

" MED I " ou "ETUDE DE LA LOGIQUE MEDICALE
DE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE GENERALE "

Nous publions ici le programme d'une recherche en cours d'exécution à la SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE depuis 1982.

En effet, l'ensemble des facteurs qui déterminent les prescriptions médicales et les systèmes, les logiques qui règlent ces déterminismes, sont très insuffisamment connus. Les démarches médicales, telles qu'elles sont enseignées, donnent à l'observateur des pratiques, des informations sur certaines séquences seulement d'un ensemble dont beaucoup d'éléments restent obscurs, quelle que soit la discipline médicale que l'on étudie, à l'exception, peut-être, comme l'a fait remarquer R.N. BRAUN, de la réanimation.

La médecine générale n'échappe pas à cette règle. Ce difficile travail de recherche fondamentale est rendu possible par une aide matérielle, bibliographique et informatique qui nous a été accordée par le SYNDICAT NATIONAL DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE, dont nous tenons ici à remercier les responsables pour la confiance qu'ils nous ont marquée et l'intérêt qu'ils portent à nos efforts pour faire avancer les connaissances dans notre discipline.

Les premiers résultats nous paraissent prometteurs et nous en donnerons un exemple dans le prochain numéro des "Documents de Recherches en Médecine Générale". Ils nous ont fait voir aussi combien il nous reste à faire et à découvrir dans cette étude qui se poursuit.

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	" "

Notons qu'il s'agit d'une enquête préliminaire de faisabilité dont certains résultats auront à être confirmés par une étude sur des grands nombres. Dans cette phase ultérieure, l'équipe actuellement originaire de la région parisienne, pour des raisons d'économie budgétaire, devra être élargie à des chercheurs mieux répartis sur l'ensemble du territoire.

ETUDE DE LA LOGIQUE MEDICALE DE PRESCRIPTION
MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE GENERALE

LE PROGRAMME

A - INTRODUCTION

1- Objectifs généraux :

Nous étudions le caractère systémique du processus intellectuel, relationnel et affectif, qui régit la prescription (ou la non prescription) par le médecin de médicaments au cours du face à face médecin-malade, dans le cadre de la consultation du généraliste.

2 - Etat de la question :

dans le circuit que parcourent les médicaments : conception, fabrication, autorisation, information, vente, prescription médicale ou automédication - utilisation immédiate, retardée ou destruction - la prescription médicale est la voie quantitative-ment principale (note) du passage à la consommation du médicament.

Rappelons que, selon le sens commun, un diagnostic médical élaboré selon un savoir médical, tel qu'il est enseigné à l'Université, doit précéder la prescription et la déterminer prioritairement.

Si on considère globalement la bibliographie des travaux évoquant la prescription médicale, tout se passe comme si ce postulat était admis par la plupart des chercheurs. Ainsi, à la lecture des revues et des index bibliographiques, on est saisi par la prédominance quantitative des études faites pour rassembler les éléments cliniques, anatomopathologiques, physiologiques, biologiques, qui permettent de conceptualiser une maladie, son stade évolutif, et de décrire les moyens exploratoires qui mènent à ces résultats. Tous ces éléments constitutifs du diagnostic médical traditionnel sont l'objet de travaux constamment renouvelés, de même que les moyens thérapeutiques mis en avant pour affronter les conséquences des diagnostics posés. Suit le lot des travaux s'adressant aux résultats et aux conséquences socio-économiques de ces activités médicales, ainsi qu'aux problèmes de transmission des savoirs acquis ou renouvelés.

.../...

(Note) Pharmacie prescrite : débours observés : 143,85 Frs
" non prescrite : " " : 17,09 Frs

En 1970, consommation moyenne française dans la population, par personne et par an : in "Consommation n° 3, 1874" par Th Lecomte - Andrée Misrahi et Arie Misrahi, p. 31-79

La médecine apparaît ici comme un ensemble de faits cliniques articulés à des gestes techniques dont l'inventaire est censé constituer le savoir médical. Ce savoir dont on étudie les éléments constitutifs, les conséquences prédictives et celles à visée réparatrice, médicamenteuse ou non, en faisant abstraction des acteurs, médecins et malades qui produisent et conduisent ces faits et gestes. Quant aux travaux de recherche consacrés à la théorie des pratiques professionnelles, c'est-à-dire aux stratégies et tactiques mises en oeuvre par les acteurs dans les diverses spécialités de la médecine, ils se font remarquer par leur relative rareté, si on tient compte, non pas de toutes les théories publiées à titre personnel et sans vérification, mais seulement de celles qui sont fondées sur une recherche scientifiquement pertinente. Nous prenons pour hypothèse que cette rareté prend valeur de signe. L'observation des premiers résultats des recherches déjà publiées sur les pratiques, permet de dire que les processus qui se concluent par une prescription constituent un système complexe où le terme de diagnostic médical dans son apparente unicité recouvre des sous-systèmes multiples qui interfèrent. Certains se situent hors du savoir médical traditionnel proprement dit, ce qui est fondamental. La prescription médicale n'est plus alors comprise comme un résultat d'une démarche linéaire principale, mais comme un sous-ensemble inclus dans un système. Ce sous-ensemble, la prescription, est une des variables liées à d'autres qui peut être étudiée du point de vue de sa position dans le système et de ses corrélations avec les autres sous-ensembles qui le constituent. On voit ici que si ces hypothèses se confirment, elles impliquent à terme des révisions sur les idées qui ont cours actuellement sur la dynamique de la praxis médicale. Le faible intérêt manifesté jusque là pour ce genre de travaux, dans une optique scientifique, prendrait alors la signification d'une résistance, soit du groupe médical dans son ensemble, soit du groupe scientifique qui le représente, d'où la difficulté pour l'étudier.

Pour ce qui est de la médecine générale, nous avons recensé cinq directions dans la bibliographie consacrée à ces recherches sur les pratiques professionnelles, en les prenant dans l'ordre chronologique de leur "mise en recherche". La première de ces directions est très fortement marquée par l'oeuvre d'un généraliste autrichien du nom de R.N. BRAUN "Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis" chez Urban-Schwarzenberg, Munich-Berlin-Vienne, 1970, traduction française sous les auspices de la S.F.M.G. "Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale" chez Payot, 1979, Paris, 508 p. Au sortir de l'université, dès 1945, R.N. BRAUN s'est organisé un fichier lui permettant d'observer méthodiquement sa pratique de généraliste pendant 25 ans, appuyant chacun de ses propos sur des dizaines, des centaines, voire des milliers de cas relevés pendant des périodes d'activité bien définies qui vont de quelques jours, le plus souvent plusieurs mois, à cinq années consécutives. Ce matériel, préalablement classé, est confronté avec les travaux les plus importants des généralistes de langue allemande et anglaise et livré au lecteur sous une forme qui permet à chacun de se faire une opinion personnelle. Observation et recueil méthodique des faits, hypothèses, vérifications et confrontation avec des travaux faits par d'autres, publication des résultats et des méthodes : les conditions d'une démarche scientifique sont ici réunies.

.../...

L'hypothèse de R.N. BRAUN est qu'il existe dans l'enseignement médical actuel, une série de fictions redoutables. Le noyau de ces fictions réside dans la notion même du diagnostic qui soustend la fonction médicale, selon le sens commun actuellement admis et enseigné. Or, examinant ce qui se passe dans la pratique généraliste, l'auteur est amené à dégager, du point de vue de la seule médecine traditionnelle, c'est-à-dire excluant le terme diagnostic au sens balintien du mot, non pas une, mais quatre positions diagnostiques dont les modalités d'emploi répondent à des stratégies et à des techniques différentes.

Il distingue :

- la classe des "diagnostics médicaux complets" au sens scientifique du mot complet en médecine : ex. une pneumonie caractérisée par ses signes cliniques, radiologiques, et la présence du pneumocoque dans les expectorations ;
- la classe des tableaux de maladie : ex. une rougeole caractérisée par certains éléments dominants : l'éruption, la fièvre, la toux, la rougeur des conjonctives, mais à qui il manque la confirmation virologique ;
- la classe "des groupes de symptômes ou syndrômes". Ex : une fièvre avec toux et rhinite sans autre élément notable ;
- la classe des signes cardinaux : ex. une fièvre sans autre constatation.

Ces quatre positions diagnostiques, R.N. BRAUN les retrouve aussi dans la pratique spécialisée et hospitalière, mais avec une répartition différente dans les quatre classes, celle des diagnostics médicaux complets s'y trouvant majorée par deux faits : la présélection des malades et les moyens quasi illimités en temps et en moyens matériels qui sont mis à la disposition de cette minorité de malades.

Rappelons ici quelques chiffres qui montrent sur ce point l'état actuel des faits économiques.

En 1982, 50,4 % des dépenses de santé sont consacrés à l'hospitalisation publique et privée (Rapport annuel des comptes de la Santé) - (Socio-Economie de la Santé C.R.E.D.O.C.- Ed. Pergamon 1982).

Dans le même temps, on sait que, en un an, 10,7 % de la population seulement recourt aux soins hospitaliers, 67,8 % recourt aux soins de ville et 21,5 % de la population ne consomme pas de soins.

Reste que si 50,4 % des dépenses de la santé vont à 10,7 % de la population qui recourt à l'hôpital chaque année, 49,6 % des dépenses de santé vont à 67,8 % de la population qui recourt à la médecine non hospitalière sous la forme d'un seul recours à la médecine spécialisée pour 2,5 recours à des consultations de médecine générale. On voit que la prise en charge du secteur des soins dispensés en ville par une médecine de type et de concept hospitalier représenterait, sur le plan des dépenses de santé, une augmentation insupportable.

Cette seule constatation signifie que la médecine de ville et avant tout la médecine générale, qui affronte la majorité des besoins de santé, a pour fonction d'y répondre avec une grande économie de temps et de moyens

.../...

ce qui implique des modalités systémiques spécifiques dont l'envahissement par les modalités hospitalières et spécialisées amènerait un écroulement économique, une désagrégation du système médical moderne. Il s'agit là de phénomènes dont les prémisses s'inscrivent déjà dans tous les budgets nationaux des pays dits avancés.

R.N. BRAUN démontre comment cette économie de temps et de moyens est possible en médecine générale, dans les conditions de sécurité nécessaires. Il y a, naturellement, la répétitivité des séances au gré des besoins prévus par le médecin ou de celui perçu par le malade, la rapidité d'intervention et la grande disponibilité du généraliste, l'appel toujours possible au secteur spécialisé pour la fourniture de gestes techniques ponctuels. Ces particularités permettent le large recours aux positions diagnostiques autres que le diagnostic médical complet au sens scientifique du terme. Ces trois positions, dès lors que leurs limites sont perçues avec précision par le praticien permettent de laisser un grand nombre de situations ouvertes à la prise en compte d'évolution imprévues, de dangers évitables ou d'éléments encore méconnus appartenant à des pathologies différentes sous-jacentes à la première qui a été prise en charge.

R.N. BRAUN montre ainsi d'autres facteurs importants qui permettent le fonctionnement du système médical généraliste. En effet, il montre l'existence d'une loi de la répartition régulière des cas selon laquelle, sur un temps d'observation suffisant, en 3.000 séances de généralistes, ce sont 400 situations médicales environ qui résultent des séances de généralistes exerçant dans des pays de conditions socio-économiques analogues et ce avec une fréquence d'un même ordre d'un généraliste à l'autre pour la plupart de ces résultats de consultation (étant entendu que ne sont prises en compte que les situations apparaissant plus d'une fois sur 3.000).

A partir de ce constat, étudiant le mode de réalisation de ces 400 résultats de séances de généralistes, R.N. BRAUN montre comment chaque généraliste élabore autodidactiquement des habitudes professionnelles qui aboutissent à ces résultats. Ces "routines" sont souvent mal perçues et encore moins manifestées, voire conceptualisées, par les généralistes, mais R.N. BRAUN a montré que cette expression et cette conceptualisation sont possibles et qu'elles peuvent mener à des standards qui, alors, deviennent perfectibles et enseignables.

Pour notre recherche, nous retiendrons d'ores et déjà la notion de fréquence régulière des résultats de consultation et de routines non explicites, comme éléments intervenant dans la stratégie et dans les tactiques en cours des séances du généraliste.

Enfin, R.N. BRAUN note aussi que, s'il est vrai que le médecin généraliste ne prend pas en compte toutes les données anamnestiques concernant toutes les affections médicales antérieures de ses patients, il est -par contre- assez bien informé de la vie de ses clients (note) et que, de ce point de vue, qui prend une valeur considérable dès qu'un

.../...

(note) R.N. BRAUN opus cité p. 285

patient tombe malade pour des raisons conflictuelles, le médecin généraliste est nettement mieux placé que le spécialiste ; celui-là, s'il désire tenir compte de ce type d'information, mettra beaucoup de temps et d'efforts pour les découvrir.

- On passe, ici, à la seconde des cinq directions de recherche sur les stratégies, les tactiques en médecine générale et leurs significations, parmi celles que nous avons répertoriées, pour tracer l'état actuel de la question.

Il s'agit de recherches menées par le couple de psychanalystes Michaël et Enid BALINT, avec plusieurs groupes successifs de chercheurs généralistes en Grande-Bretagne, à partir de 1950.

Se basant sur les concepts de la psychanalyse, ils ont pris pour hypothèse et démontré que le médecin est lui-même un élément thérapeutique en tant que personne liée à celle du malade par des phénomènes transférentiels ; ceux-ci jouent, en médecine générale, un rôle particulièrement important et ils se déroulent selon un mode tout à fait spécifique. Il faut dire, ici, que l'ensemble des processus décrits par les Balint et les généralistes de leurs groupes de recherche sont rarement explicités et ne peuvent même pas être complètement conceptualisés par les praticiens, lesquels n'ont pas une formation adéquate au champ épistémologique considéré et, de toutes façons, ne se trouvent pas dans la situation analytique requise lorsqu'ils agissent en praticiens. Cependant, l'on constate, pour peu que la recherche soit méthodique, l'existence d'une sensibilité plus ou moins fine chez le médecin pour ce qui se passe à l'occasion de la relation médecin-malade dans toutes les formes de pratiques généralistes, du fait même que, en médecine générale, le malade exerce - dans l'équilibre de cette relation - une pression qui ne peut être totalement annulée. Cette pression du malade peut s'exercer dans tous les cas puisque la disponibilité du généraliste ne peut pas lui être totalement refusée (sous peine de rupture) et que les gestes techniques à la disposition du praticien n'offrent pas un écran très étanche vis à vis de cette pression. En fait, il a été démontré qu'il s'instaure au fil du temps une "compagnie d'investissement mutuel" qui représente une réserve de pouvoirs à la disposition des deux partenaires, le malade et son médecin, réserve dans laquelle l'un et l'autre puisent lorsqu'il s'agit d'affronter ensemble une situation médicale.

Il faut remarquer que, dès le début des recherches entreprises par Michaël et Enid BALINT et les quatorze généralistes, à la Tavistock Clinic de Londres, l'objectif spécifique du travail visait, outre la mise en évidence des faits relationnels et de leurs conséquences dans la pratique généraliste, la création d'une méthode de formation des généralistes pour une plus grande compétence psychothérapeutique, afin d'approfondir et affiner les pratiques spontanées dont l'existence venait d'être démontrée.

En Grande-Bretagne, après la mort de Michaël BALINT en 1970, ce double travail de recherche s'est poursuivi.

.../...

Par contre, partout ailleurs dans le monde et tout spécialement en France, une quasi exclusivité a été donnée au développement de la seule méthode de formation et de ses variantes ; l'objectif de recherche sur les stratégies, les tactiques et les résultats de la relation médecin-malade a été quasiment abandonné, ainsi que toute autre forme d'évaluation des résultats de la formation. Comme dans le cas de la médecine hospitalière, les publications sont de l'ordre des histoires cliniques à caractère purement descriptif.

Il y a, à cela, des causes socio-historiques sur lesquelles il ne nous appartient pas de nous appesantir dans le cadre de ce travail, mais que nous avons étudiées par ailleurs (note 1)

Reste, sans nous attarder sur les conséquences de cette évolution historique, que les découvertes balintiennes confirment l'existence, en médecine générale, de ce qu'il est convenu d'appeler la compagnie d'investissement mutuel qui comporte un élément de durée, de capitalisation de pouvoirs disponibles et informations conscientes ou non mais qui sont à la disposition du médecin comme du malade. Dans le même temps, la personne du médecin prend un sens particulier au delà d'une machine à analyser et à prédire, mais aussi apparaît le malade comme partenaire actif dans le processus médical. Il n'est pas qu'un producteur de symptômes.

- On parvient ainsi à la troisième orientation de recherche sur la pratique généraliste. Il s'agit de travaux sociologiques où émergent les travaux de G. STIMSON et B. WEBB, intitulés "Aller chez le médecin, le processus de la consultation en médecine générale (note 2).

Le parti pris des deux sociologues anglais dans leur recherche a consisté à considérer le point de vue des patients et à situer le face à face de la séance de consultation proprement dite comme une séquence seulement d'un processus social beaucoup plus étendu qui commence pour le patient bien avant et se continue bien après la consultation proprement dite.

.../...

(Note 1) Rapport S.F.M.G. - I.N.S.E.R.M., A.T. 56, 1979 "Recherches Epistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine générale" chap. II : "Le cas du travail qui fut entrepris en 1975, à la Société Médicale Balint, sur le traitement de l'asthme par des médecins formés à la relation thérapeutique et qui resta inachevé " Dr POIVET et O. ROSOWSKY (p. 93 à 125)

(note 2) G. STIMSON, B. WEBB : "Going to see the Doctor. The consultation process in general practice" collection *Medicine, Illness and Society*. Ed. Routledge et Kegan Paul, London, Boston 1975.

Le comportement du patient est considéré et démontré comme une stratégie interactionniste, c'est-à-dire tendant à influencer le résultat de la consultation avec le médecin.

Sans entrer dans le détail de ce travail et de ses méthodes, nous voyons là justifier, par l'étude du point de vue du consultant, ce que nous avons vu déjà apparaître par l'étude du point de vue du médecin généraliste. Il est possible de prendre en compte des informations et des stratégies dépassant de loin le cadre strict du savoir médical d'origine hospitalière qui s'efforce de justifier son action d'un point de vue normatif par rapport aux seuls savoirs biologiques, psychiatriques, ou autres qui, de fait, appartiennent à des domaines extérieurs à la médecine.

- Une quatrième direction de recherches sur la séance de généraliste dont nous prendrons en compte le résultat, est représentée par les travaux de A. LETOURMY qui étudie, toujours sous l'angle sociologique, la pratique quotidienne et le comportement des médecins généralistes libéraux (note).

Etudiant en 1975 les pratiques de 215 généralistes sur une ou deux semaines d'activité, soit 37.790 consultations ou visites, A. LETOURMY prend en compte un très grand nombre de variables, tenant à l'échantillon des médecins observés, à celui des malades, aux conditions de réalisation de l'acte et des décisions médicales prises.

Il en résulte une vision d'ensemble de la pratique et du comportement du généraliste libéral, caractérisée par une médecine techniquement simple, professionnellement isolée, liée à une clientèle et à une bonne connaissance que les généralistes ont de leurs malades ainsi qu'à une pathologie très diversifiée. Mais le résultat le plus important constaté par A. LETOURMY lui-même, est que, partant d'une vision purement marchande de l'activité généraliste, il constate "in fine", une approche spécifique de la maladie qui ne se déduit pas seulement de conceptions savantes issues de références hospitalo-universitaires, mais aussi d'une prise en compte d'un savoir, dit profane, de chaque malade sur ses besoins. A. LETOURMY trouve la "légitimité technique indéniable qui rend la médecine générale opérationnelle dans sa faculté de juxtaposer des catégories diagnostiques de significations différentes, d'harmoniser les procédures diagnostiques et thérapeutiques qui tiennent un large compte à la fois des objectifs propres du médecin et des attentes des usagers qui, en médecine générale, disposent d'un "contrôle profane".

.../...

(Note) : A. LETOURMY "Etude de la pratique médicale du généraliste en médecine libérale de cabinet" Rapport descriptif et rapport principal (Cerebe 1977).
"Pratique quotidienne et comportement des médecins généralistes libéraux" (Cerebe 1981)

- Une cinquième voie de recherches dont nous avons retenu les résultats, est celle qui a été prise au département de recherche scientifique de la Société Française de Médecine Générale. Il s'agissait pour nous, à l'occasion d'études diverses engagées par notre département -et quel qu'en soit l'objet ponctuel spécifique- de vérifier l'existence et le rôle de l'un ou plusieurs des sous-ensembles logiques déjà repérés par les travaux précités dans le processus de la "séance du généraliste".

C'est ainsi que, à l'occasion d'un malade suivi par un généraliste, à la fois en ville et par les comptes rendus qu'il en donnait dans des séances successives d'un groupe Balint, il a été possible de décrire le processus relationnel qui a mené, en trois ans, un malade gravement somatisé et invalidé, vers une resocialisation et un abandon de ses plaintes qu'il a considéré lui-même comme une guérison. Le processus médical qui émerge est ici celui de la lente reconnaissance de sa personnalité "impossible" et de la légitimité de celle-ci par son médecin traitant. On voit ici que l'idée de guérison mériterait à elle seule un long débat (note).

Dans le même temps, nous avons engagé des études cliniques traditionnelles concernant certains tests de laboratoire ou l'activité thérapeutique de certains médicaments nouveaux en médecine générale sur un temps assez prolongé et un nombre de cas significatif.

Cette démarche nous a menés à une interrogation sur la spécificité de la recherche en médecine générale et la méthodologie particulière qui doit en résulter (note 2).

Ce travail démontre qu'il existe des conditions premières de nature socio-linguistique, à toute recherche faite par des généralistes sur leur propre discipline.

Ce sont les travaux de William Labov qui nous ont apporté un éclairage particulièrement utile (note 3).

En effet, il montre comment, dans toute société stratifiée hiérarchiquement, toute situation de communication entre acteurs issus de groupes différents, voit la hiérarchie des valeurs qui lie ces groupes, influencer sur les éléments constitutifs de l'échange.

.../...

(note 1) J. GOEDERT et O. ROSOWSKY : "Une guérison impossible" Ed. Payot Paris, 1976

(note 2) Rapport S.F.M.G. - I.N.S.E.R.M. AT 56, 1979 : "Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne" corpus : trois recherches en cours dans deux sociétés savantes à l'initiative de médecins praticiens (par O. ROSOWSKY - J.M. ABRAMOWITCH - Mme J. AKOUN-CORNET - J. de COULIBOEUF - Mme DIGE-HESS - J. GOEDERT - D. LAMOTTE - M. NICOLLE-D. POIVET - G. VERY.)

(note 3) William LABOV "Sociolinguistique" Ed. Minuit, 1976 (419 p)

Nous citerons, en particulier, deux règles énoncées par Ferguson et Guimpez que reprend William LABOV :

- 1) tout groupe de locuteurs d'une langue X qui se considère comme une unité sociale fermée, tend à exprimer sa solidarité interne en favorisant les innovations linguistiques qui le distinguent de tous ceux qui n'appartiennent pas au groupe ;
- 2) Toutes choses égales, par ailleurs, si deux locuteurs A et B d'une langue X communiquent dans cette langue et si A considère que le statut de B est plus prestigieux que le sien propre et aspire à l'égaliser, alors la variante de X parlée par A tendra à s'identifier à celle que parle B

En d'autres termes, dans une relation de communication à l'intérieur d'un groupe de dominés (ex : les médecins généralistes dans la hiérarchie médicale) le système de langue est cohérent et son originalité est entretenue, mais en présence d'un représentant d'un groupe statutairement dominant, intervient un jugement de valeur négatif que porte le groupe statutairement inférieur sur son propre discours.

Nous avons nommé ce phénomène, dans le champ qui nous concerne, la recherche du généraliste sur sa pratique spécifique "l'intériorisation du discours hospitalier" par les généralistes. De là est née une méthode restituant aux groupes de recherche généralistes les conditions qui leur sont nécessaires pour utiliser leur propre lexique et pouvoir élaborer les concepts propres à leur discipline. Cette méthode a déjà été appliquée lors de deux études importantes concernant l'usage d'un beta bloqueur dans le traitement au long cours de l'hypertension artérielle en médecine générale où elle nous a permis de mettre en évidence certaines "règles" particulières aux traitements au long cours dans notre discipline.

Enfin, un récent travail "Recherche coordonnée sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale" (à l'impression) nous a permis d'affiner la méthode qui permet aux généralistes d'assumer à la fois le rôle de sujet et d'objet de recherche.

3- Hypothèse de travail :

Nous voulons étudier les stratégies, les tactiques et les fonctions du médecin généraliste pendant la séquence dite "séance du généraliste" du point de vue de ses propositions thérapeutiques, avec un intérêt particulier pour sa prescription médicamenteuse. Selon les connaissances déjà acquises en l'état actuel de la question, les propositions thérapeutiques du généraliste résultent à la fois :

- de l'une des quatre positions possibles dans le diagnostic médical au sens strict et traditionnel de ce terme
- des informations manifestes et latentes dans la mesure où elles sont accessibles, résultant des relations passées avec le malade et son entourage,

.../...

- de routines, partiellement explicitées, qui s'élaborent autodidactiquement après l'installation du médecin généraliste,
- des compromis entre les stratégies du malade et celles du médecin.

Nous pensons possible d'inventorier la présence de ces facteurs lors des séances de médecine générale et montrer certaines des corrélations de ces facteurs avec les prescriptions qui sont faites.

B - NATURE DE LA RECHERCHE

Il s'agit d'une étude de type épistémologique sur le processus médical de la prescription thérapeutique en médecine générale.

C - METHODOLOGIE

Elle vise à répondre au problème d'une recherche dont une partie des sujets est l'objet même de cette recherche.

- Elle se propose de tenir compte des caractéristiques socio-linguistiques propres aux médecins généralistes dans l'élaboration de leur lexique et de leurs concepts, du fait de leur position hiérarchique particulière dans le corps médical.
- Les éléments d'information sur l'objet de la recherche qui résultent de tous les travaux que nous avons présentés dans le chapitre consacré à l'état actuel de la question, seront pris en compte dans l'exploitation des données.

IL A ETE DECIDE, DANS UN PREMIER TEMPS, DE FAIRE UNE RECHERCHE DE FAISABILITE AVEC UN ECHANTILLON LIMITE DE MEDECINS ET UN NOMBRE RESTREINT DE MALADES. SELON LES RESULTATS, UN SECOND TEMPS DE RECHERCHE POURRA ETRE ENVISAGE SUR UN NOMBRE SIGNIFICATIF ET REPRESENTATIF DE MEDECINS ET DE MALADES.

1- La construction des instruments de recueil des données

Elle procède de deux lieux d'élaboration :

- les cabinets de consultation de :
 - 4 médecins généralistes libéraux exerçant dans la couronne parisienne
 - 1 médecin de centre de soins municipal
 - 1 médecin généraliste dans une grande entreprise publique.
- cinq séminaires de travail commun d'une journée réunissant les six généralistes avec un sociologue et un psychanalyste linguiste animateur de groupe Balint où s'élaborent les inventaires provisoires successifs destinés à être essayés dans les cabinets médicaux et être remaniés au séminaire suivant.

.../...

Le travail de séminaire se fait sous la forme d'une discussion libre sous la gestion d'un modérateur. Les séances sont enregistrées. Du fait des disciplines représentées, de la gestion de cette recherche par un généraliste au siège de la Société Française de Médecine Générale, et du fait des ajustements survenus au cours de six années de recherches déjà menées en commun, aucune sorte de système hiérarchique ne tend à différencier les chercheurs ce qui a pour effet la libre expression du lexique et des modalités de fonctionnement et de raisonnement des généralistes présents.

On escompte aussi l'émergence des routines implicites, voire non conscientes, sous la forme de questions posées ou de comportements observables dans le groupe qui seront l'objet du travail du psychanalyste (Dr POIVET).

Par ailleurs, ainsi recueillies, les "bonnes questions" apparaîtront lors du dépouillement du protocole. La construction de l'inventaire se fait, en effet, selon la méthode de complémentarité, chaque praticien étant censé apporter des fragments d'informations reconnus par lui dans sa propre pratique. Ceux-ci sont intégrés dans l'inventaire s'ils sont aussi reconnus par l'ensemble des généralistes présents comme faisant partie de leur propre pratique.

2- Le recueil des données

A la fin du processus décrit ci-dessus, on se trouve en présence de :

- a) un questionnaire de recueil des données qui sera utilisé par les six généralistes pour les consultations données aux quatre derniers patients au cours des cinq jours consécutifs d'une semaine en juin 1981 et dans la région parisienne, soit vingt protocoles par généraliste du groupe (note). On a choisi arbitrairement les quatre dernières consultations de la journée pour disposer d'une famille homogène de malades, les caractéristiques de ces derniers pouvant varier fortement au cours de la journée.
- b) une lettre écrite par chaque médecin expliquant la situation et ses prescriptions à propos de chacun de ses malades inclus dans l'étude. La lettre est censée s'adresser à ses pairs dans le groupe pour les informer des mêmes données que celles du questionnaire, mais de façon libre suivant les impulsions naturelles du médecin.

.../...

(note) : le questionnaire utilisé est une adaptation d'un travail polydisciplinaire réalisé entre 1980/82 à la Société Française de Médecine Générale. Il s'agissait de réaliser un inventaire des éléments pris en compte chez les déprimés en médecine générale et de construire un protocole type de recueil des données en vue du diagnostic et du traitement. L'équipe de recherche comportait 18 médecins généralistes, deux psychiatres-psychanalystes, une psychologue, un ethnologue et quatre sociologues. Ce travail sera édité par la S.F.M.G. et le Laboratoire SPECIA sous forme de trois fascicules, au cours du dernier trimestre 1983.

- c) l'enregistrement des cinq séminaires
- d) les notes prises par le psychanalyste et le sociologue pour leur propre compte.

3- L'exploitation des données

Les éléments recueillis sur les questionnaires, une fois mis en mémoire informatique, feront l'objet d'études quantitatives et d'études par croisement des variables. Ce travail sera fait par les généralistes avec le concours du sociologue.

L'analyse des enregistrements des séances, de la structure du questionnaire et des "lettres des généralistes à leurs pairs", fera l'objet de monographies séparées du Dr POIVET.

4- Type de données attendues

- repérer les informations disponibles pour le généraliste lors de sa prescription,
- repérer parmi ces informations, celles ou les groupements d'informations ayant un effet quantitatif ou qualitatif sur la prescription,
- repérer certains rôles attribués aux médicaments et aux prescriptions non médicamenteuses dans la séance du généraliste.

5 - Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude de faisabilité dont les résultats ne prétendent à aucune fiabilité statistique. Ils sont destinés à repérer les types de données pouvant résulter d'une telle étude. Une recherche ultérieure sur un nombre significatif de cas, se ferait alors dans des conditions de faisabilité déjà éprouvées.

D - PERSPECTIVES

Une meilleure connaissance des logiques, stratégies et tactiques ayant cours en médecine générale lors de la prescription, médicamenteuse ou non, peut permettre une recherche visant à en améliorer la pertinence. Ces connaissances matérialisées, pourront entrer plus facilement dans le corps enseignant du cursus spécifique de médecine générale à l'université et en déterminer la pédagogie particulière. En effet, dans la mesure où certains éléments moteurs et décisionnels prennent naissance dans un arrière-plan socio-culturel, ces comportements peuvent devenir conscients et être analysés a posteriori, mais l'apprentissage de ces comportements ne peut être que social.

Enfin, la qualité des nombreuses recherches sur le comportement à long terme des médicaments qu'on se prépare à engager dans le champ de la médecine générale, se trouvera nettement amélioré par une meilleure compréhension de la pratique généraliste qui doit servir de support à ces recherches.