

"POUR L'HISTOIRE"

CETTE RUBRIQUE COMPORTE ET COMPORTERA DES DOCUMENTS
D'ARCHIVE OU DES ENQUÊTES POUR SERVIR À L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.



UNE POLEMIQUE SCIENTIFIQUE

Comment la respect authentique des règles de la logique
et la bonne foi, permettent à une tradition millénaire,
celle de la polémique scientifique, de concourir à
accroître les connaissances et le respect mutuel entre
chercheurs.

UNE POLEMIQUE SCIENTIFIQUE

DISCUSSIONS CRITIQUES

entre les Drs R.N. BRAUN, O. ROSOWSKY et B. VINCENT
concernant la méthodologie scientifique de la recherche
en Médecine Générale

+++++

Extraits des correspondances échangées à partir de
la publication des premières "mises à plat" de la "Recherche
épidémiologique et épi-stémologique sur la prise en charge
du malade en Médecine Générale" parues dans le n° 17/1985 des
"Documents de Recherche en Médecine Générale".

+++++

Cet échange de correspondance nous a paru important
à présenter ici dans la mesure où il permet, dans notre revue,
une véritable confrontation scientifique destinée à rendre pos-
sible un approfondissement des problèmes en même temps que la
réflexion des lecteurs.

Nous avons tenté, en découpant les paragraphes les
plus importants de cette correspondance, de mettre en exergue
les principaux arguments des auteurs et de maintenir pourtant
une certaine cohésion dans leur discours.

Afin de bien comprendre le fond de ces discussions,
nous recommandons au lecteur de se reporter au n° 17/1985 des
"Documents de Recherche en Médecine Générale".

.../

/...

Dr R.N. BRAUN
 au Dr O. ROSOWSKY, le 28-04-85

... En ce qui concerne l'étude du groupe de Nantes, son travail a consisté de façon déclarée, à enregistrer aussi largement que possible ce que les généralistes savent de leurs patients, - en l'occurrence de cent cas chacun. En plus, il y avait, entre autres, pour chacun à étudier la morbidité sur cent cas non sélectionnés...

... Mais tout ce qui se présente au médecin en dehors des problèmes de santé, est dénué d'importance. En conséquence, l'analyse des cas non sélectionnés se présentant au généraliste, n'a que faire de la profession des patients, de la répartition de leur âge, de leur sexe, leur situation familiale et sociale... Ce n'est pas cela qui importe. Ces questions ne nous conduisent pas à la médecine générale mais nous en éloignent...

... Il importait de savoir que chacun ne devait suivre du point de vue épidémiologique que 100 cas (non-sélectionnés) pendant 4 ans. Ici se pose la question de savoir comment on a veillé à ce que tous travaillent de la même manière. En effet, ce n'est que dans la mesure où ils travaillaient de la même façon qu'ils pouvaient aboutir à des résultats diagnostiques égaux. Cependant ceci ne suffisait pas tant qu'ils n'utilisaient pas les mêmes concepts diagnostiques pour leurs résultats de consultations. Or, si on mélange le matériel apporté par 14 médecins qui ne travaillent pas strictement de la même façon et qui pour enregistrer leurs résultats de consultations n'emploient pas les mêmes concepts clairement définis, on pourra bien établir des statistiques à partir de ces résultats, mais celles-ci seront sans valeur du fait de la potentialisation d'innombrables erreurs impossibles à rectifier...

... Or, dans le travail de Nantes, il manque déjà une confrontation des résultats de consultations (et éventuellement des motifs de consultations) des 14 collaborateurs. En 1951/52 Logan avait fait quelque chose de semblable avec 8 médecins britanniques. Ce fut très instructif, parce qu'on pouvait en déduire des indications précieuses sur les préférences des différents participants à cette étude d'un an, pour tel ou tel terme de la nomenclature. A diverses reprises, et je crois même dans le manuel, j'ai fait voir cela par rapport à la "bronchite". Il s'agissait pour moi de mettre en lumière l'importance qu'il y a à ne comparer entre elles que des données recueillies rigoureusement de la même façon...

.../

/...

... Car nous n'aurons une base scientifique solide pour la médecine appliquée, qu'à partir du moment où nous aurons non seulement découvert les lois et régularités chiffrées, mais également tout ce qui a mené à celles-ci. Autrement dit, les chiffres divergents pour la "bronchite" des médecins britanniques démontraient sur quoi devait porter le travail scientifique suivant : c'est-à-dire sur l'investigation et l'optimalisation des démarches diagnostiques et sur la définition de concepts appropriés, de nature à conduire à des résultats de consultations non équivoques...

... En ce qui concerne le premier tableau des "problèmes posés" (p. 62/63)* il n'y a pas d'inconvénient à enregistrer tout ce qui a conduit le patient chez le médecin, donc également les examens de sujets bien portants, d'autres examens complets sans troubles mentionnés, examens de nourrissons, certificats, etc...

On aurait pu également, comme cela s'est fait p. 62/63, exprimer tout cela en pourcentage de l'ensemble du matériel. Mais ce qui n'est pas recevable, c'est d'englober les certificats, les examens complets, les vaccinations, etc... dans la statistique des diagnostics posés". Ici on aurait dû absolument séparer. Il aurait fallu adjoindre encore une autre statistique qui aurait montré les motifs de consultations "épurés" de ces demandes qui n'ont rien à voir avec des soins médicaux...

/tout par ... Ce que reflète cette manière de procéder, c'est le désir d'enregistrer la totalité de l'action généraliste. Mais cela ne peut se faire de cette manière quand on veut présenter des chiffres épidémiologiques. Il faut se convaincre que la recherche et le développement de notre discipline passe avant/l'épidémiologie des problèmes de consultations de type diagnostique. Cette épidémiologie est notre "anatomie". Nous devons reconnaître que l'on ne peut la mêler aux "vaccinations" et autres, ou l'enregistrer dans une même rubrique avec celles-ci...

... La suite de la recherche et du développement de notre discipline n'a pas de rapport avec ce que sont ou font nos patients, mais avec les problèmes d'ordre médical qu'ils présentent, et qu'une statistique épidémiologique des cas doit rester dépouillée de tout autre élément...

.../

*(cf. "Documents de Recherche en Médecine Générale" n° 17/1985)

/...

... Un autre problème c'est que la répartition des cas que j'ai publiée, s'est jusqu'ici toujours vue confirmée, lorsqu'on utilisait un diagnostic et une nomenclature adéquates... Il ne m'est jamais arrivé par contre de voir une divergence aussi énorme que celle présentée par les "Documents". Comme la régularité de la distribution des cas constitue un fait démontré, seuls les diagnostics et nomenclatures divergentes des participants peuvent être mises en cause...

Ce qui gêne les statistiques de la répartition des cas du monde entier, c'est justement que les participants sous-estiment énormément les problèmes scientifiques, qu'ils considèrent leur diagnostic comme "juste" et leurs désignations comme "claires" et qu'ils ne peuvent tout simplement pas reconnaître qu'ils travaillent avec des concepts empiriques et selon des méthodes qui le sont également, qu'un autre ne comprend pas...

... Je ne parviens pas à comprendre comment il se fait que, de mes 20 résultats de consultations les plus fréquents, 12 n'apparaissent tout simplement pas parmi les 50 cas les plus fréquents relevés par les "Nantais". Cela aurait dû donner l'alerte aux initiateurs et ils auraient dû rechercher comment il peut bien se faire que, par exemple, 4,5 % des patients viennent les trouver pour "fièvre" et 1,5 % pour grippe, mais que dans les 50 titres les plus fréquents ne figurent ni la "fièvre non-caractérisée", ni la "réaction générale afebrile", titres sous lesquels je classe au moins 5 % de l'ensemble des résultats de consultations !!!!!...

... Du point de vue des concepts, je distingue entre classifications et diagnostics d'une part, et les mises à contribution du médecin, de l'autre. Les 18.000 contacts dans la statistique nantaise sont donc des mises à contribution qui, sur le plan épidémiologique, sont totalement inutilisables. Elles ne font apparaître que des habitudes locales : combien de fois le médecin voit le patient, mais aucunement de quoi souffre celui-ci. Si, à ces mises à contribution, on ajoute, comme aux pages 62/63, tous les examens de sujets bien portants, demandes d'ordonnances, de certificats, etc..., c'est le chaos complet...

... Ainsi je vois se confirmer une observation faite de longue date que la recherche praticienne représente ce qu'il y a de plus difficile dans la médecine voire dans la science actuelle. Chaque progrès important passe par le moment où l'on sait que l'on ne sait rien...

..."Ce qu'il y a de bien dans les erreurs, c'est que l'on n'est pas obligé de les refaire une deuxième fois". (Alvar Edison)...

.../

/...

Dr O. ROSOWSKY
 au Dr R.N. BRAUN, le 03-05-85

Lieber Robert,

Le problème que tu poses est tout à fait important puisqu'il s'agit de la définition de chacun des termes de classification employé. Mais je reviendrai là-dessus après avoir éclairé quelques points où ton inquiétude est due à une information insuffisante (Nostra culpa !) sur les textes que tu as lus et analysés et qui ni l'un, ni l'autre ne s'appliquent à des résultats pouvant être confrontés directement à ta Fällestatistik.

- A) En effet p. 62 et 63 il ne s'agit en rien d'un codage selon ta nomenclature. Ce ne sont pas des résultats de consultation mais des questions que le médecin se pose une fois qu'il a entendu la demande du malade. Ce sont donc des questions médicalisées avant qu'il ait entrepris son travail d'examen, d'analyse et de synthèse qui représente ses résultats de consultation...

Le code employé p. 62 et 63 a été publié p. 73 à 84 du n° 12/13 1984 des Documents de Recherches et a été élaboré par et à l'usage du groupe de Nantes.

Sans entrer dans le détail, tu constateras l'extrême richesse de cette procédure qui permet de voir clairement le devenir des questions posées, ex :

- p. 62 =	hypertension artérielle	1 664 fois
- p. 68 =	" " "	1 796 fois

132

(132 fois le résultat hypertension n'était pas prévu au départ)

- p. 62 =	toux	336 fois
- p. 69 =	"	104 fois

232

(232 fois un résultat de consultation plus précis a été porté)
 (noter que p. 69 sinusite = 94 fois et p. 62 et 63 sinusite =
 0 fois)

....

/...

- p. 62 = grippe et syndrome grippal	263 fois
- p. 68 = " " "	0 fois
	<hr/>
	263 fois

(en fait, je ne sais pas si grippe n'existe pas plus loin dans les résultats de faible fréquence, car je n'ai pas les tables).

De toutes façons, tout ou partie du problème grippe a disparu et s'est trouvé converti en un résultat de consultation type Braun. Ce que confirme la présence de :

- p. 68 catarrhe des voies respiratoires combiné dans différents secteurs = 517 cas
- p. 62 = 0 fois

On pourra naturellement faire préciser par la machine les modalités exactes de la conversion en positions Braun. Tout cela sera naturellement précisé quand nous publierons autre chose que des mises à plat primaires destinées simplement à dire ce qu'il y a en mémoire...

... Donc tu vois qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de ce que le code p. 62-63 ne corresponde pas au tien puisqu'ils sont différents au départ...

Cependant il reste pas mal de différences entre les résultats p. 68-69 et les tiens dont une partie subistera sans doute même après ajustement sur ton mode d'inclusion des cas. Ce qui pose le problème des glossaires.

.../

/...

Dr R.N. BRAUN
au Dr O. ROSOWSKY, le 19-05-85

... La recherche est indubitablement une chose qui s'apprend. Ce n'est pas uniquement une affaire de bonne volonté. On ne peut admettre d'emblée en avoir le don. Les personnalités ayant l'étoffe de chercheurs authentiques sont trop rares. Il suffit de penser à Pasteur et à Robert Koch. Tous se sont mis à leur école. Et c'est ainsi que les choses ont progressé. Si les intéressés de tous les pays s'étaient dit : ce que ce chimiste farfelu de Pasteur a fait, nous aussi nous savons le faire, la bactériologie n'aurait pas avancé d'un pas. Et c'est bien parce que les Anglo-Américains n'ont pas d'idées ni de chefs de file, qu'ils piétinent...

Vue sous cet angle, la recherche praticienne dans sa si longue phase initiale actuelle, est aussi pour beaucoup une affaire de reconnaissance de chefs de file, autrement dit de prestige. Votre avantage en France avait été jusqu'ici que vous (du moins moi) m'ayez emboîté le pas...

... La recherche, il faut bien l'admettre, est un dur labeur. Et pourquoi vouloir recommencer à zéro, si, par moi, non seulement vous pouvez économiser 40 ans de travail, mais encore profiter pleinement du progrès réalisé.

.../

Dr O. ROSOWSKY
 au Dr R.N. BRAUN, le 28-05-85

... Ta critique est importante pour nous parce qu'elle nous montre :

- des maladresses de formulation et des impropriétés de terme que j'ai laissées passer dans le texte de notre ami le Pr Lemort de Nantes et qui t'ont induit en erreur sur le contenu de ce qui était publié et t'ont amené à une appréciation inexacte de notre connaissance des problèmes que tu poses et sur lesquels tu as notre plein accord.

- des insuffisances de mise au clair sur les points sur lesquels nous divergeons toi et nous, en toute connaissance de cause (pour ce qui nous concerne) quant aux résultats que nous pourrions tirer de notre méthode de recherche...

... Nous savions si bien que le glossaire définissant en français les termes de ta nomenclature était urgent, que nous avons demandé des crédits au Ministère de la Recherche et à celui de la Santé pour pouvoir le réaliser avec notre méthode de recherche formation qui implique la participation aux définitions de tout le groupe de Nantes et ceux qui s'y intéressent (en tout 20 praticiens)...

... Permits moi de te demander une lecture sans passion, (ni présumés quant à une non compréhension des problèmes), à la fois de mes lettres et de notre travail à Nantes.

Il est tout à fait vrai que nous ne pensons pas que l'activité du médecin généraliste se réduit au classement de ses patients dans un ensemble de morbidités, fut-ce celui que tu proposes selon ta méthode bi-axiale par positions opérationnelles de valeur égale qui est la tienne et que nous acceptons avec les conséquences que cela comporte.

Nous pensons simplement que notre activité comporte d'autres fonctions simultanées et qui interfèrent dans nos choix opérationnels.

Dans ces conditions, le concept de Beratungs-ergebnisse (résultats de consultation) désigne pour nous une réalité plus large que pour toi, ce qui se traduit dans la colonne 18 du recueil des données par l'usage de 3 codes : 001 à 499 pour le code Braun, 500 pour le code OMS pour ce qui est des situations de fréquence insuffisante pour être codé par toi, mais peut être retrouvé dans la C.I.M. et 600 pour un code particulier repris

.../

/...

dans l'I.C.H.P.P.C. Ce qui a été publié p. 68 et 69 montre simplement la fréquence comparée des situations concernées par les trois codes, ce que nous trouvons important de savoir.

Naturellement, cela n'a rien à voir avec une étude épidémiologique de la morbidité telle qu'elle est constatée en médecine générale. A ce sujet, saches que :

- a) nous sommes très conscients de la valeur irremplaçable de cette épidémiologie comme axe de référence dans toutes nos recherches et comme instrument pédagogique. (ce que je t'ai écrit sur notre volonté de fabriquer le glossaire le prouve). Mais à mon tour de te rappeler que l'épidémiologie est une discipline qui a sa spécificité et la médecine générale en a une autre. Elles peuvent se servir mutuellement mais non se substituer l'une à l'autre.
- b) notre méthode informatique est censée pouvoir séparer à volonté les items qui sont en mémoire, ce qui rend possible la présence côte à côte de catégories différentes, ce contre quoi tu protestes avec tant de véhémence. Celle-ci n'est pas justifiée si tu veux bien admettre que nous n'avons fait que publier "ce qui est en mémoire" et que aucun travail de recherche épidémiologique ou autre n'a été publié.
- c) nous pouvons aussi séparer les résultats et fréquences pour chaque item ou groupe d'items choisis par médecin et les comparer entre eux...

.../

/...

Dr C. ROSOWSKY
 au Dr B. VINCENT, le 04-06-85

... J'avance avec une extrême prudence, me sachant très généraliste, c'est-à-dire n'ayant jamais reçu aucune formation au travail scientifique et sachant que selon les critères de la méthode scientifique ce que nous produisons risque toujours de découvrir nos ignorances et donc d'appauvrir notre crédibilité (seul instrument jusque là efficace dans la lutte acharnée qui est la nôtre), ("le fameux talon de Siegfried")...

... Si ce que nous avons publié permet des interprétations (même fausses) et des diatribes de la violence de celles que Braun nous assène au nom de la méthode épidémiologique, cela signifie que tout ce que nous comptons comme adversaires en haut lieu (UFR, Inserm, Ministère, etc...) que nous ne ménageons pas depuis 12 ans et qui se taisent par manque d'argument, saisira cette occasion pour nous taxer d'incompétence scientifique. Et le pire, c'est que ce sera dans les couloirs de l'Olympe où nous ne sommes pas là pour nous défendre. C'est exactement comme ça que toute la médecine générale est maintenue en servitude par le mandarinat scientifique là où les décisions se prennent et en notre absence. D'où ma prudence de sioux pour ne laisser publier que ce qui est absolument non contestable et ne peut prêter le flanc à la calomnie, ni a fortiori à une juste critique du genre "vous voyez bien, ces généralistes ne sont que des grenouilles qui se veulent grosses comme un boeuf."
 Or, deux des arguments de Braun sont vrais :

1) incontestablement, nous n'avons pas fait le travail de définir les termes et chaque collecteur de données n'y met pas la même signification. C'est évidemment capital.

2) nous étudions le système de prise en charge du généraliste et non l'épidémiologie. C'est pourquoi nous collationnons tous les éléments de la décision opératoire, mais ces éléments appartiennent à des catégories différentes.

L'épidémiologie classique, là-dedans, n'est représentée que par la colonne 14 et 18, voire la partie codée 1 à 599. Et encore, si nous sommes capables de ne compter qu'une fois par an et par malade chaque morbidité chronique, de définir ce que nous comptons comme morbidités récidivantes et comment nous les relevons (1 ou bien plusieurs fois par ?), et ce que nous comptons comme affections curables et en ne les comptant chacune qu'une fois par an et par malade. Nous aurons alors le nombre de situations morbides différentes présentes chaque année dans la clientèle des généralistes, ce qui me semble de l'épidémiologie stricte au sein de laquelle nous pouvons sortir l'incidence c'est-à-

.../

/...

dire les cas nouveaux apparaissant chaque année quel que soit le nombre de séances que chaque médecin met à y faire face.

Tout autre chose est le décompte des prises en charge par le généraliste.

L'objet de l'étude n'est plus "les entités morbides", mais l'activité du cabinet médical généraliste. Il est alors plus prudent de parler d'étude statistique des activités généralistes en faveur des populations qui s'adressent à la M.G.

Dr B. VINCENT
au Dr R.N. BRAUN, le 1e 06-06-85

... 1 - Nous savons pertinemment -et je pense que vous me ferez l'honneur de le croire- que les résultats publiés dans les "Documents de Recherche - 17/85" ne concernent nullement des relevés épidémiologiques, mais uniquement des "mises à plat" de relevés informatiques. C'est sous la responsabilité d'O. Rosowsky qu'ils ont été publiés comme tels et c'est comme tels qu'il fallait les lire.

2 - A partir de ces "mises à plat" informatiques, une de nos équipes a commencé à réaliser un véritable travail sur l'hypertension artérielle. Il s'agit d'un travail épidémiologique dans lequel nous avons tenu compte, avant même que les écriviez à O. Rosowsky, de toutes les nuances méthodologiques importantes capables de transformer un relevé brut de données en document épidémiologique. C'est sur ce travail que vos remarques pourraient se développer avec davantage d'à-propos. Au long de ce travail épidémiologique nous en avons observé les limites : certaines correspondent à des problèmes que vous avez soulevés (et j'y reviendrai), d'autres tiennent à la durée trop brève de notre recueil d'information. C'est pourquoi nous avons présenté ce présent travail comme parcellaire et comme canevas utilisable lors de l'achèvement de notre enquête.

3 - Une des difficultés de notre travail de recueil d'informations -et je pense que vous avez dû rencontrer la même- c'est de concilier la multiplicité des points d'observations et la cohérence de leur langage. Tout travail de santé publique ambitieuse de fournir des lois générales et pour cela doit éviter les biais qu'un observateur isolé peut fournir de la réalité. A l'inverse la cohérence dans la saisie, et par là dans l'analyse, du phénomène observé diminue encore la multiplicité des observateurs. C'est pourquoi notre équipe a pensé indispensable de se retrouver au moins deux fois par an pour tester cette cohérence de langage ; c'est pourquoi, comme responsable, j'assume la vérification de toutes les fiches pour palier aux grossières

.../

/...

divergences dans le codage. Mais -et je vous l'accorde- c'est insuffisant : c'est pourquoi nous sommes convaincus de la nécessité d'adjoindre à nos codes un lexique élaboré par la collectivité des généralistes de l'enquête. Et je souscris entièrement à la proposition d'O. Rosowsky de rédiger ce lexique en collaboration avec vous.

4- Vous reprochez à notre recherche de tenir compte de phénomènes sociologiques, psychologiques, voire économiques, dans l'étude de la morbidité en pratique généraliste et nous sommes bien conscients comme vous, que la maladie ne doit pas être considérée de la même façon, lorsqu'on analyse les résultats épidémiologiques, que les actes administratifs ou les problèmes sociaux du client. Par contre, il nous est a priori impossible d'affirmer, comme vous semblez le faire vous-même, que ces éléments psychosociaux n'ont aucun impact sur l'évolution de la-dite maladie. Il s'agit de votre part d'un postulat que nous ne pouvons actuellement ni confirmer ni infirmer. Nous partons en effet de cette hypothèse que le phénomène morbide, et tout spécialement celui qui se développe dans la pratique du médecin-généraliste, n'est pas un phénomène physio-pathologique isolé, mais qu'il a une "histoire" et une "géographie" et nous cherchons par notre recueil d'informations, dont vous critiquez l'intérêt, à délimiter ses contours. Ce n'est qu'en fin d'observation que nous pourrons dire, après une analyse épidémiologique rigoureuse, si notre hypothèse était erronée (et alors si ces données psycho-sociologiques n'avaient aucune importance), ou si elle se trouve confirmée (et alors la morbidité en médecine générale ne pourra plus être étudiée hors de ces données).

5- Vous percevez aisément -et tout votre immense travail en est la preuve- qu'une véritable recherche épidémiologique en médecine générale passe par une réflexion préalable et une recherche de nature épistémologique concomittante. Or notre réflexion nous a conduits depuis le début à considérer comme illusoire la certitude de l'objectivité dans les observations scientifiques ; non pas que cette objectivité ne doive être constamment recherchée mais que sa recherche conduit justement à douter constamment de sa possession. Et en médecine ce constat apparaît encore plus évident : lorsqu'un médecin, par essence thérapeute, se transforme en observateur, il lui est impossible de se détacher suffisamment de son patient -auquel le lie une relation transférentielle- au point d'en faire un "objet-observé-indépendant-de-son-observateur". C'est cette difficulté épistémologique, bien analysée par G. BACHELARD dans "La Psychanalyse du Feu", qui trace les limites de toute recherche en médecine. Pour notre part, non seulement nous avons accepté les limites de cette objectivité, mais nous prétendons en faire l'objet d'une analyse ultérieure. C'est ce qui explique aussi qu'il nous paraît illusoire de traiter un pro-

.../

/...

blème épidémiologique en médecine avec "l'objectivité" du scalpel de l'autopsie : seules sont "objectives" les statistiques de mortalité, les cadavres pouvant alors être considérés comme objet ! La morbidité ne peut jamais être isolée du malade et même du médecin : voilà notre postulat. Les résultats de notre étude diront s'il est plausible.

Dr R.N. BRAUN
 au Dr O. ROSOWSKY, le 17-06-85

... Parmi les praticiens qui fournirent le matériel pour les statistiques *, il n'y en avait pas un qui eût une formation de chercheur. Il n'y eut donc personne pour voir la spécificité de la problématique de cette statistique. Personne ne sentait combien la médecine générale à l'époque était mal pratiquée : comme disait Teilhard : "Qui ne doute pas, n'examine rien, et qui n'examine rien, ne trouve rien..."

Il n'y avait donc ni idées ni chercheurs. On examinait bien, mais non dans le sens scientifique pour confirmer ou infirmer une observation, une théorie. Ces gens-là pratiquaient des examens pour voir ce qui en sortirait. C'est là une manière totalement non-scientifique de poser des problèmes. La chance d'aboutir ainsi à quelque chose d'important est pratiquement nulle...

... Le "grand nombre" ne peut rien compenser. Les erreurs ne peuvent que s'en trouver potentialisées. La compensation des erreurs par le "grand nombre" est tout autre chose et requiert des conditions tout à fait différentes...

Le petit nombre de jeunes chercheurs possédant des dons exceptionnels se trouvent, dès le temps de leurs études ou peu après, intégrés dans des équipes de spécialistes. Ils y travaillent dans les groupes de personnalités hautement qualifiées pour la recherche académique. Vu sous cet angle, ce qui vient à la médecine générale représente un "matériel" humain peu qualifié du point de vue scientifique. Bien sûr, il y a également de bons cerveaux en médecine générale, mais de par leur évolution après les études universitaires, il leur manque, avant tout, la formation rigoureuse du chercheur. Ils n'ont pas connu les efforts immenses qu'implique la participation scientifique au travail d'une équipe de

.../

*(cf. LOGAN, 1953) LOGAN.W.P.D. and Coll:An analysis of the clinical records of eight practices during the period of april 1951 to march 1952.General Reg.Office,Studies on medical and population subjects nr .7.

/...

pointe. Cela représente des années très dures. Finalement ces confrères sauront concevoir des projets, trouver la bibliographie nécessaire et l'intégrer à leurs travaux, mettre au point une expérience et l'exploiter. Mais c'est un apprentissage qui coûte très cher. Il n'est pas rare qu'il faille réécrire une douzaine de fois un mémoire avant que le "patron" en soit satisfait. C'est là une chose ignorée des médecins qui, plus tard, désirent se livrer à un travail scientifique à partir de leur consultation. Ils sont bien pleins de bonne volonté. Mais d'une manière générale ils manquent de sens critique et ne savent se mettre en question...

Un petit symptôme de la situation réelle de la recherche praticienne, est l'absence quasi totale de parutions de travaux généralistes dans les principales publications de la presse médicale. Les rédacteurs en chef sans rien connaître à la médecine générale, sont pourtant capables de juger de la qualité des travaux de médecine générale. C'est ainsi que ce qui s'imprime dans les revues professionnelles ce sont principalement des études thérapeutiques, à la parution desquelles s'intéressent la plupart du temps des firmes secondées à leur tour par des chercheurs expérimentés qui s'occupent également de la partie rédactionnelle. Mais ces études n'ont rien à voir avec la théorie professionnelle.

Ainsi pratiquement tout ce que la médecine générale produit de travaux de recherches, se trouve publié en dehors d'une presse, où pourrait s'engager des discussions de haut niveau (c'est-à-dire en dehors de revues professionnelles traditionnelles de renom). Les auteurs évidemment ne s'en rendent pas compte, parce qu'ils ne savent pas comment les choses se passent réellement dans le monde scientifique. Ils se considèrent comme compétents en matière de médecine générale, alors que par comparaison une telle compétence leur fait défaut.

C'est ainsi que se répercute le fait que le confrère travaillant à la recherche praticienne, n'a pas bénéficié des années de formation qui l'auraient préparé à cette tâche...

Le comportement de praticiens voulant se livrer à un travail scientifique a ses mystères, entre autres, celui de préférer s'adresser, malgré tout, plutôt à des "experts" de la faculté (LEMORT) que de me demander conseil. Ce n'est pas la faute de LEMORT de n'avoir pu mieux conseiller ; ce qu'on lui demandait n'était pas de sa compétence. Ses conseils ne peuvent se référer qu'à la recherche traditionnelle, à laquelle il s'entend. Mais il ne peut rien entendre à la recherche de théorie professionnelle, parce que cela il ne l'a pas appris lui-même.

.../

/...

D'ailleurs il existe actuellement un exposé de la Faculté de Médecine de Vienne, selon lequel on allait intégrer et promouvoir la médecine générale à l'Université. On y annonce que la Faculté veut aider la recherche praticienne en lui assurant le concours de ses experts et de son expérience scientifique. Ainsi, on croit toujours à l'Université de Vienne que pour la recherche praticienne on aura absolument besoin de ses méthodes, de ses concepts et de ses experts. C'est seulement alors, pensent les professeurs, que nous progresseront. Or c'est l'inverse qui est vrai : seulement quand nous, les généralistes, nous aurons compris notre propre spécialité et quand nous l'aurons explorée au point de vue théorie professionnelle, les spécialistes verront qu'avec NOS METHODES ils pourront porter à un niveau plus élevé LEUR PROPRE MEDECINE APPLIQUEE. Mais ce sont là des choses aujourd'hui encore à peine concevables !...

...Tout dans la recherche de théorie professionnelle est difficile. Il y faut investir beaucoup, beaucoup de temps pour arriver seulement à un début porteur de chances, de succès. A vrai dire, cette recherche est ce qu'il y a de plus difficile dans la science médicale. S'il n'en était ainsi, il y aurait plus qu'un nombre restreint de gens à le comprendre et à pouvoir mener à bien des recherches personnelles...

.../

N.D.L.R : En 1985 le Dr R.N. BRAUN, chargé d'enseignement depuis dix ans a été nommé Professeur de Médecine Générale à l'Université de VIENNE. Il assure actuellement un enseignement à 100 étudiants. Nous saluons la naissance, au coeur de la Vieille Europe, en un haut lieu de la tradition médicale, d'une nouvelle formation à une médecine générale conçue comme une discipline scientifique autonome.

/...

Dr O. ROSOWSKY
 au Dr R.N. BRAUN, le 21-06-85

... 1) Lorsqu'un maître de l'université enseigne légitimement un élève, les critiques que l'élève accepte aboutissent "in fine" à un diplôme, c'est-à-dire à une promotion légitime et un capital social économiquement significatif. Lorsque toi ou moi enseignons un élève, cela ne lui donne qu'une satisfaction personnelle très symbolique qui, jusqu'à ce jour, ne lui attire aucune admiration, ni ne lui donne aucun pouvoir. Ne reste que ce que toi et moi, et notre petit groupe, lui reconnaissons de positif. D'où la souffrance et la déception lorsqu'on nous apporte un travail (qui a été long et difficile) et que nous y trouvons des défauts.

2) En règle générale, la démarche du praticien relève de ce que Levy Strauss appelle la science du concret (in "la pensée sauvage"). Celle-ci se caractérise par une parfaite qualité d'observation des faits, mais avec l'objectif de construire un système (mythe ou bricolage incluant des séquences techniques) satisfaisant pour l'esprit, c'est-à-dire "mettant de l'ordre dans le désordre", c'est à quoi tend la quasi totalité des travaux des généralistes.

Ta démarche à toi (et celle que je m'efforce d'avoir) relèvent au contraire de la démarche scientifique proprement dite, c'est-à-dire qu'elle avance en définissant bien chaque fois ce qui est inconnu. Ici, la plus grande récompense est de se faire montrer "où est l'erreur". C'est une construction de vérification et revérification du travail antérieur d'un autre, en acceptant de l'appliquer jusqu'au moment où on aura trouvé une faille, une erreur qui va devenir l'objet d'une nouvelle recherche méthodiquement menée et confrontée avec le travail antérieur.

Ici, la gratification vient de la "confrontation" et non de la "présentation". C'est un comportement que Levy Strauss place, je crois, assez tard dans notre époque et auquel finalement peu de gens accèdent sans difficulté, surtout sans autre récompense qu'un plaisir solitaire...

.../

/...

Dr O. ROSOWSKY
 au Dr R.N. BRAUN, le 17-07-85

... - La compétence du savant et du magister s'arrête aux frontières de son domaine scientifique.

- Hors de son domaine, il peut soit rester objectif et dire "je me range aux avis de ceux qui sont compétents" ou bien se sentir menacé et répondre par des arguments rhétoriques ou passionnels. C'est jusqu'à ce jour ce qui arrive quand se rencontrent les "biomédecins" et les "psy-médecins"...

... A mon avis, la médecine générale est une pratique qui s'est développée selon les modalités qui depuis l'ère néolithique ont permis le progrès humain dans tous les domaines de l'activité productive, jusqu'à de très hauts niveaux de civilisation (ex. aussi l'agriculture, l'élevage, l'architecture, les arts, etc...).

Les modalités stratégiques de la pensée ont été parfaitement décrites par Cl. Levy Strauss sous le nom de science du concret ou science primitive. C'est à ce titre que jusqu'à l'orée des temps modernes (il y a quelques siècles seulement) l'omnipraticque était le nucléus de la médecine traditionnelle. C'est donc une pratique dont il n'est jamais "rien sorti spontanément". C'est toujours en appliquant des outils conceptuels et d'observation d'origine externe et provenant d'une stratégie de pensée dont est née la science contemporaine, qu'on a fait scientifiquement progresser la profession médicale. C'est ainsi que c'est en s'autorisant de critiquer -au nom de la raison- le caractère infaillible des règles théocratiques édictées par l'église catholique et dans le cadre général qui a vu naître la Réforme et la primauté de l'observation des faits que les découvertes anatomiques ont pu s'accomplir. Chronologiquement Vesale se place après Calvin et Copernic et juste avant Galilée et Luther. La démarche générale venait de l'extérieur, elle était utilisée à l'intérieur du champ professionnel dont la pratique s'en est trouvée bouleversée. Ce sont les opticiens, les chimistes (et dans ton cas les statisticiens, les épidémiologistes et les logiciens) qui ont permis de structurer les théories professionnelles dont sont nées des pratiques spécialisées. C'est ainsi que tu as, le premier apporté une pierre fondamentale à la théorie sur la médecine générale, celle du concept de position diagnostique opératoire et révélé un ensemble de lois, de règles qui régissent notre pratique.

.../

/...

Celle-ci devient alors spécifique donc spéciale à son tour.

Tu t'es servi de l'outil statistique qui pourtant est, tu t'en aperçois -tous les jours encore avec le groupe de Nantes- peu familier aux praticiens.

Rien ne venait de l'intérieur si ce n'est ce que toi tu as créé avec un outil externe. L'apport de la psychanalyse qui a été une profonde novation des concepts concernant le fonctionnement humain a fonctionné d'une manière qui présente des ressemblances avec ton propre parcours. Des médecins généralistes perçoivent un manque dans la compréhension de certains faits de leur pratique. Un jour, un psychanalyste Michael BALINT, qui s'est toujours étonné des réussites de son père, médecin généraliste malgré la pauvreté des moyens thérapeutiques de l'époque, leur offre les concepts psychanalytiques et la formation adéquate à leur pratique pour en user.

C'est ainsi que les 14 G.P. du groupe de recherche primitif ont pu étudier et révéler avec Mr BALINT le rôle "pharmacologique" de la personne du médecin, ce qu'en termes savants on appelle le rôle des phénomènes transférentiels, qui interviennent en médecine générale sous des formes tout à fait spécifiques. C'est ainsi qu'ont été démontrées les activités de processus parfaitement définis, telle la fonction apostolique, le moment Fécond (ou flash) et selon moi le processus du deuil (que j'appelle le maniement du non savoir). C'est à la suite de ces processus que s'est ouvert, pour étudier notre pratique, un intérêt pour les méthodes qui ont cours dans les sciences humaines.

Ceci dit, il y a une difficulté particulière dans tout ce qui dérive du "Balint". S'il est vrai que les sciences dites exactes peuvent s'acquérir (au prix du grand travail qu'il faut) de manière livresque, la compréhension des phénomènes transférentiels passe par une formation spécifique non livresque qui ne peut être contournée. Il en résulte :

- 1) Une incompréhension radicale chez ceux qui ne l'ont pas assumée (mais il en est de même pour la connaissance et la pratique des sciences dites exactes).
- 2) Un rôle exagérément présent des psychanalystes dont il est difficile aux praticiens formés de se dégager ensuite. De part et d'autre, se creuse alors le fossé entre médecins "partisans des sciences humaines"...

.../

/...

... Tout celà, pour réclamer à mon tour, pour moi-même et pour notre groupe de médecins balintiens de la SFMG, le même type de compétence que tu réclames au titre de logicien et épidémiologiste. Ceci signifie simplement que nous demandons la critique, mais aussi le respect pour nos démarches dès lors que nous tenons compte des critiques qui nous paraissent justifiées...

... Les éléments "non sickness" et "Inanspruchnahme" sont aussi importants pour la théorie professionnelle que les morbidités, mais à un autre niveau qui n'est ni secondaire, ni supérieur, simplement digne d'être étudié avec sérieux par les méthodes adéquates (qui peuvent comporter des corrélations)...

... Les "erreurs" de Vincent ne sont pas déterminantes car contrairement à Logan, Vincent les "voit". De plus, les possibilités de l'outil informatique permettent d'utiliser les classes et sous-classes que l'on désire dans les corrélations qui vont être demandées. Dès lors qu'un problème est "vu", le programme peut en tenir compte. L'outil informatique rend aussi accessible les recherches plurifactorielles, ce qui réduit la vastitude des projets...

... - Pour ce qui concerne les modalités de prise de tension artérielle, je considère qu'il s'agit de praticiens confirmés qui utilisent la méthode tout à fait traditionnelle que tu décris dans "Handlungs Anweisung" 30. Les méthodes différentes sont justement "affaires de spécialistes". Comme pour ta revendication de pouvoir parler de "furuncle" sans rechercher le staphylocoque, je revendique le droit pour des praticiens de parler d'hypertension sans mettre en doute ni la validité de leur appareil, ni celle de leur méthode de mesure. La question qui peut se poser est : "symptôme cardinal" ou "tableau de maladie" ? Ce sera là un des résultats de la recherche de voir comment nos médecins classent ces positions. Reste le problème des chiffres limites à partir desquels commence l'hypertension.

Il y a là sans doute quelques divergences théoriques entre médecins. Cependant, lorsqu'on étudie, comme nous venons de le faire, 82 clientèles et 1 368 malades hypertendus ayant un traitement stabilisé depuis au moins un an, on s'aperçoit :

- qu'il y a un délai d'attente entre la découverte de l'hypertension et le début du traitement.

....

/...

- qu'il y a une phase d'essais thérapeutiques et d'ajustements avant que s'établisse le traitement stable.

- que seuls les patients qui ont des "résultats clairs" sur leurs chiffres tensionnels restent "observants".

Pour toutes ces raisons, nous considérons que lorsqu'un généraliste classe "hypertension", il est fondé à le faire et qu'il a pris le temps de confirmer sa position. Quant à l'idée des hypertensions qui passeraient inaperçues, je dois te dire qu'il n'est plus possible en France aujourd'hui de conclure quelque consultation que ce soit en médecine générale sans mesurer la tension artérielle. C'est sans doute l'explication du délai d'attente que le médecin prend pour décider la mise sous traitement...

... Toute recherche connaît des limites, ce qui importe c'est de les connaître et de les signaler. L'utilisation de plusieurs observateurs est une limite en soi. Mais pour une étude statistique sur la médecine générale (et non sur un seul généraliste) c'est une limite qu'il faut bien assumer. Ce qui incite, il est vrai, à se mettre au travail d'unifier les définitions...

... Je crois réellement que nous avons ici, à la SFMG, une position particulièrement favorable parce que nous avons le respect de la fonction généraliste à ses divers niveaux et peut-être aussi la notion qu'il faut tout dire, mais lorsque l'interlocuteur est devenu prêt à écouter et à entendre. C'est peut-être là une transposition de ce que nous croyons de spécifique à la fonction généraliste : être capable de médianiser ce qui vient des sciences (avec son entourage et sa propre biographie)...

B.V.