

Expérimentation et recherche clinique en médecine générale

Le temps des entrepreneurs

Beaucoup de praticiens de la génération d'Oscar Rosowsky ont vécu avec passion la croissance exponentielle des pouvoirs médicaux dans le domaine biologique. Parallèlement, la stagnation des savoirs dans certains besoins médicaux de nécessité évidente, mais qu'on laissait de côté, leur paraissait un non-sens et un scandale pour l'esprit.

Dès 1965, un réseau d'activité s'est rapidement développé dans les pays avancés, avec pour visée d'instaurer la médecine générale comme une discipline scientifique. Ce qui impliquait qu'elle entre en possession de ses propres outils conceptuels, instrumentaux et institutionnels.

Oscar Rosowsky, médecin généraliste d'exercice libéral, est actuellement président délégué de la Société Française de Médecine Générale, responsable de son département recherche scientifique et de sa publication : *Les Documents de Recherche en Médecine Générale*.

Parmi les faits qui permettent de prédire, en toute sérénité, un grand avenir à la médecine générale, il y a l'apparition d'un esprit de science

dans une discipline qui, jusque-là, fonctionnait comme une praxis sans support théorique propre. Deux événements ont motivé ce changement. Tous deux résultent de l'évolution naturelle des sciences médicales.

En effet, ayant à éclairer un nouveau champ d'étude, l'usager de la méthode scientifique commence, traditionnellement, par y découper des sous-ensembles, aussi nombreux qu'il le faut pour rendre chacun d'eux séparément accessible aux instruments et techniques d'observation dont on dispose. Il se crée ainsi des secteurs et disciplines scientifiques spécialisés. La médecine est un exemple simple de ce processus.

Lorsque les disciplines dérivées ont suffisamment progressé, vient le moment où l'étude du champ primitif dans son ensemble devient souhaitable. Il en résulte la nécessité de soumettre à la recherche le ou les sous-ensembles qui ont été laissés de côté, du fait de leur complexité initiale ou de leur relation trop intime avec certains aspects de l'ensemble primitif non accessibles aux méthodes de recherche jusque-là en usage.

A côté de ces raisons d'ordre épistémologique, il en est d'autres élémentaires mais radicales. On

constate en effet que la demande de recherches cliniques et thérapeutiques dans le champ d'action de la médecine générale connaît aujourd'hui un développement rapide, à cause d'une séparation de plus en plus marquée des tâches médicales entre le secteur hospitalier et celui de la médecine générale. Cette séparation aboutit au résultat que certaines pathologies fréquentes n'atteignent plus le secteur hospitalier, où leur étude clinique et thérapeutique ne peut donc plus se faire.

Citons ici pour mémoire les maladies infantiles non compliquées et les affections respiratoires dites banales. Le problème est le même pour beaucoup des maladies qui connaissent des phases de traitement hospitalier, mais dont certains de leurs stades ne sont observables qu'en médecine générale. C'est le cas, par exemple, de ce que nous appelons les phases encore inorganisées des affections à vocation chronique telles les maladies cardio-vasculaires et rhumatismales. Du point de vue de la prescription aussi, certains problèmes ont des aspects propres à la médecine extra-hospitalière. Ainsi, les conditions de persuasion contractuelle et d'observance des prescriptions sont une donnée spécifique à considérer, qui devient primordiale en l'absence de tout moyen de contrainte institutionnelle en médecine ambulatoire. Spécifique aussi du point de vue de sa fréquence est le problème des compatibilités médicamenteuses en fonction de la durée dans les traitements dits « à vie », et en fonction des associations médicamenteuses usuelles dans les polyopathologies fréquemment rencontrées.

Jusqu'à présent, devant la rareté des institutions généralistes de recherche, c'est par des moyens indirects et des explorateurs venant de champs scientifiques extérieurs qu'on s'est efforcé de dénombrer les éléments constitutifs et de comprendre les modes de fonctionnement de notre discipline. Il peut s'agir d'études de type archéologique, à partir des vestiges de l'activité étudiée, en particulier à partir de nos ordonnances. Il peut s'agir encore d'études de type ethnologique recueillant par voie de questionnaires ouverts ou fermés l'opinion des généralistes, afin de reconstituer la représentation qu'ils se font de leur activité médicale et des mythes qui les structurent. Dans ces conditions, les informations recueillies restent limitées par les présupposés propres aux disciplines non médicales qui mènent l'enquête, ce qui ne permet pas une bonne saisie des problèmes médicaux qui nous intéressent.

On voit combien la matière qui reste à explorer

demeure colossale, au point qu'il est permis de parler de « terra incognita de la médecine générale », dont seuls quelques contours sont aujourd'hui connus par les récits plus ou moins pertinents d'explorateurs qui viennent de champs d'activité scientifique extérieurs.

L'apparition d'un esprit de science dans la discipline généraliste elle-même peut changer cet aspect des choses. En fait, c'est là une condition première pour pouvoir utiliser la recherche clinique en médecine ambulatoire avec autant de fiabilité que ce qu'on attend de la recherche clinique et thérapeutique en milieu hospitalier.

Or, l'émergence d'une recherche sérieuse dans la médecine générale s'est effectivement produite depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale dans divers pays avancés. Il en résulte des progrès cognitifs et instrumentaux qui, tout en n'étant pas suffisamment connus des entrepreneurs industriels et des gestionnaires de la santé publique, représentent néanmoins des découvertes véritables et des percées sans doute décisives vers un développement rapide du processus d'exploration scientifique.

Trois outils conceptuels

Au plan cognitif, trois outils conceptuels organisent maintenant la recherche en médecine générale. En premier lieu, nous citerons la thèse de R.N. Braun sur la nature spécifique des finalités diagnostiques en médecine générale.

Rappelons que R.N. Braun est ce généraliste autrichien qui, depuis 1945, a consacré quarante années de sa vie à l'étude et à la théorisation des pratiques généralistes. Il démontre que la médecine spécialisée conçoit la fonction diagnostique comme un système de clôture de la problématique. Elle sert une idéologie médicale dont la devise serait « pas de traitement légitime sans un diagnostic médical complet préalable ».

La médecine générale, au contraire, aboutit à des décisions opérationnelles raisonnées (dont on peut répondre) à partir de quatre positions diagnostiques de même valeur : le signe cardinal, le groupement de signes ou syndrome, le tableau des maladies et le diagnostic médical complet selon les critères scientifiques du moment. Il s'agit ici d'un système de structures ouvertes sur une médiation délibérée entre les données du savoir médical et les problèmes multifactoriels d'ordre existentiel propres à la personne du patient et au système de

soins qui est disponible. Le tout doit se faire sous le signe de la plus grande économie de moyens compatible avec la situation.

Dans ces conditions, le système reste « ouvert » sur la perception d'éventuels événements graves évitables ou la survenue de phénomènes existentiels, ou encore la disparition des troubles qui ont motivé la plainte. On comprend que dans un système ouvert tel que celui décrit par R.N. Braun, il devient possible que ce soient des facteurs émanant des antécédents vécus avec le malade, ainsi que les résultats qui sont escomptés après le traitement d'épreuve qui contribuent à la décision de s'arrêter sur telle ou telle position diagnostique⁽¹⁾.

Un second outil conceptuel de classification nous est venu des travaux menés entre 1950 et 1956 par les époux Balint avec quatorze généralistes anglais. Ils ont mis en évidence le rôle diagnostique et thérapeutique en médecine générale d'un type particulier de relations interpersonnelles qui lie entre eux le médecin généraliste, son patient et leur entourage dans la durée et l'espace social. Cette thèse a été indirectement confirmée par les travaux de sociologues français tel Alain Letourmy, qui a démontré entre 1977 et 1981 le rôle et la prise en compte du savoir (dit « profane ») du malade, dont le pouvoir joue fortement dans le cadre particulier de la médecine générale. Citons aussi les travaux de sociologues anglais tels Gerry Stimson et Barbara Webb qui confirment avec éclat le rôle actif des patients avant, pendant et après la consultation généraliste...

Pour ce qui est du troisième outil conceptuel, c'est à la Société Française de Médecine Générale que revient le mérite d'avoir montré les mécanismes par lesquels s'exprime, dans le champ médical, l'appropriation des moyens économiques disponibles en médecine, au profit du groupe hospitalier et spécialisé, et au détriment de la médecine générale.

Il s'agit là de phénomènes psycho-sociaux liés à de véritables lois socio-linguistiques qui ont été élucidés par William Labov. Il en résulte une situation de dominant à dominé, à un niveau profond où joue la soumission à l'autorité scientifique par le biais d'une reprise compulsive du discours médical d'origine hospitalière, ce qui brouille radicalement les possibilités d'élucider les pratiques propres à la discipline généraliste. Nous savons maintenant, et nous le vérifions dans notre pratique de la recherche, que seule une méthode rigoureuse qui tient compte de ces brouillages permet l'émergence de notre langage vernaculaire, son usage,

puis la mise à jour des concepts propres à notre discipline.

Le recueil des données

A ces progrès dans les outils conceptuels, s'ajoutent naturellement des progrès dans les outils techniques de recueil des données, qui à la fois ont permis et sont issus des progrès conceptuels que nous venons d'énumérer. Il s'agit des importants travaux de classification généraliste qui ont été menés à l'étranger depuis les années 1950 et auxquels il nous semble qu'en France, on n'a pas suffisamment porté d'attention hors du milieu restreint de la Société Française de Médecine Générale, qui s'est préoccupée de leur inventaire et de leur traduction en langue française.

Ces travaux ont abouti à deux types d'outils de classification et de définition des données à usage statistique :

- les classifications des résultats de « séance » en médecine générale ;
- les systèmes coordonnés de recueil des données, faisant appel à un ensemble de codes particuliers et de classifications dont l'agencement permet de rendre compte des processus décisionnels qui se produisent lors de ces séances.

Les classifications les plus fréquemment utilisées des résultats de séance sont au nombre de deux. Toutes deux ont connu de nombreuses années de mise au point et de vérification sur le terrain. Toutes deux se réfèrent à une sélection de termes selon leur fréquence en médecine générale et arrivent ainsi à un thésaurus limité de 400 à 500 termes. Toutes deux disposent maintenant de définitions précises pour chaque terme par un glossaire adapté. Par contre, elles diffèrent par deux principes de regroupement qu'il faut connaître :

- la classification internationale des problèmes de santé en médecine de premier échelon (ICHPPC) est d'origine anglo-saxonne et représente l'apport de la WONCA (Organisation mondiale des collèges et académies nationales de médecine générale). Elle a fait l'objet de nombreux travaux anglais, canadiens, américains et scandinaves. Une de ses originalités positives tient à l'intégration d'une classification supplémentaire des recours aux services de santé pour des motifs tenant à la prévention, aux situations conflictuelles sociologiques et aux besoins administratifs. Son aspect négatif, selon nous, réside dans une volonté plus politique qu'épistémologique de compatibilité avec la classifica-

tion internationale des maladies et causes de décès, d'où il résulte une non-possibilité de coder de façon univoque directement les positions diagnostiques les plus fréquentes en médecine générale et qui fondent nos stratégies de la décision ;

— la classification biaxiale des résultats de consultation, qui est l'œuvre de R.N. Braun, ce généraliste autrichien que nous considérons comme un novateur de premier plan dans notre discipline. Elle comporte maintenant un glossaire en langue allemande, un autre en langue anglaise (d'origine australienne). Cette classification, rappelons-le, apporte la possibilité de préciser nos stratégies de la décision par l'usage simultané de deux axes, l'un dénominatif, l'autre positionnel, dans l'une des quatre situations diagnostiques en usage régulier en médecine générale, à savoir le signe, le syndrome, le tableau des maladies selon la médecine générale, le diagnostic confirmé par tous les moyens scientifiquement disponibles au moment historique considéré. Le choix de la Société Française de Médecine Générale consiste, en l'état actuel des choses, à utiliser la classification de R.N. Braun, enrichie de la classification supplémentaire des motifs d'appel aux services de santé selon l'ICHPPC.

Nous avons évoqué aussi l'existence d'un autre type d'outil technique de recueil coordonné des données, par un ensemble de codes incluant d'ailleurs l'une ou l'autre des deux classifications des résultats de séance en médecine générale que nous venons de décrire.

C'est l'agencement cohérent des codes utilisés qui permet alors de rendre compte des problèmes décisionnels qui se produisent en médecine générale. Deux de ces ensembles représentent des outils déjà validés par une vérification sur le terrain.

— Le premier est anglo-saxon. Il est supporté par la WONCA⁽²⁾ et il est en voie de vérification avec l'aide de l'OMS depuis 1978. Son titre est ICPC (International Classification for primary care) à ne pas confondre avec l'ICHPPC qui est, comme nous l'avons vu, une classification de nature diagnostique.

— Le second, plus récent, est l'œuvre de la Société Française de Médecine Générale et il est en voie de vérification depuis 1983 dans la région de Nantes avec l'aide de la DRASS.

Ces deux systèmes comportent la définition et le codage :

- des motifs, souvent multiples, de la consultation ;
- des résultats, souvent multiples, de la séance ;

— des processus diagnostiques et préventifs thérapeutiques, administratifs et autres.

Les différences entre les deux systèmes tiennent à trois choix faits en France :

— deux de ces choix visent à une plus grande simplicité d'emploi avec une précision plus grande dans le codage des motifs⁽³⁾, puis des résultats de consultation que nous pratiquons selon le code biaxial de R.N. Braun ;

— le troisième choix consiste en l'adjonction systématique d'une série d'informations d'ordre sociologique sur le patient et son environnement. Notre système est en usage depuis deux ans dans treize clientèles généralistes et réapparaîtra dans toutes les études cliniques, thérapeutiques et d'action sanitaire menées maintenant par la Société Française de Médecine Générale sur le terrain.

L'avenir dira lequel des deux systèmes, l'anglo-saxon ou le nôtre, ou quelle combinaison des deux, offrira la solution la plus performante. Reste que l'ensemble de ces outils permet d'ores et déjà des percées très nouvelles dans la connaissance fine de la prise en charge de ses malades par la médecine générale. Les industriels qui s'en saisissent, les enseignants et gestionnaires de la santé qui s'y intéressent perçoivent qu'il s'agit là d'un ensemble d'instruments neufs et performants pour la recherche des connaissances structurées sur la médecine extra-hospitalière, avec les conséquences que déjà certains devinent dans la compétition nationale et internationale.

Nous l'avons dit déjà, les exemples sont nombreux de recherches cliniques en médecine générale, mais encore trop peu d'entre elles répondent aux critères de sérieux, d'objectivité et de pertinence qui nous paraissent propres à recueillir le consensus de la communauté scientifique. Aussi, nous bornerons-nous ici à montrer ce qui a été fait par nous, dans le cadre de notre société scientifique et dans le domaine circonscrit de l'expérimentation clinique en médecine générale, en utilisant les outils modernes et adaptés que nous venons de décrire.

Les études se placent dans une catégorie que les auteurs anglais appellent les « patient monitoring studies » et que nous appellerions volontiers « études de prise en charge et de suivi des malades en médecine générale ». Il s'agit ici non plus d'informations statistiques provenant de l'étude synchronique des seules consultations et prescriptions médicales, mais de données diachroniques sur des cohortes de patients représentatifs d'un problème. Les informations sont collectées au fil d'un temps

donné, sous l'angle des modifications cliniques et thérapeutiques survenant chez le patient. La stratégie de la décision devient ici l'objet d'une étude directe. Dans la stratégie de notre société scientifique, c'est là un choix délibéré qui vise à augmenter à chaque étude le corpus des connaissances structurées sur notre discipline, et à satisfaire ainsi à nos objectifs statutaires de recherche et d'enseignement.

Méthodologie des études

Il va de soi que les règles du secret médical sont soigneusement respectées. De même ne donnons-nous d'exemples qu'à partir de rapports déjà publics et disponibles. Parmi les conditions préalables qui doivent être réunies, nous venons de voir de quels concepts et instruments de codage adaptés à notre discipline on dispose déjà. De plus, des codes propres à l'objectif choisi sont construits « sur mesure », au départ de chaque étude, par des préenquêtes d'observation menées en profondeur sur un petit nombre de cas.

Sans signification statistique, ces préenquêtes permettent cependant l'inventaire des problèmes et des modes de questionnement les plus adéquats. On escompte que l'étude ultérieure, effectuée sur un nombre de cas significatif, permettra de montrer parmi ces questions lesquelles étaient les « bonnes »⁽⁴⁾.

Un autre type de condition préalable est de disposer de praticiens en nombre suffisant, qui aient accepté d'investir le temps qu'il faut pour réaliser « en professionnels » un travail de chercheur « à temps partiel » et pour progresser dans cette carrière nouvelle. Il y a là, une fois de plus, un choix à faire. La formation universitaire actuelle des médecins généralistes ne les prépare qu'à absorber une matière préfabriquée en usage dans d'autres disciplines médicales. Dans ce système de formation, la fonction dévolue aux praticiens se réduit à un tamisage de la matière qui leur est fournie, et à l'organisation d'une bonne dynamique de la communication avec les sources qui sont censées les informer.

Dans notre pays, la formation continue étant ce qu'elle est, les médecins généralistes n'échappent à cette mise en forme réductrice, d'origine extérieure à leur discipline, que sous la pression des réalités de leur pratique. Cette pression reste aujourd'hui la principale voie d'accès à leur fonction spécifique. Malheureusement, il s'agit là d'un

apprentissage bricolé de leur praxis, qui leur donne aussi une idée fautive sur la recherche scientifique, dont la méthode diffère structurellement de celle où progresse la pensée du bricoleur. Dans ces conditions, il ne nous paraît pas possible de nous fier pour la recherche à des praticiens recrutés sur des critères de représentativité démographique.

Notre choix est donc de constituer des équipes permanentes de praticiens auxquels la Société Française de Médecine Générale donne elle-même une formation progressive, à l'occasion de leur participation à une succession d'études réalisées en grandeur réelle, donc contraignantes et évaluables, où le souci méthodologique reste volontairement prioritaire. Deux remarques nous semblent ici justifier notre choix :

— il y a d'une part, le fait que tous les travaux réalisés sur la médecine générale dans le monde confirment l'existence dans notre discipline de zones étendues de forte cohérence spécifique, qui s'imposent à tous les praticiens dès lors qu'ils exercent dans des pays de niveaux socio-économiques voisins. Nous posons l'hypothèse que cette cohérence s'impose aussi aux praticiens chercheurs, dès lors que leur activité de recherche ne couvre qu'une partie non majoritaire de leur pratique.

— d'autre part, la non-représentativité sociologique des médecins chercheurs est un biais auquel n'échappe la recherche clinique dans aucune discipline médicale connue. Le biais reste donc un moindre mal, et une limite qu'il faudra bien accepter pour notre discipline comme pour les autres. Ceci dit, nous en sommes actuellement arrivés à un réseau atteignant cent praticiens. Assez bien réparti sur l'ensemble du territoire français, ce réseau comporte des niveaux de compétences complémentaires, qui vont du recueil des données à la capacité d'extraire les données, voire à celle de formuler les problèmes, les protocoles de recherche et les rapports finals. Nous savons que ce réseau implique encore bien des efforts et une croissance suffisamment progressive, pour que puisse se poursuivre la formation des compétences voulues.

Il va de soi aussi que l'objet de la recherche doit rester homogène au champ médical que l'on étudie. C'est donc la praxis généraliste qui servira de référence au centrage et à la formation des questions à explorer. Dans le même temps, il est nécessaire de rester objectif, ce qui implique la connaissance de nos limites et des modalités de collaboration avec les chercheurs des autres disciplines médicales scientifiques qui peuvent être

impliqués pour atteindre l'objectif qui a été choisi. C'est naturellement le cas des statisticiens, épidémiologistes, sociologues, pharmacologues, cliniciens spécialisés et spécialistes de développement industriel. Notre méthode de collaboration consiste à nous soumettre à la critique et au consensus de ces chercheurs extérieurs mais, pour tenir compte de la position hiérarchique actuelle de notre discipline, nous avons pour principe de conserver la responsabilité de la gestion comme de la coordination de l'étude ainsi que celle du rapport final. Nous pensons pouvoir dire que, même à travers d'éventuels conflits qui doivent être éclairés et réglés, il se crée un esprit multidisciplinaire à la fois enrichissant et objectivant, dont bénéficient tous les participants et les disciplines dont ils sont les représentants.

Mais quelles sont donc les études de prise en charge et de suivi des malades en médecine générale qui nous permettent de dire que les conditions que nous venons d'énoncer sont applicables en France, et de penser qu'elles portent les fruits escomptés ?

Premiers travaux

Dans leur ordre chronologique, il y a eu d'abord un travail intitulé « Essais cliniques sur l'acébutolol et recherches sur la maladie hypertensive en médecine extra-hospitalière ». Subventionnée par le laboratoire Specia en 1975, l'étude a été achevée en 1977 et rendue publique la même année. Il s'agissait d'une recherche prospective, en vraie grandeur, sur les conditions dans lesquelles la médecine générale intègre une nouvelle classe thérapeutique, alors un bêta-bloqueur, dans sa pratique thérapeutique habituelle de l'hypertension artérielle. C'est une étude multicentrique impliquant 85 cabinets de médecine générale et 506 malades. Cette étude sur six mois avec distribution du nouveau médicament sous son appellation chimique et à la veille de sa commercialisation permettait d'assurer le suivi ultérieur dans les conditions normales à la fin de l'essai.

Ont été établies des connaissances solides sur l'efficacité, la tolérance du nouveau médicament en médecine générale, ainsi que la liste et la fréquence de ses effets secondaires à court terme, la posologie moyenne efficace ainsi que les conditions d'observance et les causes d'abandons. Ont été apportés des éléments sur la représentation que

les médecins et les malades se font de ce traitement.

En 1979, nous proposons au même laboratoire une enquête qui s'intitule « Histoire naturelle de 179 malades hypertendus traités pendant trois ans par l'acébutolol (Sectral) chez 40 médecins généralistes ». Il s'agit d'une suite au travail précédent. C'est une étude rétrospective sur trois ans, évaluant les modifications induites dans la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale par l'introduction du nouveau médicament. On verra ci-après notre schéma d'organisation type tel qu'il s'est appliqué sous sa forme la plus simple dans cette étude.

Ont été précisés les résultats à moyen terme du traitement en médecine générale, les associations médicamenteuses qui sont éventuellement utilisées, les effets secondaires, les éléments contribuant à l'observance et aux abandons du traitement ainsi que son coût annuel, mensuel et journalier. A été aussi publié le montage financier nécessaire à une telle étude.

On conçoit que de telles études, menées sur un ensemble significatif de malades traités pour l'HTA, peuvent avoir des usages multiples. Ainsi pourrions-nous réaliser des recherches prospectives par l'étude de l'évolution des diverses stratégies thérapeutiques usuelles dans une population d'hypertendus traités en médecine générale.

Bien d'autres modèles d'étude de prise en charge et de suivi sont possibles. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, nous avons construit et publié un inventaire des éléments que le généraliste prend en compte lorsqu'il classe ses malades comme déprimés. Cette étude a nécessité deux années de travail et une équipe pluridisciplinaire associant 18 généralistes, deux psychiatres, deux sociologues et un pharmacologue.

Il en résulte, par exemple, que les éléments utilisés par le généraliste dans son classement ne sont pas ceux théoriquement en usage en psychiatrie, mais se réfèrent essentiellement au vécu antérieur du généraliste avec son malade. Dès lors, on comprend l'impossibilité d'informer les praticiens sur l'usage des médicaments psychotropes à partir des critères de la psychiatrie traditionnelle, et la difficulté des essais thérapeutiques visant à positionner les médicaments psychiatriques en médecine générale à l'aide des protocoles qui ne sont pas pertinents à notre pratique.

Pour finir, disons quelques mots sur un outil polyvalent qui est en place depuis deux ans maintenant et dans lequel nous plaçons de grands

ORGANIGRAMME DE LA RECHERCHE ACEBUTOLOL II

Janvier-Mai 1979

Réalisation du projet de recherche et de ses protocoles : Drs Forestier, Petiteville, Rosowsky, Schneider, Sée (SFMG).

Juillet 1979

Subvention Lab. SPECIA Dr Mariembourg Distribution du projet aux volontaires SFMG pour cette recherche : essais-test.

6/7 octobre 1979

Séminaire commun de mise en forme définitive des documents de recueil des données et des instructions de codage. 40 MG SFMG + Specia (MM. Morinière, Alberto, Gillet et collaborateurs). Impression, distribution des protocoles, début du recueil des données.

Octobre 1979 - juin 1980

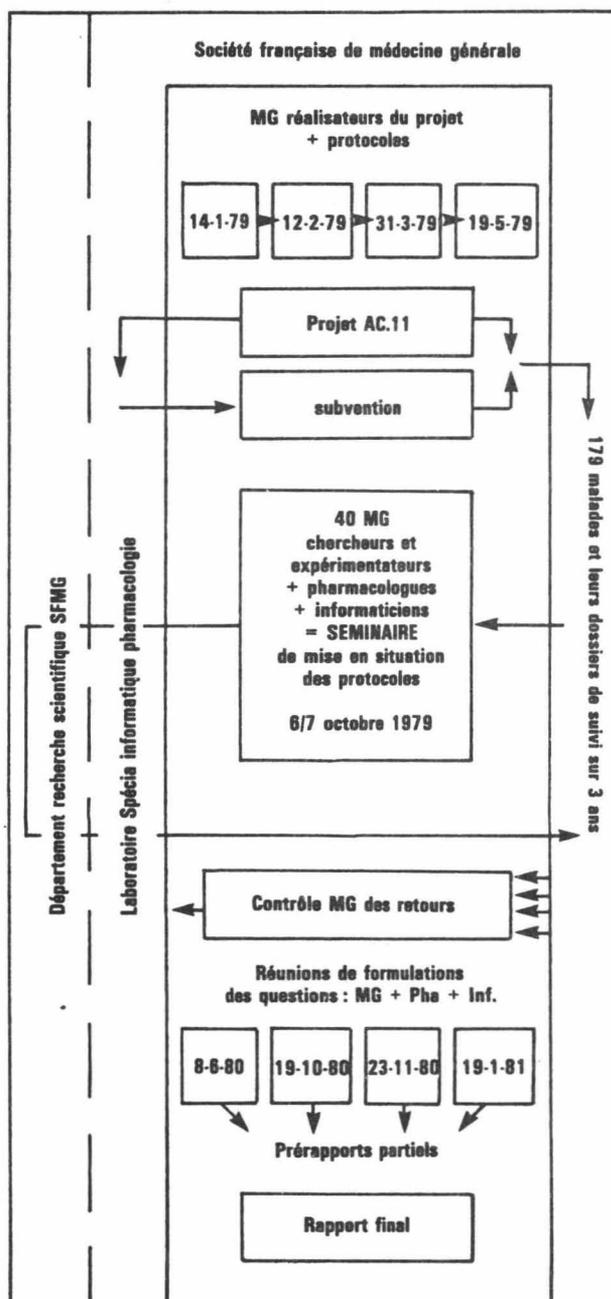
Retour des protocoles, contrôles : Dr Akoun-Cornet (SFMG).

Juin 1980 - Janvier 1981

Séminaires d'extraction des données, prérapports : Drs Akoun-Cornet, Degornet, Flachs, Foex, Goedert, Rosowsky, Salfati, Very, Minsky-Kravetz, Vincent.

Mai 1981

Rapport de synthèse finale O. Rosowsky.



espoirs. Il s'agit du système coordonné et pertinent de relevé des données et de soins qui a été créé par la section nantaise de la SFMG sous la direction de B. Vincent. C'est une étude en continu — statistiquement représentative — pour toutes les morbidités rencontrées dans treize clientèles de médecine générale. La recherche porte sur l'épidémiologie et les stratégies de la décision. Aucun traitement médicamenteux particulier n'est étudié actuellement, mais toute étude thérapeutique peut être « accrochée » à tout moment au cursus de l'étude.

Nous concluons en disant que s'il a déjà beaucoup été fait, nous savons bien qu'il reste bien plus à faire tant pour perfectionner et développer nos outils que pour accroître leur utilisation. Reste qu'il est des changements dans les perspectives scientifiques et industrielles qui restent longtemps ignorés de la rumeur publique, alors même que ces changements ont déjà eu lieu grâce à la complicité, à la curiosité intellectuelle, à l'audace de quelques-uns. Ainsi, ce sont les marchands, puis les commis intellectuels des monarques éclairés qui financent habituellement la découverte et l'exploration des terres nouvelles. Pour ce qui est des médecins généralistes, certains ont déjà participé au changement qui en résulte, d'autres sont disponibles pour le faire. Aux entrepreneurs à leur tour de modifier leurs perspectives, de vaincre les craintes, d'innover et de participer à la conquête des connaissances nouvelles dont les profits à escompter ne sont pas minces.

Oscar Rosowsky

⁽¹⁾ Nous avons démontré le rôle très important de ce processus dans un travail récent intitulé *Inventaire des éléments pris en compte dans la démarche diagnostique du généraliste*, recherches sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale, une recherche coordonnée polydisciplinaire, Édition Département de Recherches Scientifiques, Société Française de Médecine Générale et Département Psychotrope Specia, 1983.

⁽²⁾ The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners' Family Physicians. La Société Française de Médecine Générale représente la France à la Wonca. Nous siégeons à ses comités pour la recherche scientifique et de classification.

⁽³⁾ On trouvera des codes des motifs élaborés par l'équipe SFMG-Nantes dans les nos 12-13 des *Documents de Recherches en Médecine Générale*, Éd. SFMG.

⁽⁴⁾ Cinq membres du département recherche de la SFMG participent à un groupe d'études sur la logique de la prescription en médecine générale qui est soutenu depuis trois ans par le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique. La compétence acquise dans ce groupe facilite grandement l'organisation des préenquêtes d'observation.

Bibliographie

- *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. OMS, Genève, 1977.
- R.N. Braun : *Lehrbuch der allgemein Praxis*. Urban et Schwarzenberg, 1970 (Munich-Vienne). Traduction française par les soins de la SFMG, « Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale », Payot, 1979.
- Wonca : « An international classification of the health problems of primary care. » *The journal of the Royal College of General Practitioners, Occasional; Paper 1*, déc. 76.
- « Une classification codée des résultats des « séances » en médecine générale » (selon R.N. Braun). *Documents de Recherches en Médecine Générale*, n° 6, pp. 3-38.
- B. Vincent : « Recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale » (SFMG Région Ouest-Nantes). *Documents de recherches en médecine générale*, n° 10-11, pp. 46-63.
- B. Vincent : *Recherche épistémologique et épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale* (SFMG Région Ouest-Nantes). *Documents de Recherches en Médecine Générale*, n° 12-13, pp. 51-88.
- A. Balint : *Le médecin, son malade et la maladie*. PUF, 1960. Payot, 1966.
- John S. Burton, E. Birkett : *The applications of patient monitoring studies, EPHMRA meeting*. Cannes, France, juin 1980.
- W. Labov : *Socio-linguistique*. Éditions de Minuit, 1976.
- A. Letourmy : *Étude de la pratique médicale du généraliste en médecine libérale de cabinet*. CEREBE, 1977.
- O. Rosowsky, J. de Coulboeuf, G. Salfati, G. Very, J.-P. Abramowitch : « Essais cliniques sur l'acébutolol et recherche sur la maladie hypertensive en médecine extra-hospitalière. » *Les Cahiers de la SFMG*, n° 3 et 4, 1977.
- O. Rosowsky, J. Akoun-Cornet, A. Flachs, J. Foex, J. Goedert, G. Salfati, G. Very, B. Minsky-Kravetz, B. Vincent : *Histoire naturelle de 179 malades hypertendus traités pendant trois ans par l'acébutolol (Sec-tral) chez 40 médecins généralistes*. Édition SFMG, Specia.
- Rosowsky-Abramowitch : *Rapport INSERM-SFMG, Contrat A.T. 56*. Équipe ayant participé à la rédaction du rapport : J. Akoun-Cornet (généraliste), J. de Coulboeuf (généraliste), D. Lamotte (sociologue), J. Goedert (généraliste), Mme Dige-Hess (sociologue), M. Nicolle (généraliste), M.D. Poivet (psychiatre-psychanalyste), G. Very (généraliste).
- *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, publié par la SFMG, Paris, 1979.
- O. Rosowsky : Perception et représentation de la santé par le médecin généraliste, in *Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique*. Les Colloques INSERM, volume 104, 1981, pp. 479 à 484.
- O. Rosowsky, J. Akoun-Cornet, J. de Coulboeuf, B. Degornet, R. Gelly, J. Goedert, A. Flachs, J. Foex, G. Forestier, M. Nicolle, C. Oberlé, J.-P. Preziosi, G. Salfati, H. Schneider, J. et G. Sée, G. Very, A. Viel, B. Vincent : *Recherches sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale*. Une recherche coordonnée polydisciplinaire ; inventaire des éléments pris en compte dans la démarche diagnostique du généraliste, SMFG, Specia.
- G. Stimson, B. Webb : *Going to see the doctor*. The consultation process in general practice. Routledge and Kegan Paul (London-Boston).