comme nous l'avons vu une opération complexe, mais qui obéit à l'objectif d'une unité supérieure de signification qui assure la cohésion des phrases. Il reste à définir les règles de concaténation des énoncés tels que l'on puisse dégager un modèle de récit. D'une part, le procédé littéraire de l'enchassement permet d'inclure une proposition dans une phrase simple :

"Ce sera l'occasion pour lui d'être traité pendant quelques semaines par du TAGAMET, comme son frère qui en Algérie, fait un ulcère perforé, antécédent qui l'inquiète énormément."

D'autre part, on peut définir un récit selon cinq propositions élémentaires :

- orientation-
- complication-
- évaluation-
- résolution-
- conclusion-

Ces cinq propositions se retrouvent de façon caractéristique dans la constitution des paragraphes de la lettre.

LA FONCTION DE L'INTRIGUE

Mais ce qui nous intéresse est moins d'ordonner et de classer les récits sur le plan d'un véhicule formel d'information que de comprendre comment le récit s'inscrit comme structure narrative dans un processus logique.

"L'intrigue minimale complète consiste dans le passage d'un équilibre à un autre. Un récit idéal commence par une situation stable qu'une force quelconque vient perturber. Il en résulte un état de déséquilibre ; par l'action d'une force dirigée en sens inverse, l'équilibre est rétabli ; le second équilibre est semblable au premier mais les deux ne sont jamais identiques (TODOROV T. 1968).

Notre mode d'analyse impose un choix, du fait même de son inclusion dans une recherche collective. En effet, les résultats de l'enquête portant sur "la lettre" s'inscrivent dans l'organigramme d'une recherche des généralistes portant sur leur pratique, et le présent travail ne peut se considérer comme une recherche pure, isolée, mais comme le travail visant à l'élaboration d'un outil de recherche utilisable dans des situations qui ne sont pas encore cristallisées. Ce sont les travaux de Cl. BREMOND sur la "logique des possibles narratifs" qui organiseront le présent travail. Sans qu'il soit question, comme nous l'avions tenté précédemment d'y apporter des singularités nouvelles propres à la spécificité de la recherche. La versatilité du modèle proposé est telle qu'il ne s'oppose pas à une utilisation telle que. Tout processus logique se développe selon lui en trois phases indispensables :

- 1) état de départ.
- 2) processus.
- 3) résultats.

Ce que nous retrouvons sur le plan de la logique mathématique, ou plus exactement algébrique lorsque l'on écrit :

$$Y = f(X)$$

Ce qui revient à dire, que l'on isole la valeur de la fonction, la fonction, la valeur de la variable.

Bien sûr, il serait possible de discuter l'organisation logique faite selon ce découpage, peut-être même y serons-nous contraint lors de l'avancement de nos travaux communs, peut-être sera-t-il nécessaire de recourir à d'autres modèles logiques plus performants, plus adaptés, plus automatisables.

"La lettre" peut se considérer comme un récit et de ce fait, répondre à la définition :

- "tout récit consiste en un discours intégrant une succession d'évènements d'intérêt humain dans l'unité d'une même action. Où il n'y a pas succession, il n'y a pas de récit mais par exemple description..." - (BREMONT Cl. 1966)

Nous pouvons constater que notre matériel répond bien à cette définition, incluant même une notion particulièrement insistante, celle de la succession, de la temporalité. Les faits s'intègrent dans une action coordonnée ce qui dépasse les exigences d'une simple chronologie.

PLERUMQUE FIT

Il est important de noter que les élaborations théoriques suivent au plus près les traits généraux que nous avons pu constater au niveau de notre matériel. Entre l'énoncé de l'état initial et les conclusions, la morale de l'histoire, il s'opère tout un cheminement d'explications partielles qui sont la représentation d'un itinéraire logique, qui sont la marque que les conclusions ne sont pas arbitraires et qu'elles s'enchassent et se déterminent les unes les autres autrement que dans une exposition de conclusions. Nous avons retenu un itinéraire possible. Il est relativement complet, en ce sens qu'il permet de rendre compte de façon claire de l'ensemble des "lettres", il est relativement sommaire en ce sens qu'il escamote bien des difficultés. Cependant, il est à situer dans le contexte d'une recherche en équipe, c'est-à-dire dont les résultats doivent s'inclure dans une dynamique d'ensemble. Cet itinéraire logique vient donc assez naturellement compléter, à la fois les données recueillies au cours des réunions de groupe, et d'autre part des résultats partiels du questionnaire. Nous avons donc proposé la structure suivante à la "lettre" :

0-dégradation

1-processus

2-amélioration à obtenir

N.d.l.r : PLERUMQUE FIT : "il arrive généralement que..."

- 3-processus
- 4-aide à recevoir
- 5-processus
- 6-moyen
- 7-mise en oeuvre du moyen
- 8-succès du moyen
- 9-aide reçue
- 10-amélioration obtenue
- 11-dégradation évitée

A ce degré de généralité, il ne faut pas espérer isoler une spécificité au récit proposé par la "lettre", tout au plus pourrions-nous vérifier que l'ensemble des étapes problématiques sont bien observées au niveau du questionnaire. Pourtant, chacune de ces étapes peut, au regard de l'iconographie ci-jointe, trouver une pertinence plus grande. Ainsi, reprenant les différentes étapes de la transformation narrative au niveau du matériel textuel, nous pouvons constater la richesse de ces étapes :

1) le processus évaluatif (2),

- | | |
|-------------------------|---|
| 1-1 il est actif | examen somatique, interrogatoire
passage à l'acte
la dubitation, le soupçon
l'investigation, la décision |
| 1-2 il est passif | connaissance antérieure, découverte fortuite, ignorance, négligence, perte de l'initiative |
| 1-3 il est volontaire | soupçon, orientation
expectative |
| 1-4 il est involontaire | découverte fortuite
routine |

2) le processus stratégique

- 2-1 la confiance - la méfiance
- 2-2 le désir - l'aversion
- 2-3 l'information - l'induction en erreur
- 2-4 la révélation - la dissimulation
- 2-5 l'intuition - la vérification
- 2-6 l'interdiction - l'autorisation
- 2-7 la précision - la vulgarisation
- 2-8 la confirmation

3) le processus méthodique

- 3-1 la persuasion, l'influence - la démission
- 3-2 la neutralisation- la recherche d'un auxiliaire
- 3-3 l'obstruction - la facilitation
- 3-4 la séduction - la frustration
- 3-5 la prescription - la motivation
- 3-6 l'intimidation- la responsabilité
- 3-7 la dissimulation- la révélation, l'information
- 3-8 le conseil - la dissuasion
- 3-9 la stabilisation - la protection

4) l'établissement du bilan

- 4-1 l'objectivation - la dissimulation
- 4-2 affirmation - réfutation
- 4-3 vérification - contradiction
- 4-4 la prévention , l'anticipation

Ces quelques éléments montrent bien la complexité des données recueillies au plan épistolaire, et la difficulté d'en donner un abord statistique cohérent. Cependant, un point reste caractéristique : le problème de la logique de la prescription médicamenteuse en pratique du médecin généraliste ne se pose pas dans un absolu qui se contenterait du conseil à donner, mais se mesure au conseil qui doit être suivi. Ce qui décline singulièrement l'axe de la recherche dans la mesure où la prescription ne se rapporte pas seulement aux données de la rationalité chimique, physique ou biologique, dans la mesure où ces rationalités ne passent pas la stricte satisfaction de la cohérence académique. La prescription n'a de sens que si dans le même mouvement, elle porte en elle-même le germe de son accomplissement.

Ce point est essentiel. Faute d'interroger à un moment ou à un autre la logique du charisme, il sera vain de chercher une spécificité dans la médecine praticienne.

Nous devons donc interroger également la logique des rôles.

Nous n'avons donc plus à envisager la recherche sous l'angle d'une stratégie de la prescription, dont nous aurions pour seule tâche d'analyser le compte rendu. Ce compte rendu reflète non seulement un récit, mais fonctionne également comme le commentaire d'un dialogue. Chacun des acteurs de ce dialogue étant engagé dans une intrigue dont ils ne connaissent a priori ni l'un, ni l'autre les aboutissements. Dans le cas du médecin, il serait, également a priori, dans une situation d'anticipation plus précise que son patient. Il dispose de par son savoir de la qualité d'oracle. La "lettre" frôle l'appropriation pure et simple de la parole du malade. Mais dans le même temps où la lettre expose un dialogue, passé, mais non dépassé, il s'ouvre le dialogue épistolaire dont la lettre témoigne immédiatement. Il y a donc deux séries de dialogues à évaluer, correspondant à deux types d'objectifs.

La complexité de la situation rend l'analyse délicate, mais pose le problème fondamental de la perméabilité du langage au métalangage, dont la traduction pratique pourrait être : comment proposer une règle générale de traitement à un médecin généraliste, de telle sorte qu'il puisse, à la fois en disposer et le rectifier à la demande. On pourrait proposer de la même manière une théorie du prêt-à-porter (la norme) avec une théorie de l'artisan (la retouche).

LA LOGIQUE EPISTEMIQUE

L'examen des textes des "lettres", confronté aux réunions, aux discussions qui se sont manifestées autour de notre thème de recherche, tourne autour de la science, de la rigueur, de la rigueur de la prévision, de l'explication. Tous thèmes qui nous ont paru curieusement défensifs vis à vis de ce qui nous semblait sous-tendre quant à nous, notre pratique : une relative approximation, et des surprises qui se renouvellent, nous dirions au rythme du hasard. Le hasard n'est-il pas une catégorie de la pensée du médecin ? le malade serait-il le seul à avoir ou ne pas avoir de chance ?

L'évaluation par le "presque", le jugement par "l'à peu près" constitue une forme logique, propre à la conversation en ce sens que son étude amène à une notion très roborative pour la recherche : la notion de quantité de vérité.

Toute la logique de la prescription gravite, pour le médecin généraliste autour de ce problème des demi-vérités. Non pas qu'il soit seulement question des demi-mensonges, mais plutôt des vérités à demi transmissibles, car à demi compréhensibles. Nous pourrions, en suivant FREGE G. décrire à propos de n'importe quelle intention d'expression une triade fonctionnelle :

Etat du savoir du locuteur et/ou de sa croyance

intelligibilité

objectifs et/ou décision

Le problème du médecin généraliste qui prescrit, comme celui qui communique, doit aider l'intelligibilité, c'est-à-dire le faire disposer d'un savoir, ou d'une croyance (à faire partager). La "lettre" comme l'ordonnance a une fonction explicative, même si celle-ci porte en elle-même une dimension magique. Rien, sauf nos propres limites ne devrait nous en interdire l'accès.

La fonction explicative :

- 1) définit une relation entre un locuteur 'L' et un allocutaire 'A'
- 2) permet de réduire ou de formaliser les maximes ou les énoncés
- 3) spécifie une forme logique

En ce qui concerne la "lettre" (GRICE P.H. 1968), il est possible de lui donner une forme :

'L' s'adresse à 'A' en produisant 'E' (une expression), dont le contenu est 'p'.

Il y a conversation si :
pour le locuteur

- 1- 'L' sait ou croit que si 'A' entend 'E', 'A' sait ou croit que 'p'
- 2- 'L' veut que 'A' sache que 'L' sait -ou que 'A' croit que 'L' croit- que 'p'
- 3- 'L' croit la proposition : que 'A' croit que 'L' croit

Toutes ces propositions ne se vérifient que s'il n'y a pas falsification. Pour qu'il y ait malentendu, il faut que 'A' croit que 'L' croit que 'p', alors que 'L' veut en fait que 'A' croit que 'L' croit que 'q' ('p' et 'q' non équivalents).

pour l'allocutaire

4- si 'A' entend 'E', 'A' sait et/ou croit que 'L' sait et/ou croit que 'p'

5- 'A' sait et/ou croit que 'L' a produit 'E' pour réaliser l'évènement selon lequel 'A' croit que 'L' croit que 'p'.

La conversation d'organise donc à partir des notions qui relèvent de l'épistémé, savoir, connaissance, apprentissage... ou qui relèvent de la doxa, croyance, foi, superstition ... (JACQUES F. 1979)

Si l'on suppose que la communication repose sur la transmissibilité des attitudes élocutoires précédentes, il n'est pas indifférent de recourir dans le processus logique en cause, à la croyance 'G' (Glaube), à la connaissance 'K' (Kenntnis).

Mais la réflexion portant sur les différents étages de la conversation sera plus parlante, peut-être, sur un exemple : \diamond

Soit la lettre de J.L. G à propos de mr M.B
Tour à tour, J.L G est en position d'allocutaire (1è partie)
de locuteur (2è partie) vis à vis de M.B

Mais toujours en position de locuteur vis à vis du lecteur :

"Chers Confrères",

a) "monsieur M.B émigré qui doit rentrer prochainement dans son pays, a fait une récente urétrite non spécifique, pour laquelle j'avais instauré un traitement par V. Il revient ce jour et ne présente pas de signe localement, mais des inquiétudes quant à une éventuelle contamination, inquiétude d'autant plus grande qu'il envisage de rentrer chez lui en Algérie pour les vacances et qu'il craint de contaminer sa famille".

L sait et/ou croit que si A entend E, A sait et/ou croit que L sait et/ou croit que p...

p je souffre
a je reviens consulter
c contrainte : je retourne dans ma famille...
s stratégie : soins

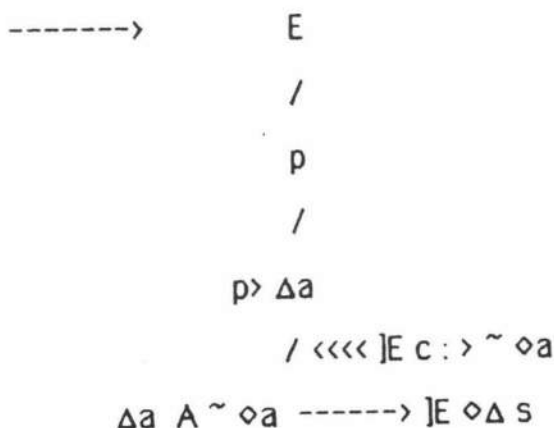
Opérateurs signification, exemple :

~	négation	~p: je ne souffre plus
A	conjonction	pAa : je souffre et je me plains
>	implication	p>s : je souffre donc je me soigne
◇	possibilité	◇a : je peux contaminer
Δ	volonté	Δs : je peux me soigner

Quantificateur sens , exemple

JE	existence	JEc: c>∨a il y a quelque circonstance c, telle que a n'est pas possible
£	générateur	£s:∨c quelque stratégie s peut être imaginée, tel que c est annulé

Ce qui pourrait se résumer selon l'organigramme de la "lettre".



La première partie de la "lettre" est de l'ordre de l'exposition et montre le cercle vicieux qui s'est engagé pour ce malade en l'absence de l'intervention médicale.

La deuxième partie de la "lettre" peut s'analyser selon les mêmes processus : "après l'avoir rassuré quant à la guérison en cours de son affection, je poursuis à sa demande quelques jours le traitement, la prise de V. à dose unique, étant par ailleurs compatible du jeûne du Ramadan."

Dans cette partie, arbitrairement peut-être, la position locuteur-allocuté s'inverse.. Ce qui correspond fondamentalement à une position de dialogue, chacun des intervenants prenant tour à tour la parole.

L'OPPORTUNISTE

La difficulté de comprendre la rationalité du médecin généraliste dans sa prescription ne se laisse pas appréhender facilement, au moins par les processus de formalisation mis en avant précédemment. Non pas qu'il faille tenir pour négligeable le fait de tenter de mettre un ordre mathématique dans la description des faits, mais encore faut-il ne pas l'introduire prématurément, au risque de faire passer la cohérence de la formalisation pour la cohérence des événements soumis à l'analyse. Notre petit effort précédent ne conduirait-il qu'à une petite accumulation de signes, pour faire "comme si", ce qui serait l'occasion de faire mode à bon compte. Il s'agit d'évaluer ce qu'il peut y avoir de logique dans une prescription, et cela dans un milieu d'étude ouvert sur l'extérieur. Or, à partir de la lettre, il est possible à tout moment de reconstituer un certain nombre de propositions, de réduire le texte à son essence logique. Mais encore faudrait-il introduire dans notre schéma logique deux points importants qui n'apparaissent ni dans la formalisation que nous avons examinée, ni dans le système du questionnaire : l'intention et la contrefaçon. Reprenant notre point d'aboutissement précédent :

L'axe conversationnel

L'intention

La réduction formelle

L'implicitation

La contrefaçon

Etriquer le champ du fortuit

Chacun de ces axes d'analyse étant à tout moment présent dans chacune des unités logiques que nous avons décrites. L'ensemble décrit a maintenant l'avantage de mêler deux plans d'analyse, d'une part celui de la dynamique de la consultation, d'autre part celui de la dynamique de la narration.

Notre objectif étant de repérer des actions plus que des formes de discours, nous partons sur ce qui pourrait être un axiome de l'intervention du médecin généraliste, maximaliser l'utilité attendue. Encore que cette dernière formule mérite un retour sur le terrain. D'abord parce que la notion d'utilité n'est pas pure, et d'autre part parce qu'il n'est pas précisé la notion de l'attente, la position du médecin et du malade ne concordant pas forcément sur chacun des termes.

Pourtant, la lecture des lettres est bien édifiante sur ce point. D'autant plus peut-être qu'il n'y a pas de silence dans ce discours, et qu'on y sent la volonté d'être exact, compact. Il s'agit d'un exercice banal, juste fastidieux dans la nécessaire attention aux jalons utiles, là-aussi, à la fonction. Bien souvent, cette lettre laisse émerger cette sorte de respect désinvolte de l'état des choses, un détour littéraire, une chicane dans la violence, mais c'est plutôt l'exaspération souriante du constat d'une impuissance. Le médecin généraliste, lorsqu'il parle de ses prescriptions, sur la ligne de flottaison d'une attention quotidienne, montre bien volontiers son autorité désabusée. Aussi, l'utilité attendue a-t-elle des teintes diaphanes derrière la rigueur des mots, objectifs aussi bien techniques qu'humains, altruistes que commerciaux. Evaluant comme un étranger, agissant comme un familier, il marque son jeu à l'extérieur, -pour l'extérieur-, en soutenant de façon fonctionnelle la vérité qu'il énonce comme vérité de fait, non de concept. Le matérialisme intégral du discours sur la pratique vient là comme pour garantir de la dérive de ses études, comme preuve de son orthodoxie. Son savoir est cumulatif, additif, décrétement, mais sans qu'il puisse bien souvent lui situer un point de départ ; il est du même coup flottant pour ce qui concerne le point d'aboutissement, l'objectif.

Aussi, ne peut-il prendre appui sur ce sens cher à toute science, celui de l'évaluation statistique. Les possibilités n'ont de sens que si on peut, d'un tour d'horizon parcourir l'ensemble de données et les comparer étape par étape. Là, rien d'équivalent, une situation de pari permanent chez un joueur professionnel. L'évaluation des chances n'est pas une donnée synoptique, mais narrative.

Etant donné deux décisions D1, D2 et un évènement A ; si D1 est préféré à D2 conditionnellement à la réalisation de A, et si D1 est également préféré à D2 conditionnellement à la non réalisation de A, alors D1 est inconditionnellement préféré à D2.

Pour dire que c'est la solution A qui va autoriser la prise de décision et non son anticipation probabiliste. L'opportunisme, reconnaitre A.

EN ATTENDANT

Nous ne pouvons poursuivre l'analyse de la **lettre** sans définir les limites logiques qui sont inhérentes à la prescription médicale. Sans qu'au niveau des discussions les conclusions qui vont suivre aient été formellement énoncées, on retrouve, à bien des niveaux, l'émergence du thème de la prescription justifiée, laissant dans l'ombre la question de la prescription peut-être illégitime. Nous pouvons donc au niveau de notre recherche textuelle inférer et interroger la possibilité d'une prescription erronée.

Il ressort du matériel retenu que la pratique du médecin généraliste repose en partie sur un apprentissage, un recueil d'informations qui relève de l'expérience. Habituellement, on considère comme erronée une opinion qui ultérieurement, par elle-même ou par des informations après-coup se révèle fausse, inexacte ou inappropriée. Mais peut-on considérer qu'une prescription est erronée sur la foi des données dont on ne disposait pas au moment de son évaluation ? voire même, en cours de route quand on s'aperçoit que ces données invalident la prescription infirmant l'évaluation, ne sont-elles pas à comptabiliser alors comme des informations ?

L'apprentissage par l'expérience doit donc tenir compte non pas seulement de l'évaluation statistique, qui se comporte alors comme un repère intemporel, mais également de l'évaluation stratégique. De l'évaluation statistique initiale à l'évaluation statistique finale, les probabilités d'atteindre l'objectif fixé passe par des chicanes d'états intermédiaires. Le médecin généraliste, faute d'objectif d'achèvement n'est jamais dans la situation d'évaluer le niveau des étapes partielles de son intervention.

"Quelle que soit l'influence de l'observation sur la prévision future, elle implique et ne signifie nullement que nous corrigeons l'évaluation primitive de la probabilité $P(E_{n+1})$ qui a été démentie par l'expérience, en lui substituant une autre $P^*(E_{n+1})$ qui est conforme à cette expérience et donc plus voisine de la probabilité réelle ; au contraire, elle se manifeste seulement dans le sens que, lorsque l'expérience nous apprend le résultat A des n premières épreuves, notre jugement sera exprimé non plus par la probabilité $P(E_{n+1})$ mais par la probabilité $P(E_{n+1}/A)$, à savoir celle que notre opinion initiale attribuait déjà à l'évènement E_{n+1} considéré comme dépendant de l'éventualité A "(de FINETTE 1937)".

On voit bien qu'en aucune façon il n'y a passage d'une probabilité P à une autre P^* mais plutôt une modification liée à la survenue sur l'évènement E d'un accident A . Bien sûr, spéculativement, cette formalisation se justifie plus facilement formellement qu'empiriquement. Pour qu'une telle formalisation puisse glisser de la théorie à une application pratique, encore faut-il que l'accord soit réalisé entre les différents évaluateurs, et que ceux-ci découpent les évènements de façon identique. Tout ceci n'est vrai que dans une convergence entre les observateurs expérimentaux pourrait-on dire et les utilisateurs.

Il sera d'ailleurs assez essentiel de reprendre, dès que l'étude sera complétée, une recherche sur les conditions de la convergence entre l'organisation des stratèges et des statisticiens. Car, là-aussi, il peut y avoir tous les degrés de cohérence, ou de divergence, ces dernières restant dans l'ombre si on ne les interroge pas systématiquement. On peut citer pour mémoire le nombre croissant de médicaments mis sur le marché avec une évaluation d'impact parfaitement construite, mais qui se révèlent des échecs sur le plan de l'usage.

VICARIANCE

Pour poursuivre ce que nous évoquions, nous pouvons analyser le schéma de la construction de la **lettre** dans l'optique d'une analyse de symétrie, si chère aux structuralistes. Toute prescription peut, dans sa dynamique, s'entendre comme symétrique d'une autre qui en partagerait le but, mais s'opposerait point à point dans sa stratégie. Dans un jeu de carte, chaque main peut se comprendre comme ce qui est manquant à celle de l'adversaire.

Mais à ces structures synchroniques de symétrie peuvent s'ajouter des structures diachroniques. Les interroger revient à poser le problème de savoir si dans une suite d'évènements narratifs ou pragmatiques le bouleversement de leur ordre d'apparition n'affecte pas leur probabilité. Si ces évènements sont interchangeables, nous pouvons, à l'évidence, considérer ces évènements comme terminaux, chacun à chacun. Ce qui revient à dire qu'entre l'état initial et l'état final, il y a une relation de stricte causalité, et donc, ce qui est fondamental dans notre recherche, qu'il n'y a aucune stratégie, mais une simple application.

NDLR : Vicariant = qui supplée, remplace (petit Robert)

Ainsi, les répertoires pharmaceutiques, le Vidal, peuvent-ils servir de référence obligée, et sa morphologie de reflet du fonctionnement du praticien. Un répertoire de localisation d'affection, établit une correspondance entre les grandes classes pathologiques et les médicaments classés par sous groupes et par ordre alphabétique. Ce qui signifie qu'à partir de la deuxième subdivision, c'est l'ordre le plus arbitraire, celui qui ne possède aucune spécificité médicale qui est en jeu.

Vient ensuite l'énumération des différents médicaments dans l'ordre alphabétique, accompagnée d'un commentaire dont la structure est sensiblement identique d'un médicament à l'autre. Il est relativement satisfaisant de voir que ce texte peut recevoir le même type d'analyse que celui que nous avons pu opérer avec la **lettre**. Il y a des simplifications qui traduisent juste la plus grande complexité situationnelle du praticien. Qu'en est-il de la symétrie ?

Tout choix d'un médicament suppose qu'on a examiné différenciellement le médicament du même type fourni par un autre laboratoire ou sous une autre forme. Quelles sont les petites différences non-inscrites au niveau de classification du Vidal et qui vont jouer un rôle décisif dans le choix du médicament ? Quelles sont les petites différences, inscrites nulle part, excepté dans le code intime du médecin qui vont orienter son choix ? On peut supposer qu'au niveau de l'industrie pharmaceutique, ces problèmes sont largement étudiés, mais nous voudrions insister sur ce qui nous est apparu le plus sensible. Le médecin généraliste se trouve le plus souvent comme l'acteur d'une chronique dans laquelle l'innovation pèse moins que la répétition, à ce titre l'écart différentiel, comme l'interchangeabilité des événements, ne peut se concevoir comme une entreprise expérimentale, mais comme une entreprise hasardeuse. La symétrie des traitements appropriés, et du passage de la situation de chronique de la relation à la situation d'intrigue dans la relation avec le malade. Il est évident que le généraliste n'ayant pas accès à une relation d'intrigue avec le médicament est toujours, par rapport à lui dans une relation de chronique. N'ayant pas de part nominale dans le récit du médicament, il n'en est toujours que le narrateur. Ainsi, le bon médicament, c'est celui qui n'intrigue pas, qui est proposé comme une évidence. La **lettre** est à ce titre très démonstrative. la prescription vient comme effet de sens absolu, et même lorsque la notion de traitement d'essai intervient, c'est toujours un essai par rapport au malade et par rapport au médecin, mais jamais par rapport au médicament.

Le médicament intervient comme une sorte de calembour obligé par rapport à une sémiologie, "comment vas-tu-yau de pipe", "diabète-insuline". La vicariance du champ thérapeutique est donc fondamentalement une affaire de liaison de successivité, ce qui rend assez vain, semble-t-il la notion de l'information médicale dans la démarche dans laquelle elle opère actuellement. D'autre part, la formulation sentencieuse de la prescription montre à l'évidence, que le changement de traitement au sens inventif du terme, comme au sens d'une meilleure adéquation des résultats, intervient comme un schisme. Avec comme conséquence une faible mobilité des schémas de prescription.

A LA RECHERCHE DE LA RATIONNALITE

Sans reprendre l'opposition médecine de pointe-médecine de ville, on peut supposer que des personnes normalement raisonnables puissent adopter des stratégies différentes avec des résultats sensiblement identiques. On peut également supposer que l'évaluation de la probabilité de tel ou tel évènement qui conditionne les choix stratégiques diffère de la même manière selon les observateurs, selon les découpages épistémologiques qu'ils sont amenés à faire en face d'une même affection. On peut toutefois adopter des stratégies très opératoires sur le plan pratique. Sans mettre en doute la nécessité de mettre en forme les vérités intuitives, subjectives, le traitement n'est fondamentalement pas une opération approximative. Notre recherche doit donc élaborer un mode d'analyse qui puisse rendre compte des sensibilités différentielles.

Nous disposons d'un moyen d'accès non négligeable à la mise en forme de ce problème. C'est ce qu'on pourrait appeler le traitement pour lequel le médecin généraliste n'a pas d'opinion. C'est-à-dire le traitement pour lequel il ne dispose pas d'élément pour juger qu'une telle autre stratégie serait plus opératoire. Bien sûr, il serait commode de confondre l'évaluation d'un je-ne-sais-pas, et celle du je-m'en-fiche, de confondre l'ignorance et la négligence. Au niveau des lettres, il est particulièrement sensible que les deux champs apparaissent séparés. Dans l'un, l'horizon ne lui appartient pas. Ce dernier point est illustré par certains traitements spécialisés vis à vis desquels il n'a aucun accès à la compétence qui en règle la rationalité. Il se trouve alors devant le même type de relation avec le spécialiste, l'équipe spécialisée, que son malade.

Sa propre prescription devra donc être organisée par rapport à une estimation subjective de la probabilité d'aquéquation du traitement proposé par les autres. C'est à dire qu'il est obligé de fonder sa prescription sur le fait qu'une information ultérieure ne viendra pas modifier sensiblement la probabilité de l'objectif de sa stratégie. A la différence d'une évaluation fermée, il est obligé de tenir compte d'un inventaire hétéroclite d'information dont la valeur ne pourra éventuellement être reconnue qu'après coup. Nous en avons deux effets objectifs dans le matériel de notre étude. D'une part, le fait que la **lettre** contienne de nombreuses notations qui n'apparaissent pas conditionner formellement la prescription, d'autre part la répétition très fréquente au cours des discussions de la nécessité de recueillir le maximum de matériel pour en effectuer ultérieurement un tri. Chaque recueil de matériel nouveau venant comme repousser l'opportunité de ce tri.

Il faut donc souligner que cette recherche oscille entre deux pôles qui seraient pour l'un, celui de ceux qui affirmeraient qu'aucune donnée nouvelle ne peut modifier sensiblement une évaluation pronostique, pour l'autre celui de ceux qui soutiennent que toute information accessible est à même d'affecter son évaluation.

PLAUSIBILITE

Lors de notre lecture, nous nous sommes efforcés de séparer ce qui avait trait au strict commentaire du texte, et ce qui y était découvert du fait d'une insistance dans le groupe, du fait d'une attention notablement orientée par les informations adjacentes. Toutes les précautions méthodologiques ne doivent pas traduire une quelconque hypochondrie de la recherche, mais au contraire manifester un point central de l'interrogation que nous nous posons. L'accumulation des données de l'expérience doit converger vers une adéquation maximale ? D'abord, toutes les données ne sont pas colligées au niveau de la **lettre**, ensuite la situation du médecin généraliste est telle qu'il ne peut, en aucun cas, déclarer son information comme complète. L'information la plus complète fait-elle converger la prescription du généraliste vers une norme qui pourrait être celle de l'académie ?

Ces deux questions ne trouveront pas de réponse dans le matériel dont nous disposons et sans doute dépassent-elles le strict cadre de cette recherche, mais nous pourrions schématiser la situation en donnant par hypothèse deux sortes de rationalité.

Les faits expérimentaux montrent qu'ils se manifestent toujours sous une forme probabiliste, traduisant que leur gènèse est toujours teintée de l'aléatoire. Mais, la question est de savoir si cette évaluation est probabiliste en fonction de notre incompetence à maîtriser l'ensemble des données ou au contraire réside dans les faits eux-mêmes. Existe-t-il une catégorie naturelle des faits de hasard ? Catégorie décourageante qu'il conviendrait la plupart du temps de laisser dans l'ombre. Ainsi, la prescription du médecin généraliste, opérant en milieu ouvert perd le cadre de référence fermé qui sert de support à l'élaboration du récit du médicament. Sans évoquer plus les modifications historiques du statut du médecin, on peut remarquer que le cadre de l'action médicale, en tant que socialement valorisé, remplaçait cette référence fermée que peut constituer l'hôpital, il y a quelques années encore. Dès lors, il pouvait se constituer des recueils de données homogènes entraînant une convergence des opinions. Le recueil des données revenant dans un cas à apprendre par l'expérience et dans l'autre à coordonner des concepts ; l'effet le plus net se manifestant au niveau de l'appréciation "subjectif - objectif".

Quelques mots pour conclure ce thème, la **lettre** montre bien cette divergence par rapport au "récit du médicament". Elle est une évaluation, il est une hypothèse.

CONDITIONS

L'ensemble de ce qui a été développé précédemment est là pour montrer que la stratégie de prescription résulte d'une découverte permanente d'un ordre empirique. Cette découverte pourrait rester unique, comme un vêtement sur mesure, ou, au contraire trouver des modalités de généralisation dans le cadre d'une pratique individuelle. Ce dernier mode revient à interroger les modes d'apprentissage de l'expérience, et du même coup les modes par lesquels s'additionnent les points pertinents de la connaissance. Ce d'autant plus que l'on peut craindre que la réponse à des questions de type qui, quand, comment, ne donne que des idées très lointaines de ce qui constitue peut-être un apprentissage adaptatif plus qu'un apprentissage formel.

Les textes des médecins sont sur ce point étonnamment évasifs et portent bien souvent la marque d'une **inférence** plus que d'un calcul de proposition. Nous retrouvons à ce niveau le problème de l'implicite qui serait comme la trajectoire souterraine vers un horizon de certitude. Une utopie.

Toutefois, cette **inférence** n'a pas la détermination d'une vérité absolue, d'une certitude. Elle est logique, non empirique, c'est -à-dire que la preuve peut venir invalider l'hypothèse, forçant à reconstruire à postériori une dynamique compatible avec les résultats. En ce sens, le médecin généraliste n'est pas différent du psychanalyste, dans la mesure où son horizon conceptuel doit être à même de se réélaborer à tout moment.

CONCLUSION

Menée à partir de l'étude d'un document "la lettre au groupe" - destinée à compléter l'information sur la prescription faite au malade telle qu'elle résulte d'un questionnaire établi par ailleurs - la situation de la recherche en février 1985 montre deux ordres de problèmes sur lesquels les praticiens ressentent le besoin de fournir un complément.

- L'objectif et la stratégie se réfèrent à la situation des actions de terrain, c'est-à-dire que l'objectif se modifie au rythme des adaptations de la stratégie. Les comportements thérapeutiques se construisent un peu comme la parole, c'est-à-dire qu'ils réservent une part importante d'inventivité, qui est le contraire d'une récitation. La **lettre** constitue la trace de ces paroles dont on dit qu'elles s'envolent. L'intentionnalité des comportements prescripteurs ne recouvre pas la rationalité académique des indications.

- L'attention du thérapeute est prise entre les objectifs liés au système dans lequel le dictionnaire des médicaments se constitue et les objectifs propres aux malades, entre autre la possibilité d'apprendre par expérience, c'est-à-dire de poursuivre les soins. A ce titre, la scientificité de base du médecin généraliste repose sur une anthropologie diachronique, et impose de ce fait la continuité de son action.

Ces deux points devront faire, par des méthodes qui restent à déterminer, l'objet des recherches ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

- UNRUG M.C : "Analyse de contenu et acte de parole"
Ed Universitaires Paris 1974
- PECHEUX M. : "Analyse automatique du discours"
Dunod 1969
- DUCROT O. : "Présupposés et sous entendus"
langue française 1969, 4.
- ADAM J.M. : "Linguistique et discours littéraire"
Larousse 1975
- BREMOND C. : "Logique du récit"
Seuil 1973
- JACQUES F. : "Dialogiques, recherches logiques sur le
dialogue"
P.U.F 1979
- STRAWSON P.F. : "Etude de logique et de linguistiques"
Seuil 1977
- SUPPES P. : "Logique du probable"
Flamarion 1981

EN ANNEXE :

SIX EXEMPLES DE LA LETTRE AU "GROUPE"

Je vous confie

Monsieur Robert

pour surveillance tensionnelle.

Ce patient a des chiffres tensionnels stables aux alentours de 15/9 depuis une longue période et il contrôle lui-même ces chiffres à l'aide d'un autotensiomètre dont il a fait l'acquisition sur mes conseils.

Il a totalement intégré sa prise médicamenteuse à sa vie quotidienne qui est active : il est en effet chef de chantier et se déplace beaucoup à ce titre.

Ces derniers jours, il est venu me voir à la fois pour un renouvellement de sa prescription que je fais pour trois mois et pour un contrôle de son appareil car le médecin du travail avait noté un chiffre à 18/10, chiffre qu'il ne retrouvait pas lui-même. Mais, comme il le précise, ce médecin du travail " avait trouvé de la tension à tout le monde ce jour-là".

Cette hypertension découverte en 1977 a donné lieu à des traitements multiples, associant des hypotenseurs les plus connus : il prenait en 1978, date à laquelle j'ai fait sa connaissance, 6 AVLOCARDYL par jour, 3 NEPRESSOL et un MODURETIC. Ces prises contraignantes quant à leur nombre et à leur fréquence ne s'accompagnaient pas de baisse tensionnelle, et dès 1979 un changement était fait pour 2 SECTRAL quotidiens et 1 MODURETIC. Le récent passage au TRANDATE s'explique par la possibilité de réduction des prises et la suppression du contrôle de la kaliémie.

Monsieur MOL vous fournira les autres informations que vous pourriez souhaiter concernant la surveillance de son hypertension.

note : Dans une livraison ultérieure des "Documents de Recherche" D.Poïvet donnera les détails pratiques de l'analyse de ces textes par la méthode qu'il a utilisée.

Madame DAN , habituellement suivie par la maternité de l'Hôpital de est venue me voir pour un saignement sur stérilet. L'examen clinique ne montre rien d'inquiétant et je lui conseille à la fois le repos, la prise d'HEMOCAPROL, et de ne pas prendre d'aspirine.

Elle reverra si persistance et si besoin le gynécologue de son choix.

Monsieur MAA émigré qui doit rentrer prochainement dans son pays, a fait une récente urérite non spécifique, pour lequel j'avais instauré un traitement par la VIBRAMYCINE. Il revient ce jour et ne présente pas de signes localement, mais des inquiétudes quant à une éventuelle contamination, inquiétude d'autant plus grande qu'il envisage de rentrer chez lui en Algérie pour les vacances, et qu'il craint "contaminer" sa famille.

Après l'avoir rassuré quant à la guérison en cours de son affection, je poursuis à sa demande quelques jours le traitement, la prise de VIBRAMYCINE à dose unique étant par ailleurs compatible du jeûne du ramadan.

J'espère que ces conseils et ces mesures éviteront à Monsieur MAA de se fixer plus qu'il n'est nécessaire sur cet épisode pathologique.

Madame CHA Renée âgée de 61 ans est une de mes premières patientes à AU . Elle présente un problème médico-social intriqué dans lequel nous circulons ensemble, elle, une assistante sociale Mademoiselle MAR , et moi-même depuis maintenant cinq ans.

Les problèmes orthopédiques et d'opération sont réglés depuis quelques années, le problème pulmonaire et tuberculeux aussi, l'ulcère de l'estomac ne se manifeste plus, sa consommation alcoolique a été largement réduite, le conflit avec son mari cirrhotique s'est éteint avec la mort de ce dernier il y a un an, et la trame du problème se "résume" à un fond dépressif, une hypertension stabilisée sous CATAPRESSAN, une demande de laxatif systématique, et la prise d'antalgiques en fonction des épisodes douloureux.

Ce jour, je la vois sans l'examiner entre deux portes, et lui prescris du STAPOROS pour une période de six semaines. Mais je pense la revoir bien avant cette date.

Chers Confrères,

En 1981, à l'occasion des vacances de son médecin traitant, Madame NUN. est venue me consulter et ça a été l'occasion de diagnostiquer une hypothyroïdie évoluant probablement depuis plusieurs années.

Après une courte hospitalisation planifiée, Madame NUN quittait l'hôpital avec un traitement de LEVOTHYROX.

Si les signes d'hypothyroïdie régressaient rapidement sous traitement, un ensemble de manifestations diverses persistaient à type de douleurs digestives, de douleurs de l'appareil locomoteur, d'inquiétudes en particulier pour son enfant faisant que la transformation spectaculaire des malades ayant une hypothyroïdie traitée ne se produisit pas chez elle.

L'essai d'URBANYL à de petites doses n'amena aucune amélioration. Seule, l'association de SECTRAL à son LEVOTHYROX a réduit les effets secondaires qu'elle ne manque pas d'attribuer au traitement, en particulier une hypersudation des mains.

Le Professeur SE qu'elle a récemment consulté à sa demande, évoque les mêmes problèmes dans une récente lettre, et lui a prescrit du PRANTAL en crème en me précisant qu'il n'en attendait pas d'effet précis en réalité.

Peut-être que la situation se clarifiera avec le temps car son français commence à s'améliorer. (J'avais été amené à demander une interprète de portugais à l'occasion de notre première rencontre il a un an).

Chers Confrères,

Monsieur DEV George âgé de 80 ans, est venu comme il le fait chaque trimestre pour renouveler sa prescription de SELOKEN, de PRAXILENE, et d'ALDACTAZINE.

Depuis un an maintenant, il adhère à un traitement qu'il prenait de façon très irrégulière, traitement rendu nécessaire par l'association d'une hypertension élevée, d'une artérite, d'une hyperlipémie, d'une obésité, et de signes électriques d'ischémie cardiaque.

Le traitement et les conseils alimentaires lui ont permis de perdre du poids, de voir ses chiffres de lipide se réduire ainsi que sa tension artérielle.

Il est vigoureux, gaillard, et a décidé d'être centenaire ce qui est une excellente initiative. Sa femme présente un tableau clinique comparable au sien, mais surtout en plus, une gonarthrose invalidante. Mais elle a espacé depuis longtemps nos entrevues où j'ai la mauvaise idée de lui rappeler l'éventuelle nécessité d'un traitement.

Ce jour, elle n'accompagne pas son mari comme elle le fait souvent, mais elle reste présente puisque les anti-inflammatoires prescrits sur l'ordonnance de Monsieur DEV lui sont destinés.

Sur le plan thérapeutique, l'arrêt des hypolipémiants pendant une période de trois mois avec contrôle biologique ultérieur a été fait pour faciliter l'adhésion au traitement actuellement en cours. Monsieur DEV vous donnera toutes les informations complémentaires que vous pourriez souhaiter.

Chers Confrères,

J'ai vu ce jour pour la première fois, Madame LAV Annie qui avait pris rendez-vous pour me parler de ses palpitations.

Elles sont à la fois anciennes, s'accompagnent d'anxiété et ont déjà donné lieu à un traitement antérieur par la NATISEDINE, traitement faisant céder les symptômes.

Son récent déménagement du XVIII^e explique le changement de médecin.

En fait, l'anxiété est alimentée par la notion de pathologie cardiaque dans la famille, sans précision particulière chez ses frères et soeurs, avec la notion d'infarctus chez son père.

L'examen clinique n'amène aucun élément somatique particulier, et je propose à Madame LAV un bilan biologique général qui nous permettra de nous revoir pour faire le point.

Nous décidons ensemble de l'absence de traitement symptomatique en attendant ce prochain rendez-vous et je me contente de renouveler sa contraception par STEDIRIL à sa demande, en fin de consultation.

Nous sommes donc dans la période "attendre et voir".