

## LA MEDECINE GENERALE AUX MARGES DE L'UNIVERSITE MEDICALE, UN SACRIFICE RITUEL ?

Pour un médecin généraliste de ma génération la situation aujourd'hui détériorée de notre discipline, et le démantèlement de la médecine du soin au quotidien, apparaissent, par leurs irrationalités et l'aspect fatal de leur progression, comme pouvant être classés dans la catégories des catastrophes écologiques. A l'heure où, à l'Université, dans les Institutions de Recherche et chez les gestionnaires, les graves conséquences de cet état de choses commencent à éveiller de l'intérêt il convient d'abord de démontrer et de créer les voies d'un possible redressement. Notre société scientifique s'y attache depuis bientôt deux décades avec, on le sait, un certain succès. Mais il faut aussi déceler les origines d'un tel fléau, car leur enracinement dans l'évolution socio-culturelle de nos sociétés pérennise le phénomène et transforme en sables mouvants le terrain où nous sommes contraints de poursuivre nos efforts. A cet égard la lecture du n° 74 (sept.88) de la revue dirigée par P. Bourdieu, les " ACTES DE LA RECHERCHE en sciences sociales, qui est consacrée aux " Recherches sur la recherche ", apporte de précieux éléments de réponse.

Nous y relevons plusieurs articles d'une brûlante actualité tel celui de Terry Shinn " Hiérarchies des Chercheurs et Formes des Recherches ", de Georges Weisz "Les Transformations de l'Elite Médicale en France ", de E. Brian, M. Jaisson " Unités et Identités, Notes sur l'accumulation scientifique ", de D. Brenneis " A propos des Research Proposals ". Mais c'est le travail de M. Fournier, Y. Gingras, C. Mathurin " L'évaluation par les pairs et la définition légitime de la recherche " qui retiendra ici toute notre attention.

A partir d'un exemple concret et richement documenté, puisé dans une Faculté québécoise des sciences de l'éducation, on y montre comment " l'arbitrage ", qui doit décider en dernier recours de l'acceptation ou du refus de la demande de promotion, devient ici une sorte de rituel au cours duquel des professeurs acceptent de " sacrifier " l'un de leurs collègues pour démontrer à la communauté universitaire que leur faculté, où règnent précédemment les pédagogues, est devenue une " vraie " faculté universitaire, accordant à la recherche la primauté dans la définition de professeur.

Nous formulons l'hypothèse que les modifications des règles du jeu qui ont été révélées par le cas particulier, qui s'est déroulé dans une université canadienne à propos des Sciences de l'Éducation, peuvent servir de schéma explicatif pour des transformations générales d'ordre socio-culturel s'appliquant à l'ensemble du système universitaire parce qu'elles jouent non seulement au niveau de la sélection du personnel statutaire mais aussi au niveau des matières dont le développement est confié à l'Université. Dans le cadre de cette hypothèse s'éclaire la succession des événements qui prive la médecine générale de ville de son statut universitaire normal, de son enseignement de niveau élevé et de toute recherche propre à les produire. Tout s'est passé comme si l'ennoblissement du corps des chercheurs s'est fait au prix du sacrifice des professionnels du soin dont les praticiens généralistes sont aujourd'hui la forme la plus manifeste en médecine. Bien entendu cette marginalisation des professionnels du soin au profit des chercheurs se traduit aussi au niveau des médecins spécialistes qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. Mais la place que ces confrères occupent dans le secteur des techniques sophistiquées d'investigation diagnostique leur permet encore de conserver une place honorable dans la hiérarchie des disciplines médicales. Au passage on peut s'interroger sur le rôle dévolu à la redondance et à la croissance exponentielle des activités de recherches

diagnostiques. Qu'elle est l'utilité respective de ces re-cherches dans l'ordre réel des soins nécessaires et dans celui de la " course après la vérité ", de la " recherche pure ", d'où résulte aujourd'hui le degré d'honorabilité sur l'échelle hiérarchique où sont rangées les disciplines médicales ?

Il n'est pas question ici de minimiser les effets positifs des réformes qui ont profondément remodelé notre paysage médical par le développement de la recherche fondamentale et appliquée, comme par la multiplication légitime des spécialités médicales. Cependant, nous pensons qu'on est en droit de décoder la succession de ces réformes, à la lecture du Journal Officiel, sous l'aspect d'un rejet de la médecine générale de ville aux marges de la profession et de poser la question d'un sacrifice tacite mais socialement réglé sous le couvert du législateur.

L'action se noue avec " l'ordonnance du 30 Décembre 1958 relative à la création de Centres Hospitaliers Universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ". Par la création des " Centres Hospitaliers et Universitaires " l'ordonnance met fin à la dualité des enseignements médicaux antérieurs dont la partie théorique relevait des Facultés ou Ecoles de Médecine et la partie pratique des Centres Hospitaliers. La fusion se fait sous le couvert du cadre universitaire. Cependant les centres hospitaliers inclus dans ce cadre se voient conférer une formidable compensation sous la forme d'un monopole sur toutes les fonctions universitaires statutaires en médecine :

**" Art. 5 : Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1er exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun. "** En 1958 ce mode de sélection d'une élite médicale n'avait rien de discriminatoire car la plupart des chefs de service hospitalier exerçaient aussi la médecine de ville, leur formation était réellement

omnipraticienne et leur spécialisation une simple compétence supplémentaire acquise dans un champ particulier.

Deux évènements allaient rompre cette harmonieuse continuité entre les pratiques et besoins de la médecine de ville, et ceux de la médecine hospitalière.

- Le premier évènement consiste en une phrase de cet article 5 de l'ordonnance concernant les membres du personnel médical et scientifique des C.H.U. : **" Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle..."**

Le décret d'application du 24.09.1960 portant statut du personnel enseignant des Centres Hospitaliers et Universitaires précise comme suit le sens de l'évènement : **" Il faut indiquer à ce propos que ce travail à temps plein de ce personnel signifie essentiellement que cesse la vie créée par des obligations hospitalières et l'exercice en ville de la profession médicale. Désormais ce personnel consacre tout son temps aux soins, à l'enseignement et à la recherche qui ne sauraient être séparés, latitude étant bien entendu laissée, en dehors des obligations de service qui seront définies dans un arrêté ultérieur, aux membres de ce personnel pour poursuivre leur travail dans des laboratoires, bibliothèques etc, situés en dehors du C.H.U. "**

- Quant au second évènement il découle tout simplement des effets même de la spécialisation rapide des services hospitaliers et des nécessités inhérentes à l'approfondissement de champs d'activité de plus en plus pointus, seuls aptes à affronter la croissance exponentielle des volumes de données émanant de la compétition internationale. Dès lors, ce n'est plus seulement la pratique de ville qui sort du champ de perception de la médecine universitaire, c'est aussi toute la multipratique.

Dans le cadre de ce système, l'entrée dans la filière des personnels titulaires des C.H.U. se fait, pour les sections cliniques par le biais d'un corps d'assistants, chefs de clinique des hopitaux. Ils sont nommés pour quatre ans renouvelables une fois pour trois ans. A la fin de cette période ils doivent quitter leur emploi à moins d'avoir intégré le corps des personnels permanents en réussissant les deux concours successifs qui donnent accès aux postes de Professeurs titulaires, maitres de conférence des hopitaux.

Deux dispositions verrouillent l'entrée de cette filière pour les praticiens généralistes de ville. D'une part le recrutement premier se fait parmi les candidats qui ont accompli quatre années d'internat après concours (décret 24.09.1960, Art.41). D'autre part, s'ils sont nommés attachés de faculté ou chefs de clinique " ils exercent dans les C.H.U. des activités d'enseignement et de recherches à temps complet (décret 02.12.1963, Art.2).

Le seul cadre dans lequel les médecins généralistes sont admis à collaborer aux activités des C.H.U., reste celui de l'Article 2 des décrets d'application du 24.09.1960 qui cite " **des docteurs en médecine ou des personnes justifiant de titres ou qualités déterminées par arrêté conjoint des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique. Ces personnes remplissent certaines missions d'enseignement ou de recherche, ou participent aux soins. Les intéressés ne consacrent à leurs fonctions dans le C.H.U. qu'une partie de leur activité professionnelle** ". Ainsi, dans le cadre de la réforme Debré la médecine générale de ville n'est présente à l'université que par des " personnes " remplissant " certaines missions " à " temps partiel ". Dès lors la marginalisation de notre discipline est un fait accompli.

C'est dans cette situation impossible que les candidats pionniers de l'enseignement généraliste ont été invités à créer ex nihilo, entre 1970 et 1980, le corpus et la pédagogie de notre discipline dont il faut rappeler

qu'elle ne cède en rien du point de vue de sa difficulté aux autres disciplines médicales, s'il s'agit d'une pratique de haut niveau.

Rappelons ici un principe fondamental inscrit dans les attendus du décret du 24.09.1963 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des C.H.U.

**" Il convient, tout d'abord, d'organiser une véritable carrière qui permette aux meilleurs parmi nos jeunes praticiens de prétendre un jour aux plus hautes responsabilités, en les affranchissant dès le départ, de toute préoccupation matérielle."**

On voit pourquoi, privés des incitations et moyens que seule procure une carrière professionnelle convenable il n'a pas été donné à nos pionniers de créer la recherche authentique sur nos pratiques, préalable incontournable pour fonder un véritable corpus scientifiquement structuré c'est-à-dire digne d'un enseignement universitaire.

On dut se contenter d'une création simplement romanesque, d'un corpus littéraire, bâti sur les seuls critères du sens commun, du goût pour l'enseignement et le bénévolat. A l'heure où la scientificité de toute démarche universitaire devenait le seul critère légitime, c'était là s'éloigner chaque jour d'avantage du statut universitaire que l'on cherchait à acquérir.

Il fallut attendre la loi du 23 Décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, Alain Savary étant ministre de l'Education Nationale, pour qu'une amorce de solution soit mise en place par ses Articles 2, 52, 54.

**- Art. 2 : " Le troisième cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat ainsi dénommées :**

**a/ La filière de médecine générale;**

- b/ La filière de médecine spécialisée;**
- c/ La filière de Santé Publique;**
- d/ La filière de recherche médicale."**

**- Art. 52 : " Il est organisé un troisième cycle de médecine générale dans chaque région sanitaire...**

**Les médecins praticiens non universitaires sont associés dans des conditions définies par voie réglementaire, à la formation des internes et à la détermination des objectifs pédagogiques.**

**Une filière universitaire de médecine générale est par ailleurs prévue. "**

**- Art. 54 : " Tous les internes auront la possibilité d'acquérir une formation par la recherche à laquelle participeront les enseignants universitaires des disciplines non médicales et des chercheurs statutaires."**

Un décret du 02.09.1983 fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie précisait clairement l'intention du législateur pour ce qui est de réintroduire statutairement la médecine générale à l'université :

**- Art. 22 : L'interne peut être mis en disponibilité par le directeur général du C.H.R. de rattachement dans l'un de ces cas suivants :**

- a/ Accident ou maladie grave;**
- b/ Etudes ou recherches présentant un intérêt général : la durée de l'interruption ne peut, en ce cas, excéder une année renouvelée une fois;**
- c/ Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger : la durée de l'interruption ne peut en ce cas excéder une année, renouvelable une fois;**
- d/ Convenance personnelle...**

En somme Alain Savary créait trois ouvertures :

- l'une **provisoire**, s'adressait à des praticiens enseignants non universitaires, professeurs associés pour une durée limitée. C'est la seule voie dont l'application semble connaître un début de réalisation actuel.
- l'autre **finalisée**, durable, était destinée à une **filière universitaire** de médecine générale explicitement prévue. Cette voie passait par l'attribution du titre d'interne aux étudiants en médecine générale et comportait deux entrées. En effet nous avons vu comment le recrutement premier des candidats à la filière médicale universitaire clinique s'ouvre par la possession de ce titre pour le passage obligé par le corpus d'assistants et chefs de clinique des hopitaux. Mais le titre d'interne permet aussi l'accès aux dérogations donnant accès à l'acquisition des maîtrises puis des diplômes d'études approfondies par lesquels on aboutit aux filières de recherche qui ouvrent une seconde filière universitaire, celle scientifique, au prix d'un diplôme dit " Habilitation à diriger des recherches " créé en 1984 par la loi Savary et défini par l'arrêté du 23.11.1988.

**Art. 1 : L'habilitation à diriger des recherches sanctionne la reconnaissance du haut niveau scientifique du candidat, du caractère original de sa démarche dans un domaine de la science, de son aptitude à maîtriser une stratégie de recherche dans un domaine scientifique ou technologique suffisamment large et de sa capacité à encadrer de jeunes chercheurs. Elle permet notamment d'être candidat du corps des professeurs d'université.**

Le dispositif ainsi mis en place cadrait tout à fait avec les vues d'un ministre sous l'impulsion duquel la loi du 26.01.1984 sur l'enseignement supérieur posait les finalités suivantes.

**- Art. 2 : Le service public de l'enseignement supérieur contribue :**

- au développement de la recherche, support nécessaire des formations dispensées et à l'élévation du niveau scientifique, culturel et professionnel de la nation et des individus qui la composent...

- Art. 4 : Les missions du service public de l'enseignement supérieur sont :

- la formation initiale continue;
- la recherche scientifique et technologique ainsi que la valorisation de ses résultats;
- la diffusion de la culture et de l'information scientifique et technique;
- la coopération internationale.

On remarquera que seul le point deux relatif à la recherche distingue ces missions de celles assumées par l'enseignement secondaire. Ainsi seule la recherche ennoblit l'université, on ne s'étonnera donc pas de voir privilégier cette fonction à tous les échelons de la mission universitaire. Parmi les quatre fonctions dévolues aux professeurs, l'enseignement - la recherche - la contribution au fonctionnement de l'université - la contribution au rayonnement universitaire, **la fonction de recherche est aujourd'hui discriminante.**

C'est là aussi que la médecine générale n'a pas pu, jusque là, s'ouvrir un chemin vers un véritable consensus de la communauté scientifique. Cette faille a eu deux conséquences redoutables.

En comptant sur l'attribution du titre d'interne aux étudiants généralistes pour ouvrir à leurs enseignants praticiens des cheminements universitaires à venir on oubliait un critère prescrit par la loi : la durée de quatre années prévues pour postuler au clinicat. Mais avant toute chose, en l'absence de recherches préalables et scientifiquement menées sur notre pratique, la liste des thèmes d'enseignement de la filière de médecine générale telle qu'elle

émergea de l'arrêté du 06.09.1985 ne pouvait que prendre la forme de souhaits, voire de vœux pieux. Le manque d'un substrat, d'un corpus concret, offert au consensus, c'est-à-dire structuré et fondé sur des travaux de pertinence contrôlable, se faisait cruellement sentir.

Comment pouvait-on justifier un enseignement de longue durée, qui doit être évaluable, sans un ensemble de connaissances établies, d'un poids spécifique analogue à celui des autres spécialités médicales ?

Il eut fallu dire ouvertement qu'on ne créait qu'un cadre offert à une construction à venir. Cette franchise eut impliqué évidemment, si on voulait le projet crédible, que soit réunies les conditions de sa faisabilité. C'est-à-dire que soient créés à l'intention des praticiens de ville des carrières de chercheurs et d'enseignants à temps partiel et donc que soient clairement précisés le prix à payer et toutes les étapes permettant une accession régulière au plein statut universitaire dans une filière en construction qui soit propre à notre discipline.

En l'absence de recherche, et en l'absence de mesures institutionnelles propres à en garantir le développement, la porte qui s'était entrebaillée à l'université pour la médecine générale dans la foulée de la réforme Savary de l'enseignement supérieur nous fut claquée au nez au cri de " Canada Dry" . Ce fut l'oeuvre de dispositions relatives aux études médicales qui ont été prises sous le ministère de Michele Barzac et Jacques Valade publiées au J.O. du 31.07.1987.

**Art. 56 : Les dispositions de la loi du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur sont ainsi modifiées.**

I - L'article 46 est ainsi rédigé :

**Art. 46 : Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales. Il forme les généralistes par un résidanat de deux ans et les spécialistes par un**

**internat de quatre à cinq ans dont l'accès est subordonné à la nomination par concours.**

III – Une partie de l'article 48 est remplacé par les dispositions suivantes :

**" les étudiants peuvent se présenter au concours prévu à l'article 46 à deux reprises. "**

**Ainsi par la saine terreur de se voir écarté des études médicales après cinq années d'études, on faisait accepter aux étudiants l'idée de pouvoir finir généraliste au prix d'une sélection par l'échec.**

En tout sont publiés XII alinéas modifiant les dispositions relatives aux études médicales dans le sens d'un barrage absolument hermétique opposé à l'éventuel accès à un statut universitaire pour la médecine générale de ville par la voie naturelle du titre d'interne.

Rien d'autre n'étant prévu pour permettre la construction scientifiquement conduite d'un corpus des pratiques généralistes, on supprimait du même coup, mais sans le dire, les conditions nécessaires et suffisantes aptes à générer, à terme, une filière de médecine générale véritablement universitaire.

On revenait au renvoi de la médecine générale dans la zone limitrophe des disciplines seulement " associées " aux activités universitaires proprement dites, là où se forment " l'officier de santé ", " le médecin aux pieds nus " et les tenants des autres " exercices particuliers ", les M.E.P.

**La question reste aujourd'hui ouverte du bras qui arrêtera le sacrifice de la médecine générale. La part des obligations qui nous revient a été accomplie : la preuve d'une démarche scientifique possible en médecine générale a été établie et l'outil de classification permettant enfin l'observation et l'étude pertinente des données cliniques dont il est fait**

**usage a été fondé. La question des moyens institutionnels qu'il faut créer pour en assurer le devenir est en d'autres pouvoirs.**

Rappelons que la recherche scientifique sur les pratiques médicales débouche aussi sur la capacité de les évaluer et de perfectionner. Dans son principe, ce qui se joue ici concerne la place, aujourd'hui insaisissable, de la qualité des soins parmi les critères de promotion de toutes les disciplines et des personnes à l'université médicale. Ce n'est plus seulement une seule discipline qui est concernée, c'est l'ensemble des soins médicaux. Au delà de l'avenir du Système de Santé et de sa mission il y va de notre pensée médicale et de la santé même de la population française.

O. ROSOWSKY.

## GENÈSE 21, 22, 23

*Sacrifice d'Isaac.*

- 22 Après cela, Dieu mit à l'épreuve Abraham, et il lui dit : « Abraham ! »
- 2 Il répondit : « Me voici ! » Dieu dit : « Prends ton fils, ton unique, celui que tu aimes, Isaac ; va-t'en au pays de Morija, et là, offre-le en holocauste, sur une montagne que je te désignerai. »
- 3 Abraham se leva de bon matin ; il sella son âne et prit avec lui deux de ses serviteurs, ainsi que son fils Isaac ; il fendit du bois pour l'holocauste, et il partit pour aller à l'endroit que le Seigneur lui avait désigné.
- 4 Le troisième jour, Abraham, ayant levé les yeux, aperçut l'endroit de loin.
- 5 Et Abraham dit à ses serviteurs : « Restez ici avec l'âne. Moi et l'enfant, nous irons jusque-là pour adorer ; puis nous reviendrons vers vous. » Alors Abraham prit le bois de l'holocauste et le mit sur Isaac, son fils ; il portait dans sa main le feu et le couteau, et ils allaient
- 7 tous deux ensemble. Isaac dit à Abraham, son père : « Mon père ! » Abraham répondit : « Me voici, mon fils ! » Isaac dit : « Voici le feu et le bois ; mais où est l'agneau pour l'holocauste ? »
- 8 Abraham répondit : « Mon fils, Dieu se pourvoira lui-même de l'agneau pour l'holocauste. » Et ils allaient tous deux ensemble.
- 9 Lorsqu'ils furent arrivés à l'endroit que Dieu lui avait dit, Abraham y dressa l'autel et disposa le bois ; puis il lia Isaac, son fils, et il le mit sur l'autel, par-dessus le bois. Abraham étendit la main, et il prit le couteau pour égorger son fils. Alors l'ange de l'Éternel l'appela des cieux, en disant :
- 12 « Abraham, Abraham ! » Il répondit : « Me voici ! » L'ange lui dit : « Ne porte pas la main sur l'enfant, et ne lui fais aucun mal. Je sais maintenant que tu crains Dieu, puisque tu ne m'as pas refusé ton fils, ton fils unique. »
- 13 Abraham, en levant les yeux, vit derrière lui un bélier, retenu dans un buisson par les cornes. Abraham alla prendre le bélier, et il l'offrit en holocauste à la place de son fils. Abraham nomma ce lieu-là : « L'Éternel pourvoira » (1). C'est pourquoi on dit aujourd'hui : « Sur la montagne de l'Éternel, il sera pourvu. »

## BIBLIOGRAPHIE.

C. DE GAULLE – G. MOLLET – E. PELLETIER – J. BERTHOIN –  
P. BACON – B. CHENOT – M. LEJEUNE.

" Ordonnance du 30 Décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la Recherche Médicale. " J.O. 31.12.1958.

M. DEBRE – L. JOXE – B. CHENOT – P. CHATENET –  
W. BAUMGARTNER – P. BACON – V. GISCARD D'ESTAING.

" Décret du 24 Septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. " J.O. 24.09.1960.

G. POMPIDOU – V. GISCARD D'ESTAING – CH. FOUCHET –  
R. MARCELLIN – R. BOULIN.

" Décret du 02 Décembre 1963 relatif aux conditions de nomination, de rémunération et d'emploi du personnel à temps partiel visé à l'article 2 du décret du 24 Septembre 1960 modifié portant statut du personnel enseignant et hospitalier des Centres Hospitaliers et Universitaires (personnel désigné au titre universitaire). J.O. 4.12.1963.

F. MITTERAND – L. FABIUS – A. SAVARY – J. RALITE.

" Loi du 23 Décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. " J.O. 26.12.1982.

F. MITTERAND – P. MAUROY – J. DELORS – P. BEREGOVOY –  
G. DEFERRE – C. HERNU – M. ROCARD – L. FABIUS – A. SAVARY  
– P. QUILES – M. RIGOUT – J. LANG – E. AVICE – Y. ROUDY –  
CH. NUCCI – L. MEXANDEAU.

" Loi du 26 Janvier 1984 sur l'Enseignement Supérieur " J.O. 27.01.1984.

J.P. CHEVENEMENT – G. DUFOIX.

" Arrêté du 6 Septembre 1985 portant Organisation du troisième cycle de Médecine Générale. J.O. 18.09.1985.

F. MITTERAND – J. CHIRAC – J. VALADE – E. BALLADUR –  
R. MONORY – PH. SEGUIN – A. JUPPE – M. BARZAC.

" Décret du 3 Aout 1987 modifiant le décret n°84135 du 24.02.1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires." J.O.05.08.1987.

M. FOURNIER – Y. GINGRAS – CREUTZER MATHURIN.

" L'évaluation par les pairs et la définition légitime de la recherche ". Actes de la Recherche en Sciences Sociales n° 74 Sept. 1988. (Résumé)

L'ANCIEN TESTAMENT. LA GENESE.

" Les temps primitifs, Sacrifice d'Isaac Genese 22. La Sainte Bible. Ed.Société Biblique de France. Paris 1942.

M. FOURNIER – Y. GINGRAS – CREUTZER  
MATHURIN.

" L'évaluation par les pairs et la définition légitime de la recherche ".

Actes de la Recherche en Sciences Sociales n° 74 Sept. 1988.

54, Boulevard Raspail, Paris. Directeur : Pierre Bourdieu

#### RESUME

" La notion d'évaluation par les pairs, chère aux milieux universitaire et scientifique, n'a de sens que lorsqu'il y a consensus sur la nature des activités à évaluer. L'étude du demande de promotion par un professeur en sciences de l'éducation dans une institution universitaire québécoise permet de porter au jour le processus de légitimation de la recherche dans un contexte où les procédures (d'évaluation, grief, arbitrage) sont définies par la négociation collective entre le syndicat et l'université. L'arbitrage, qui doit décider en dernier recours de l'acceptation ou du refus de la demande de promotion, devient ici une sorte de rituel au cours duquel des professeurs acceptent de " sacrifier " l'un de leurs collègues pour démontrer à la communauté universitaire que leur faculté, où règnait précédemment les pédagogues, est devenue une " vraie " faculté universitaire, accordant à la recherche la primauté dans la définition de l'activité de professeur.

**ADHESION à la S.F.M.G.**

Le Dr : (cachet)

tél :

Déclare adhérer à la Société Française de Médecine Générale et verse, ci-joint, sa cotisation pour 19.., soit :

- Membre associé..... 600 Frs
- Membre titulaire.....1.200 Frs
- 1ère année d'installation.....300 Frs
- Etudiant.....100 Frs
- Cotisation de soutien.....1.200 Frs et plus
- Retraité.....100 Frs

(par chèque bancaire, postal ou mandat).

le :(date)  
(signature)

---

**ABONNEMENT AUX "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE  
GENERALE"**

Le Dr : (cachet)

souscrit un abonnement d'un an aux "Documents de Recherches en Médecine Générale" et en verse, ci-joint, le montant, soit :

200 Frs

Bulletins à retourner avec 2 chèques distincts à la S.F.M.G. 29, avenue du Général Leclerc 75014 PARIS.  
(Un accusé de réception vous sera adressé pour la déduction fiscale).

## UN RESEAU NATIONAL MULTICENTRIQUE D'EVALUATION CLINIQUE

A l'instar d'expériences faites à l'étranger et d'une étude menée en France par le G.R.E.A., la Société Française de Médecine Générale a voulu mener enquête approfondie sur les résultats de la prise en charge par la médecine générale française de la population des sujets hypertendus qui s'adressent à elle. Commencée en 1984, elle s'est achevée en 1987, la publication des résultats se poursuivra jusqu'en 1991.

Un grand soin a été apporté à la méthodologie afin qu'elle soit rigoureusement adaptée au champ de l'étude, à son objet, à ses nécessités statistiques, au recrutement et à la répartition géographique des praticiens chargés du recueil des données, aux critères de sélection des patients, à la quantité et à la qualité des données relevées.

Pour certaines analyses de laboratoire, les sérums recueillis sur tout le territoire français chez 1368 patients, ont été soumis à un même observateur parisien hautement spécialisé. Le programme a comporté une étude transversale sur un vaste ensemble de données cliniques, biologique et thérapeutiques, ainsi que deux études longitudinales, l'une rétrospective, l'autre prospective.

Une coordination rigoureuse a pu être assurée pendant les trois années de l'étude entre les trois équipes:

- celle des chercheurs de la Société Française de Médecine Générale
  - . 82 cabinets de médecine générale collecteurs
  - . 8 responsables d'extraction des données
  - . 1 coordinateur national responsable de l'ensemble de l'étude et du rapport final
- les membres du département cardiovasculaire du laboratoire Spécialisé
  - . Le chef du département cardiovasculaire
  - . Le cardiologue responsable scientifique du département
  - . Le Médecin responsable de la pharmacovigilance du département
  - . Le statisticien du laboratoire
- un Médecin interniste, chargé des expertises cliniques faisant problème et des études immunologiques.

Les conditions garantissant une totale impartialité des résultats ont été établies et les moyens d'une collaboration scientifique ambitieuse entre un grand industriel du Médicament et une association scientifique de praticiens ont été, une nouvelle fois, instaurés, malgré le poids matériel de ce type d'études menée à un échelon national et dont les nombreux résultats font l'objet d'une succession de publications en cours.