

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE  
REGION OUEST-NANTES

RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE DU MALADE  
EN MEDECINE GENERALE

I- ETAT DE LA QUESTION

Les développements considérables que les sciences expérimentales ont apportés, depuis quelques décennies, à la connaissance des causes et des mécanismes des processus morbides ainsi qu'à leurs possibilités thérapeutiques ont conduit la médecine, dans son aspect scientifique, à se concentrer dans des unités de recherche et de soins de plus en plus spécialisés, marginalisant de ce fait toute une part de la pratique médicale et spécialement la Médecine Générale.

L'abord scientifique de la Médecine Générale commence à peine à émerger de la pratique quotidienne. Dans les pays anglo-saxons spécialement, le Royal College of general practitioners a ouvert la voie à une conception scientifique de la Médecine Générale. Mais c'est surtout aux travaux de R. BRAUN (en Autriche) que nous devons actuellement la première recherche sérieuse dans ce domaine. En France, la Société Française de Médecine Générale ambitionne depuis 10 ans de promouvoir une telle recherche, en particulier en approfondissant la conception méthodologique d'une recherche spécifique en médecine générale ou en collaborant à des essais cliniques médicamenteux sur des protocoles établis par elle et dont les résultats sont exploités par elle.

La nécessité d'une telle recherche scientifique spécifique à la Médecine Générale s'avère indispensable.

- d'une part en raison de l'immense majorité (85 %) de la morbidité qu'elle prend en charge,
- d'autre part en raison de l'impossibilité où se trouvent les U.E.R. de Médecine d'enseigner ce dont elles n'ont pas connaissance.

En partant de ces constatations préliminaires, il nous a semblé indispensable de tenter d'analyser le contenu de la pratique du médecin généraliste et les procédés conceptuels et opératoires qu'il utilise pour faire face aux situations concrètes. Or si des travaux sociologiques ont été conduits sur la consommation médicale (1), ils

(1)-"La consommation de médicaments, approche socio-économique" CEREBE, sept.71

- "Etude de la consommation médicamenteuse : l'âge des médicaments" CIRSEM, nov.76

- "Etude de la pratique médicale du généraliste"  
A LETOURMY-CEREBE sept. 77
- "Symptomatologie et conduite de maladie"  
P AIACH-INSERM juin 82

ont été élaborés et réalisés par des non-médecins, et il s'agit toujours d'études ponctuelles même si elles réunissent tous les critères de la représentativité statistiques. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable de mener un travail conçu et établi par des médecins sur un temps d'observation suffisamment long.

## II- CARACTERISTIQUES DE CETTE RECHERCHE

Il est indispensable en effet qu'une étude épidémiologique soit conçue et réalisée par des médecins. Trop de distorsions dans la compréhension des termes nosologiques apparaissent pour laisser le soin à des observateurs, étrangers au recueil des données, d'en établir la synthèse statistique. Le premier objectif poursuivi dans cette recherche sera donc épidémiologique.

Mais la caractéristique de la pratique de la médecine générale résidant essentiellement dans la connaissance implicite ou explicite des antécédents du malade, de son environnement familial et social, des interférences potentielles de sa morbidité et de sa relation à son entourage et à son médecin, nous avons pensé qu'une analyse épidémiologique fine ne pouvait apporter de renseignement qu'en intégrant ces différents facteurs dans le temps. Il s'agit donc ici d'une recherche d'épidémiologie évolutive.

Poursuivre une observation avec une acuité soutenue pendant une durée que nous nous sommes arbitrairement fixée à 4 ans, cela suppose pour un médecin généraliste dont la fonction primordiale réside dans la prise en charge des phénomènes morbides d'une population définie par tout un réseau de relations étroites tissées avec lui, cela suppose de sa part des motivations puissantes, une mutation non négligeable de sa position relationnelle et un investissement soutenu :

- motivations puissantes qui ne peuvent être que la conséquence d'un double constat : celui de l'intérêt qu'il porte à son exercice professionnel et celui de la considération relativement dévalorisante qu'il perçoit chez les hospitalo-universitaires.

- mutation non négligeable car habituée à la position d'observateur de ses patients ou inversement à la position d'observé par les instances détentrices du savoir, il devient ainsi à la fois sujet et objet d'observation ; mutation inconfortable puisque la recherche lui demande d'analyser et donc d'objectiver la subjectivité même de sa démarche médicale.

- investissement donc soutenu car les pressions qui s'exercent implicitement sur lui, pour le faire quitter cette situation, pour lui nouvelle, sont légions :

.../...

§ pressions institutionnelles, car ce statut nouveau de "chercheur" en médecine générale détourne (dans tous les sens du terme) dans la structure actuelle de l'organisation de la médecine ;

§ pressions internes car cette nouvelle fonction va entrer en conflit avec la "fonction apostolique" (1) qu'il s'était jusqu'alors attribuée ;

§ pressions contraignantes du temps, non pas seulement du temps brut déjà si mesuré chez un généraliste, mais du temps "polarisé" (au sens scientifique du terme) au sein d'un réseau de relations émotionnelles avec sa "clientèle".

On conçoit donc aisément qu'il soit difficile, non seulement de mettre en route, mais aussi de maintenir la cohésion et l'enthousiasme d'un groupe de généralistes axés sur la recherche pour des résultats dont l'échéance ne peut être que lointaine. Il était donc indispensable de mettre en place une équipe de volontaires caractérisée par sa cohésion :

- volontariat indispensable pour le maintien de l'effort
- cohésion pour la créativité indispensable à cette découverte.

La S.F.M.G. qui a depuis longtemps réfléchi sur la fonction de chercheur en médecine générale (2) et qui a depuis plusieurs années organisé des séminaires de formation à la recherche, cette société savante nous a fourni d'emblée les personnels dont nous avons besoin pour la réalisation de ce travail. Par ailleurs, dans notre entourage nantais s'étaient groupés un certain nombre de confrères animés du même désir d'approfondissement de leur travail : c'est d'ailleurs avec trois d'entre eux que fut mis au point pendant une année préparatoire la conception et l'organisation concrète de cette recherche. De cette façon nous avons pu réunir 17 généralistes qui ont ensemble achevé l'élaboration de ce travail et qui en poursuivent la réalisation.

Rapidement, nous avons remarqué que toute recherche en médecine générale se heurtait à la difficulté de ne pouvoir confronter ses hypothèses de départ ou ses résultats avec une discipline scientifique reconnue, puisqu'aussi bien elle n'était pas elle-même reconnue comme telle. Par comparaison, les recherches entreprises en médecine spécialisée ou hospitalière résidaient, depuis Claude Bernard ou Laënnec, en une confrontation entre la clinique et les autres sciences d'observation : anatomie, histologie, biologie, bactériologie, etc... : ce qui était confirmé par l'histologie validait l'hypothèse du clinicien. Le généraliste, isolé hors de toute infrastructure scientifique, ne pouvait guère s'y référer et ses recherches perdaient ainsi toute crédibilité.

(1) M. BALINT "Le médecin, le malade et la maladie"

(2) "Les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne" O. ROSOWSKY et JM ABRAMOWITCH  
AT 56 INSERM/SFMG

Mais les caractères spécifiques de la pratique du généraliste, telles que nous les avons évoqués plus haut, faisaient appel largement aux sciences humaines telles que la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie, la démographie, voire la psychanalyse (1), la linguistique (2), l'anthropologie culturelle (3). Ce sont ces sciences qui à notre avis pouvaient à leur tour, non seulement valider notre recherche, mais en fournir la trame.

En effet, notre expérience professionnelle nous avait conduits depuis plus de 25 ans à pratiquer des gestes médicaux qui en eux-mêmes, recélaient des trésors d'observations non conceptualisés. Ces observations, implicitement vécues à la fois comme résultats et comme cadre de notre pratique, tenaient plus de la psychologie, de la sociologie ou de la linguistique que de la biologie ou de la cytologie. Nous voulons dire que, même si nos connaissances scientifiques s'alimentaient aux sources de la physiologie, de la biochimie ou de l'une de leurs multiples branches, notre praxis tenait davantage de ces sciences humaines.

C'est donc une analyse de notre pratique qu'il importait de mener. Nous étions parvenus à cette opinion, qui aussi bien reprenait les intuitions novatrices de R. BRAUN, qu'une recherche épidémiologique en médecine générale ne pouvait faire l'économie d'une recherche épistémologique. Autrement dit, il nous semblait hasardeux de pouvoir lire les résultats d'une enquête épidémiologique pratiquée dans le cadre de la médecine générale sans utiliser le code épistémologique qui nous a permis de les obtenir et qui permet de les comprendre.

### III-OBJECTIFS DE CETTE RECHERCHE

Des objectifs plus précis et plus concrets se dégagent progressivement de cette analyse.

A- L'objectif épidémiologique se précise aisément. Il nécessite cependant que soient bien cernées les notations nosologiques propres à notre pratique de généralistes : nous y reviendrons plus loin. Cela étant établi, pourront être analysées

1) non seulement les différentes demandes présentées par le malade à son médecin traitant et cela selon les multiples variables qui peuvent en affiner le mode, le type et la fréquence.

(1) "Médecine et coupure" P. BENOIT in psychanalyse et médecine-*Revue des Sciences médicales* N° 204 OCT. 72

(2) "Du langage du corps dans la relation thérapeutique" JB BUTAT Thèse Nantes 1974-1975

(3) "La relation thérapeutique" VALABREGA

2) mais aussi les diagnostics "opératoires" auxquels parvient le généraliste à l'issue de son contact avec la demande du malade (4)

3) mais aussi le devenir de ces diagnostics "opératoires" selon les différents éléments qui l'ont constitué. Il est en effet de la plus haute importance de connaître l'évolution des différents problèmes posés au médecin selon les éléments morbides, relationnels, sociologiques, etc... qui les ont constitués. C'est tout l'intérêt de cette recherche épidémiologique évolutive.

Bien entendu, il sera possible de corréliser ces différents problèmes épidémiologiques avec les variables propres au malade ou au médecin.

B- L'objectif épistémologique se dégage également plus nettement. Nous en avons déjà pointé quelques problèmes lorsque nous avons parlé de diagnostic opératoire ou lorsque nous avons abordé la question des notations nosologiques propres à notre pratique. En effet si, comme le démontre R. BRAUN avec beaucoup de lucidité et de courage, le niveau d'élaboration diagnostique, auquel parvient souvent le généraliste à l'issue d'un contact ponctuel avec son patient, semble rester en deçà des diagnostics nosologiques définis clairement par les traités de médecine, bien loin de dévaloriser son acte, comme voudrait le faire croire la référence hospitalo-universitaire au diagnostic nosologique, puisqu'aussi bien la prise en charge qui en découle correspond à la demande explicite ou implicite du patient, il le situe avec la plus grande précision possible au niveau observé hic et nunc : il s'agit d'un diagnostic "ouvert" à une évolution ultérieure défavorable ou imprévisible, et non d'un diagnostic "fermé" sur des pseudocertitudes, projection du phantasme de la toute puissance du savoir, pseudo certitudes qui peuvent conduire à des catastrophes pour le malade. Il semble donc indispensable que soit utilisé pour toute recherche épidémiologique en médecine générale un "code de diagnostics" qui corresponde à sa pratique réelle et non pas un code qui comme celui de l'OMS, corresponde à ces phantasmes. C'est à la réalisation de ce "code des diagnostics en médecine générale" que R. BRAUN a travaillé pendant de nombreuses années ; c'est à partir de ce code que nous avons décidé de démarrer notre recherche épidémiologique même si le travail en groupe nous conduit progressivement à en amender quelques aspects.

L'utilisation de ce code est donc déjà un présupposé épistémologique. A l'issue des 4 années de recueil des données, nous pourrons apprécier s'il s'est avéré congruent avec notre pratique de prise en charge du malade en

(4) Nous appelons "diagnostic opératoire" la démarche globalisante propre à la médecine praticienne, démarche intégrant à la fois l'élaboration diagnostique, l'évaluation pronostique, les connaissances implicites ou explicites de l'histoire du patient et de son environnement, démarche qui conduit à une prise en charge décisionnelle, par opposition au diagnostic nosologique désinséré du réel.

médecine générale. En particulier en observant si cette option s'est avérée bénéfique ou maléfique à la prise en charge du malade, nous pourrions valider ou invalider cette hypothèse d'une faille épistémologique irréductible entre la pratique du généraliste et l'enseignement hospitalo-universitaire.

Les conséquences pratiques qui pourront être tirées de cette recherche ne sont pas minces, à notre sens, tant pour l'établissement d'une politique de santé, dans ses aspects de prévention comme de traitement, que pour l'élaboration d'un cursus de connaissances et d'une pédagogie nouvelle de l'enseignement de la médecine.

#### IV-METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour parvenir aux objectifs que nous nous sommes fixés, nous avons élaboré un programme de recherche sur 3 périodes :

##### A- Période d'élaboration

- Cette période s'étale de septembre 1981 à décembre 1982. A notre initiative s'est constitué à NANTES un groupe de 4 généralistes (A. DELELIS-FANIEN, A. GERNIGON, G. MERY et B. VINCENT) qui s'est interrogé sur la question de la recherche en médecine générale : les réflexions présentées plus haut sont le fruit de leurs rencontres et de leurs recherches théoriques.

- En même temps qu'à ces réflexions théoriques, le groupe des 4 généralistes procédait à deux séquences de 3 semaines de recueil de données épistémologiques sur leur pratique.

Les données furent analysées au cours de 3 séances de travail et le canevas de la recherche ici présentée fut élaboré.

- Nous avons pu prendre alors contact avec le Professeur JP LEMORT, chargé de cours d'informatique, de statistique et de mathématiques à l'U.E.R. de médecine de NANTES. Il nous accorda d'emblée son soutien et nous aida de ses conseils pour la rédaction d'une fiche d'observation - type destinée à être traduite en langage informatique. Cette fiche fut testée sur plusieurs séries de malades au cours de notre pratique : elle put être ainsi modifiée et prit son aspect définitif en mai 1982.

- A la même époque, participant à un séminaire organisé par la S.F.M.G. sur le thème de l'initiation à la recherche en médecine générale (1), nous avons présenté notre projet de recherche aux responsables et aux membres du Département-Recherche de la Société. Cela nous permit non seulement d'améliorer notre méthodologie, grâce en particulier aux expériences réalisées par les Docteurs J De COULIBOEUF et O ROSOWSKY et au concours qu'ainsi ils pouvaient nous apporter, mais aussi de trouver parmi

(1) BRAVONE (Haute Corse) 20.21.22 et 23 mai 1982

les participants à ce séminaire les volontaires nécessaires (AM CHESNEAU, B DEGORNET, J FOEX, G GALIMBERTI et P MICHAUT)

- En même temps des contacts furent pris avec Madame le Docteur HAROUSSEAU médecin-inspecteur de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de Loire. Avec son adjoint, Madame le Docteur DELGA, put être établi un projet de convention pour "une recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale". La convention fut signée en décembre 1982 entre Monsieur le Commissaire de la République, Préfet de la région des Pays de Loire et Monsieur le Docteur B. VINCENT, responsable du projet de recherche.

- Les 30 et 31 octobre 1982 un séminaire de préparation à la recherche se tint, à la Faculté de Médecine de NANTES, à l'initiative de la S.F.M.G. et le groupe ainsi constitué, auquel s'étaient joints B et D ALBERT, Ph LOURY, D PAUL, D TESSON, D THOMAS, R SENAND et A VINCENT, remit en chantier le projet, la fiche d'observation et les codes informatiques avec l'aide du Professeur JP LEMORT, de J De COULIBOEUF et d'O ROSOWSKY. Le projet définitif est donc le fruit du travail collectif réalisé alors.

- Dès lors les fiches purent être imprimées, les codes informatiques distribués. Il fut décidé que chacun des 17 médecins généralistes allaient suivre pendant 4 ans, à partir du début de 1983, 100 de leurs malades tirés au hasard. Le professeur JP LEMORT nous fournit des tables de nombres aléatoires qui nous permettaient d'inclure dans notre enquête, à partir du 3 janvier 1983, 100 de nos malades ainsi tirés au hasard.

#### B- Période de recueil des données

1) cette période commencée en janvier 1983 se terminera donc en décembre 1986.

2) tout au long de cette période chacun des 100 malades inclus chez chacun des 17 médecins fera l'objet :

§ de l'ouverture d'un dossier (1) d'où sera tirée une fiche d'inclusion : cette fiche recueillera toute information portant

- sur l'âge du malade
- son sexe
- sa profession
- sa situation de famille
- son habitat
- l'ancienneté de la relation du médecin avec lui et avec sa famille
- ses antécédents médicaux et psycho-sociologiques notables

En outre <sup>ce</sup> dossier ouvert devait permettre la notation

- de tout événement pathologique survenu dans la santé de la famille
- de tout événement survenu dans la vie sociale et familiale du malade.

Note 1 : les fiches d'inventaire et les codes utilisés seront publiés séparément dans le prochain n° des "Documents"

§ a chaque contact avec le médecin, que ce contact ait eu lieu en consultation, en visite à domicile, en clinique ou à l'hôpital, par téléphone ou par courrier, le médecin établissait une fiche d'observation (de couleur bleue) (1) sur laquelle était codé, pour chacune des demandes présentées par le malade :

- la dite demande, selon un code annexé et établi, à la suite des 2 séquences de recueils de données, au cours du printemps 1982
- les niveaux d'élaboration diagnostique auquel cette demande conduisait le médecin
- l'évaluation pronostique
- les différents mode de prise en charge thérapeutique
- les décisions concernant la ou les suites à donner à cette demande
- enfin le diagnostic posé en toute objectivité, diagnostic codé selon le code établi par R. BRAUN, auquel il a été fait allusion ci-dessus.

La fiche d'observation portait également mention :

- de l'éventualité d'une prise en charge psychothérapique
- de l'éventualité d'une prise en charge sociale
- des actes de prévention, définie comme "primaire" ou "secondaire"
- enfin du "ressenti" émotionnel du médecin à l'issue du contact avec le patient.

§ A l'issue de la période d'observation du malade, issue qui pouvait apparaître, soit lorsque le malade quittait son médecin pour une cause ou pour une autre, soit à la suite du décès du malade, soit enfin lorsque le médecin lui-même décidait d'en arrêter l'observation, une fiche de fin d'observation rose (1) était également remplie selon un code prévu.

3) Les fiches ainsi recueillies étaient centralisées chez le responsable du programme de recherche qui en vérifiait la conformité par rapport aux impératifs du codage informatique (2) et qui les transmettait au Professeur JP LEMORT pour mise en mémoire.

4) Des séminaires de regroupement se sont avérés indispensables tout au long de cette période de recueil des données. En effet il nous fallait maintenir l'intérêt des participants et accentuer la cohésion du groupe de façon à accroître sa productivité. Ces séminaires devaient faire le tour des difficultés rencontrées par chacun des médecins dans la rédaction des fiches d'observation ; ils permettaient ainsi de dégager une compréhension commune et un langage commun pour des phénomènes appréhendés par des sujets différents ; ils situaient le groupe en position de

Note 1 : les fiches d'inventaire et les codes utilisés seront publiés séparément dans le prochain n° des "Documents"

(2) cette vérification s'est avérée indispensable, car les médecins observateurs n'étaient pas habitués aux nécessités du langage informatique même si rapidement ils purent en acquérir la routine.



recherche, en lui permettant très vite d'élaborer des pistes de recherche qui seraient explorées plus tard ; ils permettaient enfin de résoudre les problèmes pratiques de la gestion de l'enquête.

En 1983, année du démarrage de l'enquête, deux séminaires étaient prévus. Le premier se tint à NANTES les 16 et 17 avril, le second est prévu en octobre à ANGERS. A la suite du premier séminaire deux médecins observateurs (D. ALBERT puis D. PAUL) préférèrent se retirer du travail entrepris par le groupe ; ils avaient pu expérimenter les difficultés de cette recherche dans leur propre pratique, difficultés qui ont été analysées ci-dessus, et n'ont pas cru pouvoir les surmonter.

Le groupe a pris acte de leur décision, mais il leur fut demandé d'adresser néanmoins les fiches d'inclusion et d'observation qu'ils avaient rédigées, en y joignant une fiche de fin d'observation, de façon que leur participation, même brève, au travail commun soit exploitée par l'ordinateur.

5) Se pose alors la question de la représentativité du groupe restant et du maintien des termes du contrat passé avec la D.R.A.S.S. : en effet notre convention portait sur 17 médecins observant chacun 100 de leurs malades pendant 4 ans. Dans le projet initial nous avions prévu en moyenne pour chacun des malades 4 contacts médicaux par an, ce qui devait nous permettre de recueillir in fine environ 27 200 fiches d'observation.

Or un premier pointage effectué à l'issue du premier trimestre 1983 montre que le nombre de fiches recueillies en 3 mois correspond à la totalité des fiches prévues en une année.

Même si l'on doit tenir compte de la forte demande médicale au cours de ce premier trimestre, en particulier en raison d'une épidémie de grippe, il semble que les prévisions doivent être multipliées par 2,5 à 3,5. Donc avec seulement 15 médecins observateurs nous pensons pouvoir obtenir non pas 27 200 fiches, mais  $15 \times 4 \times 4 \times 2,5$  (ou 3,5), soit 60 000 à 84 000 fiches d'observation. La représentativité statistique ne nous semble pas ainsi remise en question pas plus que les engagements près de la D.R.A.S.S.

Bien au contraire ce surcroît de travail implique, d'une part la nécessité de réimprimer rapidement de nouvelles fiches, d'autre part de réévaluer la rémunération des médecins telle qu'elle était prévue lors de la convention initiale.

6) La convention signée en décembre 1982 avec la D.R.A.S.S. des Pays de Loire prévoyait en effet une reconduction annuelle qui devait cependant faire l'objet d'une nouvelle négociation. Sur le plan administratif cette reconduction dépendait à la fois de l'observance par chacune des deux parties co-signataires des termes de la convention échue, à la fois de l'attribution de crédits budgétaires à la

D.R.A.S.S. des Pays de Loire affectés à des actions d'épidémiologie et de prévention.

Une nouvelle négociation s'engagea donc dès le début de 1983 entre d'une part les représentants de la D.R.A.S.S. et d'autre part A. GERNIGON et B. VINCENT, gestionnaires du programme. Cette négociation constata en premier lieu les imperfections de la convention initiale en particulier pour ce qui concernait la rémunération de la secrétaire, mais buta rapidement sur une opposition irréductible.

- d'une part les impératifs budgétaires de la D.R.A.S.S. lui faisaient obligation, non seulement de ne pas majorer le budget 1983, mais encore de le minorer en rejetant, comme ne concernant pas les Pays de Loire, la rémunération des médecins résidant dans d'autres régions.

- d'autre part les impératifs de la recherche qui multipliaient par 3,5 environ le nombre des fiches remplies, par tant le temps passé, donc le nombre de vacations susceptibles d'être rémunérées.

Cette opposition conduisit à la rédaction d'une convention 1983 tronquée, mais amena les gestionnaires, non seulement à demander aux autres D.R.A.S.S. de budgétiser le travail de recherche effectué par les médecins de leurs régions, mais aussi à trouver d'autres sources de recettes destinées à couvrir les frais supplémentaires engagés.

7) Une convention spéciale fut passée et signée dès le début du travail de recherche entre le groupe de recherche et l'Association Nantaise pour le Développement des Sciences de l'Information en Médecine (A.N.D.S.I.M.) : cette convention prévoyait les modalités du traitement informatique de la recherche et son coût, chiffré à 50 000 Francs, répartis sur 5 versements annuels de 10 000 Francs.

8) Comme nous l'avons évoqué plus haut, il nous a semblé utile, et même indispensable, de confronter notre méthodologie et de valider les résultats de notre travail à l'aide d'autres sciences humaines. En particulier l'intégration d'une équipe de sociologues devrait nous permettre non seulement de bien poser les problèmes de notre recherche, mais de nous aider à en extraire des résultats qui ne nous apparaissent pas d'emblée. Des contacts sont pris doré et déjà avec une équipe de sociologues et une convention nouvelle sera signée pour établir les modalités et la rémunération de leur travail.

De la même façon il semble que l'intervention d'un psychanalyste pourrait permettre au groupe de mieux appréhender certains aspects de son travail, en particulier tout ce qui tient au discours tenu par le malade et celui du médecin, tout ce qui touche à la relation vécue entre les deux protagonistes, tout ce qui touche au symbolisme de l'acte médical. Aussi bien dans ces différents domaines l'approche médicale comme l'approche analytique peuvent se confronter

au bénéfice de chacune d'elles, même si leurs champs respectifs restent bien délimités. Il nous faudra donc proposer son intervention, en établir la convention et sa rémunération.

#### C- Période d'extraction des données et de rédaction du rapport final.

Cette période se situera en 1987, mais pourra déborder sur les années suivantes. En effet, l'exploitation des résultats de cette recherche peut dépasser largement les prévisions établies. Quoiqu'il en soit, il nous semble indispensable que les médecins qui ont recueilli les données mises en mémoire en exploitent les informations, non seulement parce que leur rôle de chercheur ne peut se concevoir sans la réalisation du rapport final, mais aussi parce que ils seront les seuls à pouvoir poser les vraies questions et définir les corrélations importantes. A cet effet, trois séminaires sont prévus, mais il est indispensable de prévoir au cours de cette période la constitution de sous-commissions chargées des divers chapitres du rapport final. Les modalités de la publication de ce rapport seront précisées en temps opportun.

#### V- FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

Après un an et demi de travail effectif, il nous semble important de souligner d'emblée combien il est difficile de prévoir un budget ne varietur ; les problèmes évoqués plus haut l'ont démontré, tandis que la condition spécifique d'une recherche à long terme est d'être évolutive, donc sujette à révisions budgétaires.

A- Dès le début de notre travail, nous avons souligné le caractère impératif de la rémunération du temps passé à la réalisation de la recherche : en effet, il était anormal de ne pas rémunérer un travail dont les résultats portaient des fruits indéniables même sur le plan économique, et l'investissement demandé aux médecins généralistes, non seulement en temps brut passé mais aussi en travail intellectuel fourni, appelait une gratification suffisante susceptible entre autre de maintenir leur intérêt intact.

Mais deux difficultés apparurent lors de la rédaction de la première convention : comment évaluer la rémunération horaire du médecin généraliste pour ce travail de recherche ? Comment évaluer le temps consacré pour cette recherche pour une année ?

A la première question les règlements administratifs répondirent en assimilant la vacation du médecin généraliste chercheur à celle d'un généraliste vacataire en P.M.I., soit pour l'année 1983, à 58,00 francs de l'heure, toutes charges comprises. Nous avons vu plus haut que nous avons sous-estimé le nombre de fiches que nous devons traiter dans une année ; par ailleurs, le temps passé à la rédaction de la fiche ne pouvait, en moyenne, être inférieur à 6 minutes.

Pour l'année 1983, on peut envisager, par médecin, environ 12 à 15 contacts donnant lieu à établissement d'une fiche, pour chacun des 100 malades inclus, soit 1200 à 1500 fois 6 minutes de travail ; donc 150 heures de travail effectif. Or la rémunération du médecin généraliste est ramenée à des vacations de 3H30, ce qui revient à calculer par médecin 42 vacations dans l'année.

Reste à établir une évaluation aussi juste que possible de la rémunération horaire du généraliste chercheur : à notre avis elle ne peut être inférieure au "bénéfice-horaire" moyen du médecin généraliste en pratique libérale, soit environ (2,5 V + 3,5 C) : 2 - 40 %. En effet, on peut estimer qu'en moyenne le généraliste voit un peu plus de 2 malades par heure en visite et un peu plus de 3 en consultation, les frais professionnels venant en déduction pour au moins 40 %. Aux tarifs actuels en vigueur, la rémunération horaire serait de 267,00 Francs net. La vacation de 3H30 devrait donc être rémunérée à 934,50 Francs nets de toute charge à la condition, bien-entendu, que le travail du chercheur soit évalué au même niveau que celui du praticien.

En résumé pour l'année 1983, il serait juste d'évaluer la rémunération de chacun des médecins, pour le travail de rédaction des fiches à  $42 \times 934,50 = 39.249,00$  Francs.

Pour nos deux confrères (D. ALBERT et D. PAUL) qui ont préféré se retirer de la recherche après un travail de 3 mois d'inclusion, cette rémunération ne pourrait être inférieure à  $39.249,00 \times 1/4 = 9912,00$  Francs.

B- Par ailleurs, il ne semble pas invraisemblable d'estimer que les médecins gestionnaires (A. GERNIGON et B. VINCENT) ainsi que le médecin coordinateur (B. VINCENT) soient rétribués en supplément des heures consacrées à ces responsabilités.

C'est ainsi que chacune des 4 négociations de 2 heures plus les 2 heures passées à la rédaction de la convention, plus les 6 heures passées à la gestion des comptes, soient rémunérées à A. GERNIGON sous forme de 5 vacations supplémentaires, soit 5607,00 Francs.

De même pour B. VINCENT, il importe de comptabiliser, outre les 10 heures consacrées à la rédaction et à la discussion de la convention, 12 heures consacrées à la rédaction de compte-rendus, d'articles (1) ou de lettres, 6 heures consacrées à l'organisation matérielle de chacun des séminaires et plus de 60 heures consacrées à la vérification et au routage des fiches qui lui parviennent, soit au total environ 27 vacations = 25.231,50 Francs

(1) dont 6 heures pour le présent rapport

C- Les frais d'organisation des séminaires sont à évaluer de façon suivante :

- frais de déplacement pour les participants "hors NANTES" environ 7416 Kms x 1 franc = 7416,00 Francs
- frais d'hébergement pour les 12 participants "hors NANTES" environ 180,00 Francs x 12 = 2160,00 Francs
- frais pour 2 repas pour 20 participants (1) environ 80,00 Francs x 40 = 3200,00 Francs
- pour chacun des 19 médecins (2) 2 vacations de 3H30, soit au total 19 x 2 x 934,50 = 35.511,00 Francs

Le coût d'un séminaire s'élèvera donc à 48.287,00 Francs

Le second séminaire prévu pour 1983 ne comprendra que 15 médecins enquêteurs et son coût s'élèvera à 35.493,00 Frs

Le coût total des 2 séminaires 1983 s'élèvera à 83.780 Frs

D- La rémunération d'une secrétaire médicale a été envisagée lors de la signature de la convention mais l'évaluation de son travail et de sa rémunération horaire nous ont rapidement conduits aux réajustements suivants :

- Le nombre de vacations de 4 heures chacune ne peut pas être inférieur, si l'on tient compte du travail effectivement passé à la frappe des lettres, des compte-rendus, au tirage des documents bibliographiques divers, à 32 vacations.
- Le salaire de référence, au 1er décembre 1982 pour une secrétaire médicale, s'élève mensuellement à 4.399,65 Frs brut ; le coût horaire tenant compte des charges est donc de 60,90 Francs, soit pour une vacation à 243,59 Frs.
- Annuellement, la rémunération brute de la secrétaire s'établit donc à 243,59 Francs x 32 = 7794,88 Francs
- A cela doivent s'ajouter ses frais de participation aux séminaires, soit
  - 2 vacations = 247,18
  - 2 repas = 160,00
  - total pour un séminaire = 657,18 Francs
  - pour les 2 séminaires = 1314,36 Francs

E- Les frais de matériel comprennent

- les frais d'impression des fiches = 5550,00 Francs
- les frais de bureau, timbres, téléphone, etc... estimés à 2000,00 Francs

F- Les frais de traitement d'informatique s'établissent à 50.000 Frs répartis en 5 annuités ; pour 1983 = 10.000 Frs

Tel est le budget calculé au plus juste de la présente recherche pour l'année 1983. Dans le tableau ci-dessous, comparons le au budget qui a été octroyé par la D.R.A.S.S.

- (1) Les 20 participants comprennent les 17 médecins et les 3 conseillers (J De COULIBOEUF, JP LEMORT, O ROSOWSKY)
- (2) Les 17 médecins et 2 conseillers "libéraux" (J De COULIBOEUF et O ROSOWSKY)

POSTE BUDGETAIRE	BUDGET OCTROYÉ D.R.A.S.S.	BUDGET REEL
Rémunération des médecins	12 médecins 76.320	15 médecins 588.73 + 2 médecins 19.82
Remunération des responsables	1 médecin 1.325	30.83
Séminaires	28.556	83.78
Secrétariat	3.600	9.109
Total des frais de Personnel	109.801	732.286,
Frais matériel: Fiches	5.550,00	5.550,00
Secrétariat	1.200,00	2.000,00
Total frais matériel	6.750,00	7.550,00
traitement informatique	10.000,00	10.000,00
Total général	126.551,00	749.836,74

Pour équilibrer ce budget largement déficitaire, il faut ajouter :

- Deux versements de 5.000,00 Francs effectués par la SFMG Département-Recherche, à titre d'avance remboursable,
- l'aide de l'industrie pharmaceutique qui nous a permis de régler les frais afférant au séminaire d'avril 1983 (soit environ 5360-1000 Frs crédités par la DRASS (1))

(1) Rappelons ici qu'il s'agit uniquement de l'exercice budgétaire 1983. Pour les années suivantes il sera nécessaire de prendre en compte, non seulement la diminution entraînée par la suppression d'un séminaire, mais aussi l'augmentation occasionnée par l'intervention des sociologues et du psychanalyste.

Il est facile de conclure qu'une recherche en médecine générale ne peut être que déficitaire si elle se contente des sommes allouées par le Ministère de la Santé. Dans ces conditions, trois solutions s'imposent à nous :

- ou bien arrêter toute recherche, ce qui équivaut à maintenir le médecin généraliste dans une position intellectuellement inférieure, incapable de mener à bien une recherche scientifique crédible,
- ou bien poursuivre la recherche avec un budget nettement insuffisant, et accepter ainsi de dévaloriser notre travail,
- ou bien de persuader d'autres instances, publiques ou privées, de devenir avec la SFMG partenaire de cette recherche en passant avec nous une convention additionnelle qui nous lierait à elles pour ce qui concerne l'exploitation des résultats de notre travail.

Nous persistons en effet à estimer cette recherche comme fondamentale pour la compréhension des phénomènes morbides en pratique médicale courante. Aussi bien comme recherche épidémiologique évolutive elle n'a jamais été réalisée non seulement en FRANCE, mais aussi à l'étranger.

Dr Bernard VINCENT