

LE CAS DES ESSAIS CLINIQUES SUR L'ACEBUTOLOL ET DE LA RECHERCHE

SUR LA MALADIE HYPERTENSIVE EN MEDECINE EXTRA HOSPITALIERE.

J.M. ABRAMOWITCH -- Mme J. AKOUN-CORNET --

J. De COULIBOEUF -- J. GORDERT -- O. ROSOWSKY --

Il s'agit du chapitre I d'une étude plus vaste sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine générale.

Cette étude a été réalisée en 1977-78 par contrat passé entre la C.N.A.M.T.S L'INSERM et la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE .

Le rapport a fait l'objet d'une diffusion restreinte fin 1978.

La conception et l'organisation ont été assurés par O. ROSOWSKY , l'étude sociologique est l'oeuvre de Mr Jean Marc ABRAMOWITCH qui dirige actuellement "ESPACE et CREATION "

S O M M A I R E

- I . 1 . Récit chronologique. Page 11
- I . 1 . 1 . Calendrier de l'essai.
- I . 1 . 2 . Caractéristiques techniques de l'essai.
- I . 2 . Premier niveau de description. Points communs avec d'autres secteurs de la recherche médicale. Page 19
- I . 2 . 1 . Organigramme de l'essai clinique.
- I . 2 . 2 . Les conditions institutionnelles de l'essai.
- I . 2 . 3 . Les conditions financières de l'essai.
- I . 2 . 3 . 1 . Le coût.
- I . 2 . 3 . 2 . Détail par poste des frais et mode de calcul.
- I . 2 . 3 . 3 . Premières réflexions sur le coût.
- I . 2 . 4 . Les résultats.
- I . 2 . 5 . La durée comme symptôme.
- I . 3 . Deuxième niveau de description. Les traits caractéristiques de l'essai. Page 31
- I . 3 . 1 . Les contraintes de la relation médecin - malade.
- I . 3 . 2 . La " vérité " de l'essai et le groupe de chercheurs en tant que collectivité clairement circonscrite.
- I . 3 . 3 . L'intervention d'un médecin hospitalo-universitaire à qualité. Ses répercussions dans le groupe.
- I . 3 . 3 . 1 . Les phases d'élaboration et d'expérimentation de l'essai.
- I . 3 . 3 . 2 . Les phases de dépouillement et d'exploitation des résultats.
- I . 3 . 3 . 3 . La phase de la rédaction du rapport.
- I . 3 . 3 . 4 . La diffusion du rapport dans la presse professionnelle.
- I . 4 . Etude sociologique des chercheurs généralistes. Page 49
- I . 4 . 1 . Position du médecin généraliste.

1 . 4 . 2 . Le questionnaire.

- 1 . 4 . 2 . 1 . Typologie du chercheur.
- 1 . 4 . 2 . 2 . Communauté de la pratique.
- 1 . 4 . 2 . 3 . L'activité du chercheur.
- 1 . 4 . 2 . 4 . Principaux résultats du questionnaire.

1 . 4 . 3 . Les entretiens.

- 1 . 4 . 3 . 1 . Qu'est-ce que la médecine de ville ?
- 1 . 4 . 3 . 2 . Un vide idéologique.
- 1 . 4 . 3 . 3 . Equipe de travail et symbolique du groupe.
- 1 . 4 . 3 . 4 . Quelle recherche en médecine générale.
- 1 . 4 . 3 . 5 . Recherche en médecine de ville. Recherche en milieu hospitalier.
- 1 . 4 . 3 . 6 . Le domaine de la recherche généraliste.
- 1 . 4 . 3 . 7 . Le médecin et la recherche:
 - la recherche en médecine générale peut-elle être scientifique ?
 - la scientificité de la recherche Spécia.
- 1 . 4 . 3 . 8 . Recherche et argent :
 - la rémunération,
 - qui doit payer ?
 - le temps.
- 1 . 4 . 3 . 9 . Les abandons :
 - les abandons par ceux qui n'ont pas abandonné,
 - les abandons par ceux qui ont abandonné,
 - l'empirisme n'est pas la recherche,
 - le notable, son malade et la maladie.

1 . 4 . 4 . A propos des premières conclusions de l'enquête socio-
logiques, confrontation avec certaines variables du
comportement professionnel des médecins enquêtés.

I. LE CAS DES "ESSAIS CLINIQUES SUR L'ACEBUTOLOL" ET DE LA "RECHERCHE SUR LA MALADIE HYPERTENSIVE EN MEDECINE EXTRA-HOSPITALIERE" (1)

I. 1. Récit chronologique.

L'essai de l'Acébutolol (Sectral des Laboratoires Spécia) en Médecine générale constitue une expérience tout à fait originale et qui rompt délibérément avec tout ce qui s'est fait jusqu'alors en matière d'essais cliniques. C'est la mise en oeuvre d'une suggestion individuelle par un groupe restreint motivé, dans une structure qu'il crée à cet effet : le groupe d'étude pour l'extension des essais cliniques en médecine générale, formé en 1975 à l'initiative de deux sociétés savantes de praticiens : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et la Société Médicale Balint.

C'est aussi la première application en France d'un usage déjà répandu dans certains pays étrangers, celui pour un laboratoire pharmaceutique de s'adresser directement aux institutions généralistes afin de compléter les informations émanant des rapports d'expertise, d'origine hospitalière, préalables à l'autorisation de mise sur le marché d'une nouvelle spécialité pharmaceutique.

Du point de vue du laboratoire, il s'agit de connaître "l'opinion" que peuvent exprimer des praticiens de ville au sujet de l'efficacité et de la tolérance de produits nouveaux destinés finalement à la prescription de ville, pour éclairer tant le fabricant que le médecin sur l'intérêt réel du nouveau médicament (2).

Des contacts avec les laboratoires Spécia aboutirent à un large accord sur les objectifs et, en Mai 1975, commença l'étude des modalités pratiques d'un essai sur l'Acébutolol, nouveau beta-bloqueur, muni du visa mais non encore commercialisé.

I. 1.1. Calendrier de l'essai.

Il peut être schématisé en trois phases dont nous donnerons ici la chronologie complète en priant le lecteur d'accepter le caractère détaillé de ce sous-chapitre qui est nécessaire à la compréhension de nos analyses ultérieures. .../...

- (1) On trouvera en annexe le sommaire du rapport et les résumés des communications.
- (2) "A propos d'une expérience de collaboration entre l'industrie pharmaceutique et les médecins praticiens" Tribune par Pierre Malangeau (Les Cahiers de la S.F.M.G. n° 3/4 1977).

Phase d'élaboration du projet (avril - septembre 1975) :

Avril à juillet 1975 : élaboration du projet

protocole - fiches d'observation - contrat .

Cinq praticiens membres des bureaux des sociétés savantes, et cinq collaborateurs du laboratoire Spécia, constituent un noyau d'animation.

Protocole et feuilles d'observation sont conçus en fonction des pratiques courantes de la médecine générale dans le diagnostic et la surveillance d'une H.T.A.

On prévoit 6 cas par médecin dont 3 nouvellement dépistés et non encore traités.

Ces cas feront l'objet de 4 observations sur une période de 6 mois.

3 séminaires d'une journée entière dont 2 au moins obligatoires, permettront de faire des bilans partiels et d'éclaircir d'éventuelles difficultés.

On met au point la "logistique" : calendrier, organisation des séminaires, processus de contrôle des observations, rédaction du rapport de synthèse.

Un contrat (voir annexe) est signé avec le laboratoire Spécia le 17 novembre 1975.

(Il sera établi un mois après le lancement concluant de l'expérience). Il garantit l'indépendance des expérimentateurs et la participation réelle et effective des praticiens à l'élaboration et au suivi de l'essai ; il confie aux praticiens eux-mêmes la rédaction des rapports de synthèse. Ce contrat lie le laboratoire aux sociétés savantes qui contrôlent et garantissent le travail de leurs membres et font ainsi écran entre expérimentateurs et commanditaire de l'essai.

Phase d'exécution (21.9.1975 au 17.11.1976) :

16 juin 1975 : appel d'offres à tous les membres des deux sociétés savantes qui recevra 120 réponses.

Sur 120 médecins intéressés par l'appel d'offres, 85 iront jusqu'à la fin de l'essai. Ils fourniront 506 observations dont 369 complètes sur 6 mois. Ils sont répartis sur tout le territoire et représentent tous les types de clientèle en médecine générale.

21 septembre 1975 : 1er séminaire - 111 participants

Information - consensus du groupe - découpage de sous-groupes géographiques.

3 séminaires vont jalonner l'essai, tous trois dans un cadre identique : dans le cadre fonctionnel du Sofitel-Sèvres à Paris. Ce sont exclusivement des journées de travail : deux séances coupées par une collation. Les participants sont distribués par groupes régionaux de 8 à 10. Une séquence d'information est suivie d'une discussion en groupe dont les apports sont inscrits au tableau ; ainsi chacun reçoit-il informations et réflexions de tous les autres. La S.F.M.G. présente le groupe d'études pour l'extension des essais et l'économie générale de la présente expérience.

.../...

Le responsable médical du Laboratoire Spécia fait un exposé sur les beta-bloqueurs, sur l'Acébutolol, et leur emploi dans l'H.T.A. à la lumière des travaux pharmacologiques et des expertises. On recueille un certain nombre de questions sur ces sujets auxquelles les spécialistes répondront ultérieurement par courrier.

Après la présentation du protocole, les échanges sont de deux ordres : information des participants sur la pharmacologie du nouveau médicament et discussion sur le caractère scientifique de l'essai. Sont abordés en particulier les problèmes de la pertinence de l'essai dans le cadre de la médecine générale, et son objectivité par rapport aux possibles interférences publicitaires du laboratoire pharmaceutique. Le groupe d'animation apporte de longues explications sur les divers points du protocole et sur les garanties contractuelles d'indépendance des expérimentateurs. Après avoir apporté quelques modifications formelles minimales au protocole, l'ensemble des participants adhère au projet. Avant de se séparer, ils recrutent 11 responsables régionaux chargés de maintenir la cohésion de leur petit groupe dans l'intervalle des séminaires. Au total cette première manifestation a donc permis l'information et l'organisation du groupe. L'essai devrait commencer sous peu mais un contretemps administratif reportera la réception des échantillons à la mi-décembre.

16 Décembre 1975 : réception des fiches d'observation et de l'Acébutolol.

Début de l'essai Janvier 1976.

7 Mars 1976 : 2ème séminaire, 85 participants, inter-information - réassurance du groupe - induction d'une communauté de recherche. Au 2ème séminaire assistent 85 participants qui sont donc depuis 2 mois en situation "d'expérimentateurs". A travers les groupes s'expriment les premières impressions sur le produit : efficacité, posologie, effets ; s'expriment aussi un certain nombre de difficultés : le retardement de l'essai a gêné (effet démobilisateur), les cas neufs semblent moins fréquents qu'on ne l'imaginait ; par contre, on note la relative fréquence de "pseudo HTA" qui se normalisent après repos, régime, mise en condition, et qui, donc, n'entrent plus dans le cadre de l'essai ; la position d'expérimentateur est inconfortable parce qu'elle interfère avec la fonction thérapeutique primordiale en médecine générale et entame la relation de confiance habituelle. Quelqu'un suggère une note SFMG donnant à l'intention des malades des indications sur le traitement, justifiant et désengageant ainsi le médecin. Les abandons de traitement, par indocilité ou lassitude rapide, font évaluer les motivations de l'hypertendu aussi bien que celles du médecin aux prises avec cette affection mal définie.

.../...

D'une manière générale, l'observation plus attentive, à l'occasion de l'essai, des hypertendus, éloigne des "certitudes" théoriques et décontenance certains : quelques critiques inopinées estiment le protocole trop peu "scientifique" laissant supposer la résurgence et la prégnance du modèle hospitalo-universitaire. Mais l'expression même devant le groupe de ces difficultés personnelles (chacun a les siennes qui ne sont pas celles des autres) permet une réassurance individuelle ; surtout elle met en lumière les difficultés propres actuellement à la recherche en médecine générale. La cohésion du groupe en tant que communauté de recherche en est finalement accrue. La nouvelle afin d'une extension de l'expérience en cours sous forme d'un travail dans le cadre d'une ATP/INSERM sur "l'Epistémologie de la Recherche en Médecine Générale" va dans le même sens. Ainsi, cette deuxième réunion a réalisé une inter-information sur les premiers résultats et les difficultés de chacun, d'où réassurance du groupe et induction d'une activité communautaire de recherche.

3 Octobre 1976 : 3ème séminaire - 65 participants.

Bilan partiel sur les premiers résultats informatiques - Désignation du Comité de rédaction (20 pré-rédacteurs) - examen d'un autre projet de recherche (étude casuistique du cancer du sein en médecine générale) - enquête sociologique sur la recherche en médecine générale (ATP/INSERM).

Une explication s'impose ici : la veille au soir, les membres du séminaire participent à une séance de travail organisée par la S.F.M.G. sur une série de cas de cancers du sein qu'ils ont observés. Prenant ce thème de discussion au cours du séminaire du 3 octobre, dans les mêmes locaux mis à sa disposition par le Laboratoire Spécia, le groupe manifeste sa liberté de choisir les sujets de réflexion et son autonomie à l'égard du laboratoire.

Un an s'est écoulé après le lancement de l'essai ; on fait le bilan :

on remarque un étalement de la durée : pour réunir environ 500 observations de 6 mois, il faut 10 à 12 mois ; on doit donc prolonger le recueil des observations jusqu'au 15 novembre,

les résultats provisoires tirés des premières ventilations informatiques sont communiqués et commentés,

on ébauche les premières analyses critiques : échecs, arrêts de traitement, effets latéraux (bradycardies, effets psychiques, action coronaro-myocardique...).

On désigne un comité de pré-rédaction de 20 membres pour extraire et élaborer à partir des données informatiques les réponses aux questions de pharmacologie et de pratique, puis on met au point les modalités d'exploitation des résultats.

Dans le cadre du contrat avec l'INSERM on commence une enquête sociologique sur la recherche en médecine générale ; on fait remplir un questionnaire et on prend rendez-vous pour des interviews.

.../...

17 Novembre 1976 : clôture de l'essai,

Phase de dépouillement et exploitation des résultats informatiques :

Rédaction (5.11.76 - 30.9.77).

Le 5 novembre 1976, les promoteurs de l'essai et le laboratoire Spécia procèdent à la définition des objectifs de la phase de rédaction :

appréciation du produit,

problèmes épidémiologiques de l'HTA en médecine générale, attitude du médecin et du malade face à l'HTA,

sociologie de l'expérimentation en médecine générale.

21 Novembre 1976 : séminaire des 20 pré-rédacteurs,

familiarisation informatique - formation des questions - découpage de sous-groupes de rédacteurs.

Exploitation des premiers tableaux informatiques : formulation des questions.

Les premiers tableaux informatiques distribués, le groupe doit faire l'apprentissage des premiers rudiments du langage informatique, se familiariser avec la lecture et le maniement des tableaux et ventilations, apprendre à formuler les questions à poser à l'informaticien.

Le groupe ayant constitué une liste de questions se scinde en sous-groupes intéressés par des ensembles de questions. L'informaticien fera le tour de ces petits groupes pour aider à leur définition correcte. Chaque sous-groupe est chargé de la rédaction d'un pré-rapport.

11 Février 1977 : règlement par la SFMG aux expérimentateurs de leurs "droits d'auteurs". Envoi de documents informatiques aux pré-rédacteurs.

18 Février 1977 : désignation d'un coordinateur scientifique SFMG.

Le 18.2.1977, après un hiatus de deux mois et demi, délai de confection des tableaux et ventilations demandés le 21 novembre 1976, les pré-rédacteurs reçoivent une liasse de 93 feuillets plus 7 pages de mode d'emploi. On est à 18 mois du lancement de l'essai ; les sous-groupes de pré-rédacteurs sont quiesçants. Un coordinateur, membre des bureaux des deux sociétés savantes, se propose. Il assurera désormais la très lourde tâche des incitations aux rédacteurs et des liaisons multiples entre l'informatique, les rédacteurs, et le secrétariat de la SFMG.

25 Février 1977 : Echanges d'informations entre pré-rédacteurs SFMG et Spécia.

28 Mars 1977 : idem.

30 Mars 1977 : idem.

21 Avril 1977 : idem.

29 Avril 1977 : "contraintes de délai émanant du commanditaire". Proposition par

.../...

Spécia d'un expert pour le traitement statistique de certains résultats intéressant particulièrement le laboratoire.

Le 29 Avril 1977, les promoteurs et le laboratoire Spécia procèdent au bilan général de l'expérience et décident de "sortir" à bref délai un travail de synthèse.

Un cardiologue rompu aux statistiques (première et unique intervention d'un modèle universitaire) est chargé d'exploiter certaines données numériques concernant l'activité et la tolérance du produit.

Parallèlement, l'accord se fait sur l'approfondissement par les généralistes de l'expérience dans ses dimensions pharmacologiques, épidémiologiques, socio-psychologiques ; on attendra la rédaction d'un rapport étendu avant de publier éventuellement un extrait afin de ne pas "banaliser" cet essai original. Une situation compétitive est ici mise en place qui jouera un rôle stimulant, mais se crée aussi une composante conflictuelle qui restera latente puis s'exprimera lors de la rédaction du rapport et des publications qui ont suivi.

4 Mai 1977 : Coordination et stimulations diverses à la production des rapports, rappel de leur mission aux pré-rédacteurs, envoi d'articles étrangers sur les beta-bloqueurs dans l'hypertension en médecine générale,

première cristallisation du projet sous forme de deux rapports de G. SALFATI et O. ROSOWSKY soumis aux pré-rédacteurs (tolérance et efficacité du Sectral dans le traitement de l'hypertension en médecine générale : maladie hypertensive en milieu extra-hospitalier, aspects socio-psychologiques du traitement),
rédaction.

Le 15 Mai 1977, 7 pré-rédacteurs discutent ces premiers rapports et en ébauchent d'autres.

Le 9 Juin 1977, les rédacteurs se réunissent avec les promoteurs, les responsables Spécia et le cardiologue hospitalier. Celui-ci présente l'étude statistique de l'efficacité et la tolérance du Sectral. L'examen en commun des rapports disponibles permet une utile confrontation des points de vue généraliste et hospitalo-universitaire. L'accord se fera pour laisser à l'essai les caractères qui en font l'originalité : ceux d'une étude de l'HTA et de son traitement en médecine générale par les généralistes eux-mêmes.

D'ultimes échanges pendant les mois d'été visent à pousser la rédaction de diverses communications qui entreront à la rentrée dans le rapport de synthèse.

.../...

Après des débats serrés, une synthèse minutieuse est faite entre l'étude de l'effet pharmaceutique de l'Acébutolol réalisée par le cardiologue de Spécia et celle produite par un des généralistes rédacteurs.

Le laboratoire accède aussi à la demande faite par les promoteurs d'inclure le contrat liant les parties parmi les documents publiés afin de pouvoir servir de modèle éventuel.

30 Septembre 1977 : remise du rapport de synthèse.

I.1.2. Caractéristiques techniques de l'essai.

C'est un essai vrai, non une promotion déguisée : le produit non commercialisé est délivré sous son appellation chimique à un patient qui sait qu'il s'agit d'un essai. C'est un essai multicentrique, ouvert : les expérimentateurs au nombre de 85, largement dispersés sur tout le territoire, couvrant tout l'éventail des clientèles et donc des patients, forment un ensemble représentatif de la médecine générale. Le nombre des observations (506) et la durée de l'essai (6 mois) permettent des conclusions significatives. Enfin, le travail par petits groupes garantit le recueil du maximum d'informations individuelles et enrichit le travail au-delà des possibilités forcément limitées d'une fiche d'observation simplement démillée. Ce point est important si on considère que chaque généraliste est supposé porteur d'informations partielles, mais pour certaines d'entre elles inédites, sur le champ médical généraliste encore si peu exploré.

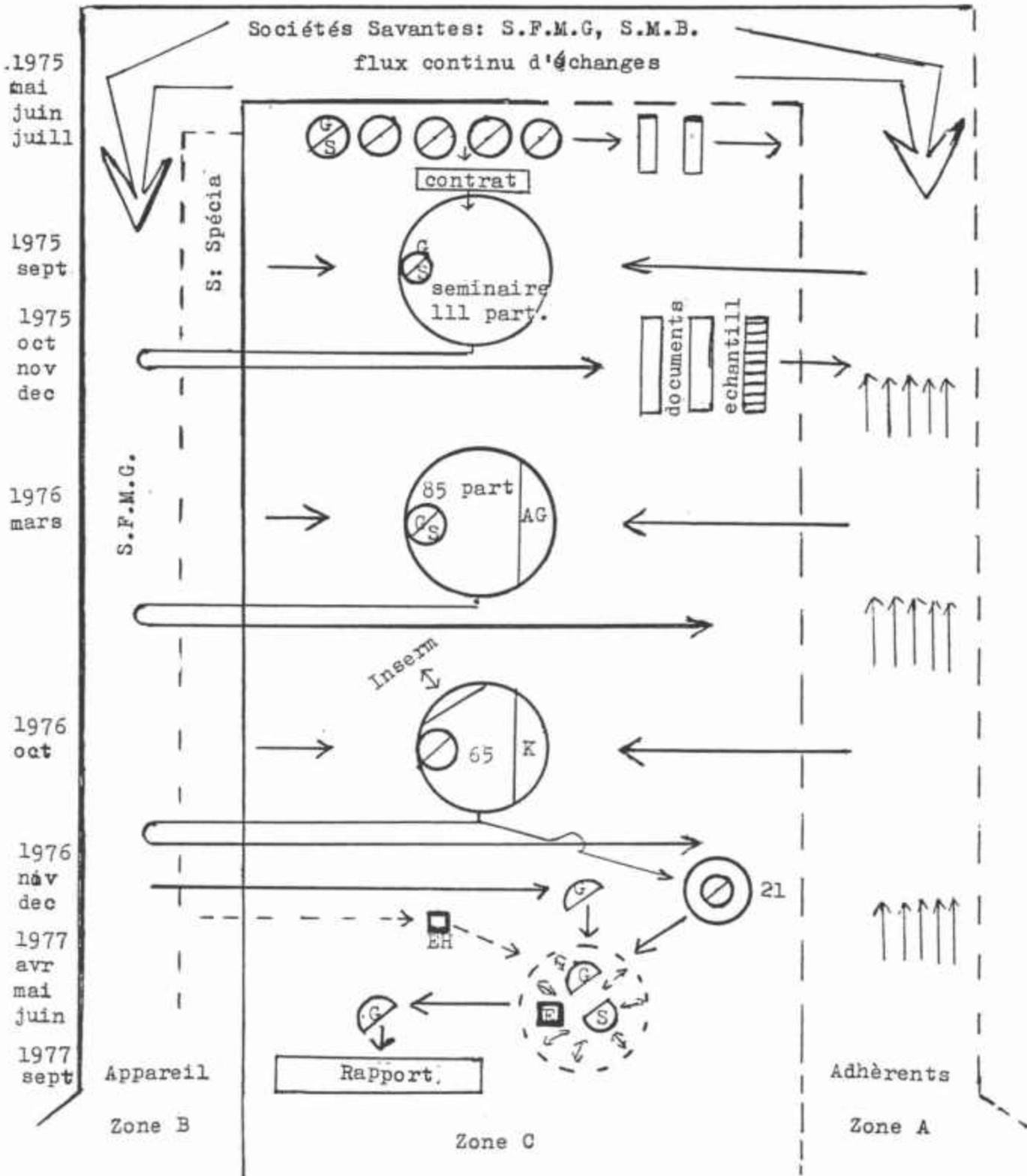
L'essai du produit est réalisé dans les conditions spécifiques de son emploi ultérieur : le protocole d'observation n'a retenu que les gestes et recherches habituels dans le dépistage et la surveillance de l'HTA, en particulier lorsqu'elle est traitée par un beta-bloqueur (ainsi, par surcroît, point de dépense induit pour le malade et la Sécurité Sociale).

Le contrôle et la discussion au cours de l'essai sont le fait de tous les "expérimentateurs" réunis dans des conditions visant à éviter toute "occultation" des problèmes et informations spécifiquement généralistes par un ou des hospitaliers dont les préoccupations se situent sur des plans différents (1).

.../...

(1) Il s'agit là d'un problème d'ordre sociologique qui nécessite des développements et une étude particulière.

ORGANIGRAMME DE L'ESSAI CLINIQUE SUR L'ACÉBUTOLOL



-  Animateurs généralistes
-  Animateurs Spécia
-  Expert hospitalier

I.2. Premier niveau de description. Points communs avec d'autres secteurs de la recherche médicale.

I.2.1. Organigramme de l'essai clinique sur l'Acébutolol.

Si on considère le déroulement de cet essai, on constate qu'un certain nombre de structures ont été successivement utilisées ou mises en place. Une représentation spatiale permettra de saisir les propriétés et les positions relatives de ces structures.

Si nous figurons dans la colonne à gauche du tableau la chronologie des évènements, nous pouvons distinguer trois zones :

Zone A. Elle représente le groupe des praticiens adhérents aux Sociétés Savantes et qui ont donné leur accord de participation à l'essai. D'un côté, la Zone A est ouverte sur l'ensemble des praticiens généralistes en exercice par la S.F.M.G. et sur l'ensemble des généralistes ou spécialistes de ville formés à la relation thérapeutique par la Société Médicale Balint.

Zone B. Elle représente les Sociétés Savantes en tant qu'institutions comportant un appareil logistique : secrétariat et instances responsables. Par la nature statutaire des sociétés savantes, cette zone est ouverte sur la communauté scientifique. D'autre part, elle est directement branchée sur la zone A, celle des médecins adhérents, et il existe entre A et B un flux permanent, un échange d'hommes et d'informations allant dans les deux sens.

Dans le cas particulier de l'essai clinique sur l'Acébutolol, la Zone B ouvre aussi sur un commanditaire représenté ici par une équipe émanant du laboratoire pharmaceutique. Cette équipe apporte sa contribution par ses pharmaciens et ses informaticiens, ainsi que par ses moyens matériels : informatique, séminaires de travail, rémunération des chercheurs (dans le tableau ci-contre P + I).

Les Zones A et B préexistent à l'essai. Celui-ci commence par l'ouverture sur le commanditaire et par la constitution de la Zone C.

Zone C. Elle constitue le laboratoire de recherche proprement dit qui comprend une série de sous-ensembles.

En ordre chronologique, nous avons d'abord le noyau d'animation, groupe constitué paritairement des représentants des deux Sociétés Savantes et des émissaires qualifiés du laboratoire pharmaceutique. Le groupe se réunit cinq fois

.../...

pour son propre compte et gère la phase d'élaboration du projet, produisant les protocoles d'expérimentation, le matériel d'information pharmacologique nécessaire aux expérimentateurs, le contrat liant les parties. De par cette activité, le groupe acquiert une physionomie propre, il apparaît en tant que groupe, même en l'absence d'un ou plusieurs de ses membres, dans toutes les structures ultérieures de la Zone C, chargées de l'exécution du projet, du dépouillement des résultats et de la rédaction du rapport. Il y remplira la fonction de liaison entre les parties contractantes et la fonction d'animation.

En second lieu, nous avons trois séminaires formés de l'ensemble des chercheurs qui se réunissent au cours de la phase d'exécution de l'essai, pour s'informer, se former et faire le point de leur travail.

Enfin, un groupe de vingt et un praticiens volontaires marque l'entrée dans la phase de dépouillement et d'exploitation des données recueillies. Ces praticiens se réunissent avec le noyau d'animation en séminaire pour apprendre les méthodes de questionnement d'un matériel informatisé. Les questions sont posées sous la forme voulue au service informatique ; le matériel informant est obtenu (il correspond à une liasse de 93 ventilations + 7 feuillets de mode d'emploi, à quoi s'ajouteront, au fur et à mesure des questions apparues en cours de route, 27 puis 30, puis 10, ventilations supplémentaires, soit un total de 161 pages de matériel exploitable). Le groupe de vingt et un praticiens devrait procéder à l'extraction des données et au travail de synthèse, mais un flottement se produit qui donne lieu à un remaniement du groupe. Le laboratoire pharmaceutique propose un expert hospitalo-universitaire chargé d'extraire pour son propre compte les données suivant les critères d'une expertise pharmacologique classique. Les Sociétés Savantes nomment leur propre coordinateur, avec mission de mener à bien l'étude des problèmes spécifiques de la médecine générale apparus au cours des travaux. Sous l'impulsion de cette décision, les vingt et un praticiens produisent une série de travaux qui sont soumis à la réflexion critique de trois instances : celle de leur propre groupe d'abord, celle du groupe élargi par la présence de l'expert hospitalo-universitaire ensuite, celle enfin représentant le groupe des vingt et un et le noyau d'animation où les informaticiens occupent une place importante. Le rapport de synthèse proposé par le coordinateur, inclut certains éléments techniques du travail de l'expert du laboratoire dans la partie traitant de l'effet pharmacologique du produit étudié. Il est publié dans son intégralité avec accord de toutes les parties contractantes.

.../...

I.2.2. Les Conditions institutionnelles de l'essai clinique sur l'Acébutolol.

I.2.2.1. La présence constante d'un cadre institutionnel paraît être la condition première de la recherche sur l'Acébutolol. La Zone B est le lieu d'incessantes activités incitatives à l'égard de la Zone A. En particulier, la S.F.M.G. centralise et répercute les informations, assure la diffusion et l'échange du matériel entre la Société et ses membres ; d'autre part, elle répond aux demandes du noyau d'animation et relance la recherche en organisant des séminaires et divers groupes de travail. Notons que le noyau d'animation est formé de praticiens qui participent aux instances directives des deux Sociétés Savantes. Or, ce qu'il importe de souligner ici c'est que, au delà de l'identité des personnes et du syncrétisme de vues, le cadre institutionnel rend possible le passage de l'idée individuelle à la recherche collective et achevée.

Par ses contraintes juridiques et matérielles (de contrôle, de délais, etc...), le cadre institutionnel remplit également une fonction d'incitation. Rappelons-nous les activités annexes que les Sociétés Savantes ont organisées au cours des séminaires : lors du second séminaire, une soirée a été consacrée à l'assemblée générale de la S.F.M.G. (1) ; lors du troisième, un questionnaire sociologique en rapport avec un contrat de recherche INSERM/SFMG a été distribué et discuté ; une soirée a été consacrée au problème du cancer du sein (dépistage et traitement tels qu'ils sont effectués en clientèle de ville). Ces activités annexes ont contribué à développer l'intérêt des généralistes pour la recherche et à impliquer davantage ces derniers dans les activités de la S.F.M.G.

Deuxième condition : la présence d'une filière de formation incluse dans la recherche concrète en cours. Un examen de la Zone C fait apparaître trois strates de chercheurs selon le degré de responsabilité qu'ils assument dans le processus de recherche. Parmi l'ensemble des médecins adhérant aux deux Sociétés Savantes, 120 s'étaient déclaré intéressés par l'essai clinique. La participation aux trois séminaires communs pendant la phase d'expérimentation a été successivement de 111, 85 et 65 personnes. 85 praticiens ont fourni des protocoles complets et ont donc participé au processus d'expérimentation. Parmi ces 85 praticiens, 20 ont participé à l'extraction des données informatisées après avoir assimilé la technique nécessaire au questionnement correct et ont procédé à la confrontation des résultats et à la vérification de leur caractère général.

.../...

(1) voir le récit chronologique page 11

Enfin, quatre praticiens ont livré les communications constitutives du rapport de synthèse. Ils entrent ainsi dans le circuit de la communication avec d'autres chercheurs en proposant les résultats de leur travail à l'appréciation de la communauté scientifique. La recherche du consensus vise à faire prendre en considération et à faire reconnaître une problématique particulière. Or, cette reconnaissance est la condition d'autres travaux pouvant apporter la preuve. Autrement dit, l'accord de la communauté scientifique sur l'importance d'une problématique sollicite et détermine d'autres recherches sur ce même sujet, pouvant confirmer les premiers résultats obtenus.

Des quatre praticiens qui ont travaillé au rapport de synthèse, deux sont à l'origine de l'idée de l'essai sur l'Acébutolol et participent sans exception à toutes les réunions de travail. Quant aux trois autres praticiens du noyau initial, l'un s'éloignera rapidement, du fait peut-être de sa pratique qui est plus proche de celle de spécialiste de ville ; les deux autres suivront le processus jusqu'à la phase d'extraction des données comprise.

Ces constatations appellent quatre remarques :

les deux premières phases d'expérimentation, de dépouillement et d'exploitation des données, ont requis de la part des généralistes un travail complémentaire de propédeutique. Bon nombre de praticiens a accepté ce travail, alors qu'il a hésité et même reculé devant la rédaction du rapport;

les différentes étapes de formation et de recherche ont fait évoluer les praticiens de l'idée, parfois simplement fantasmée de participer à une recherche -idée qui est à l'origine de leur adhésion à une Société Savante- vers un projet et un contrat, et de là à divers niveaux de réalisation du projet;

cette filière de formation, présente et opérante au sein même du système de recherche, a eu des ramifications latérales. Elle a suscité ou mis à jour des vocations de chercheur. Ainsi, neuf des praticiens ont participé à un contrat de recherche SFMG - CNAMTS - INSERM, signé le 6 janvier 1977, et pris en charge par une équipe incluant d'abord un, puis trois sociologues. Secondairement, ces neuf généralistes ont élaboré un contrat de recherche SFMG - DGRST, qui réunit autour d'eux six chercheurs d'autres disciplines (sociologues, économistes, socio-psychanalystes, psychanalystes);

on peut considérer enfin que cette filière de formation qui a mis à contribution les représentants du laboratoire, n'a pas manqué de modifier la représentation que l'industrie pharmaceutique se faisait des conditions et des perspectives d'une recherche menée avec les médecins généralistes.

.../...

I.2.3. Les conditions financières de l'essai clinique.

I.2.3.1. Coût de l'essai.

D'importants moyens ont été mis en oeuvre par le laboratoire pharmaceutique, la S.F.M.G. et les membres des deux Sociétés Savantes de Praticiens.

Le laboratoire pharmaceutique a fourni :

une équipe chargée des informations pharmacologiques, de la bibliographie et de l'accès à l'informatique,

une équipe technique assurant l'organisation matérielle : confection des documents, du matériel d'observation, envoi des échantillons, réapprovisionnement régulier, gestion des séminaires et réunions, couverture de certains frais de déplacement d'expérimentateurs provinciaux, rémunération des protocoles d'expérimentation, de l'impression du rapport final, subventions à certaines activités scientifiques des Sociétés Savantes (1) ;

la S.F.M.G. a fourni :

la tenue d'un fichier des participants où sont pointées les observations dès leur arrivée, la présence aux séminaires, et où sont consignés tous les détails matériels,

le contrôle des observations, les relations avec les expérimentateurs, le retour des observations incomplètes ou problématiques, la relance aux retardataires, les convocations aux séminaires, divers courriers incitatifs,

l'animation des séminaires de travail,

les liaisons avec le laboratoire : transmission des observations validées, multiples réunions de mise au point sur le déroulement de l'essai et rôle d'écran pour tous les problèmes financiers (règlement de certains frais de déplacement et des protocoles d'expérimentation).

Les membres des deux Sociétés Savantes ont assuré :

outre toutes les phases de l'essai clinique proprement dit et de l'extraction des données, l'élaboration du rapport final.

Toutes ces opérations qui ont duré deux ans et demi, impliquent un coût important dont le tableau ci-après présente les éléments.

.../...

(1) Congrès International Balint 1976 à Paris et Enquête Sociologique sur les Chercheurs Généralistes dans le cadre d'un contrat S.F.M.G. - C.N.A.M.T.S. - I.N.S.E.R.M.

I.2.3.2. Détail par poste de frais et modes de calcul.

Frais de fonctionnement : ils ont été entièrement réglés par le laboratoire pharmaceutique dont les services comptables ont fourni tous les éléments. Ci-après, à titre indicatif, le détail concernant la "logistique Spécia" :

lettres, circulaires, questionnaires, fiches, inscription, enveloppes	25.834
reliures plastiques	9.930
cahiers d'observation, cartes T, enveloppes	15.738
mamutention et expédition	90.154,75
échantillons, 1295 flacons 20 compr. à 8,67	111.284,25
frais d'expédition, 650 envois d'échantillons à 7,00	4.550
	<hr/>
	257.491 Frs

Frais de relations publiques avec les Sociétés Savantes : ils représentent une contrepartie versée par le laboratoire pharmaceutique aux Sociétés Savantes sous la forme de subventions directement affectées à leurs activités scientifiques. Plus précisément, il s'est agi pour la Société Médicale Balint d'un envoi postal à tous les praticiens français de programmes de congrès, cartes réponses, impression et routage :

87.529 Frs

Pour la S.F.M.G., il s'est agi de la subvention par le laboratoire d'une enquête sociologique menée à la demande de la S.F.M.G. par A.R.P.E.N.T. auprès des généralistes engagés dans l'essai clinique en cours. Le résultat de cette enquête s'insère dans la suite du présent rapport :

15.000 Frs

Frais de personnel : le seul poste connu avec précision concerne les honoraires des expérimentateurs, 2.000 Frs pour 6 observations complètes (1),

au total :

133.700 Frs

Le poste correspondant aux salaires des cadres et employés du laboratoire pharmaceutique a été estimé par ses services comptables comme suit :

cadres supérieurs 60 heures :	7.500 Frs TTC
cadres 200 " :	15.000 Frs TTC
secrétariat 160 " :	4.500 Frs TTC
	<hr/>
	27.000 Frs TTC

.../...

(1) Il s'agissait, rappelons-le, de suivre six patients au moins pendant six mois, de rédiger avec précision pour chacun quatre fiches détaillées d'observation et d'assister, pour discussion, formation et information, à au moins deux séminaires d'une journée entière.

TABLEAU RECAPITULATIF DU COUT DE L'ESSAI CLINIQUE ACEBUTOLOL

	Payés, connus	payés, estimés	non payés, estimés
<u>FRAIS DE FONCTIONNEMENT</u>			
Logistique Spécia.....	257.901		
Informatique.....	13.733		
4 séminaires : salles, repas.....	30.875		
Publication du rapport (10.000 ex.).....	105.460		
Total de ce poste :	<u>405.559</u>		
<u>FRAIS DE RELATIONS PUBLIQUES AVEC LES SOCIETES SAVANTES</u>			
Subvention Congrès International Balint...	87.529		
Subvention rech. sociol. SFMG - CNAMTS - INSERM ...	15.000		
Total de ce poste :	<u>102.529</u>		
<u>FRAIS DE PERSONNEL</u>			
Honoraires des expérimentateurs (85)	133.700		
Personnel Spécia.....		27.000	
Secrétariat SFMG.....			12.600
Honoraires des médecins animateurs.....			12.000
Honoraires des pré-rédacteurs.....			21.000
Honoraires des rédacteurs du rapport.....			32.000
Totaux de ce poste :	<u>133.700</u>	<u>27.000</u>	<u>77.600</u>
<u>FRAIS DE MISSION</u>			
Hôtellerie.....	22.062		
Billets avion - train	42.603		
Essence voitures personnelles			5.822
Temps passé en déplacements.....			77.298
Totaux de ce poste :	<u>64.665</u>		<u>83.120</u>
	735.453		160.720
COUT TOTAL	896.173		

Note: les couts sont donnés ici à leur valeur en 1975-76-77 .

En 1984 ils doivent être appréciés avec un coefficient d'augmentation convenable.

Le poste correspondant aux frais de personnel S.F.M.G. a été estimé selon le même principe. Il s'agit de sommes qui n'ont pas été versées par le commanditaire mais qui correspondent à un travail qui aurait dû normalement être rémunéré. Dans le cas présent, le montant du travail non payé correspond à un don fait par la S.F.M.G. et les généralistes participants, dans le but de démontrer à la communauté scientifique la possibilité et l'intérêt de tels essais cliniques.

Ainsi, le temps de secrétariat S.F.M.G. a été estimé à 3 mois de secrétaire non spécialisée, soit : 12.600 Frs TTC

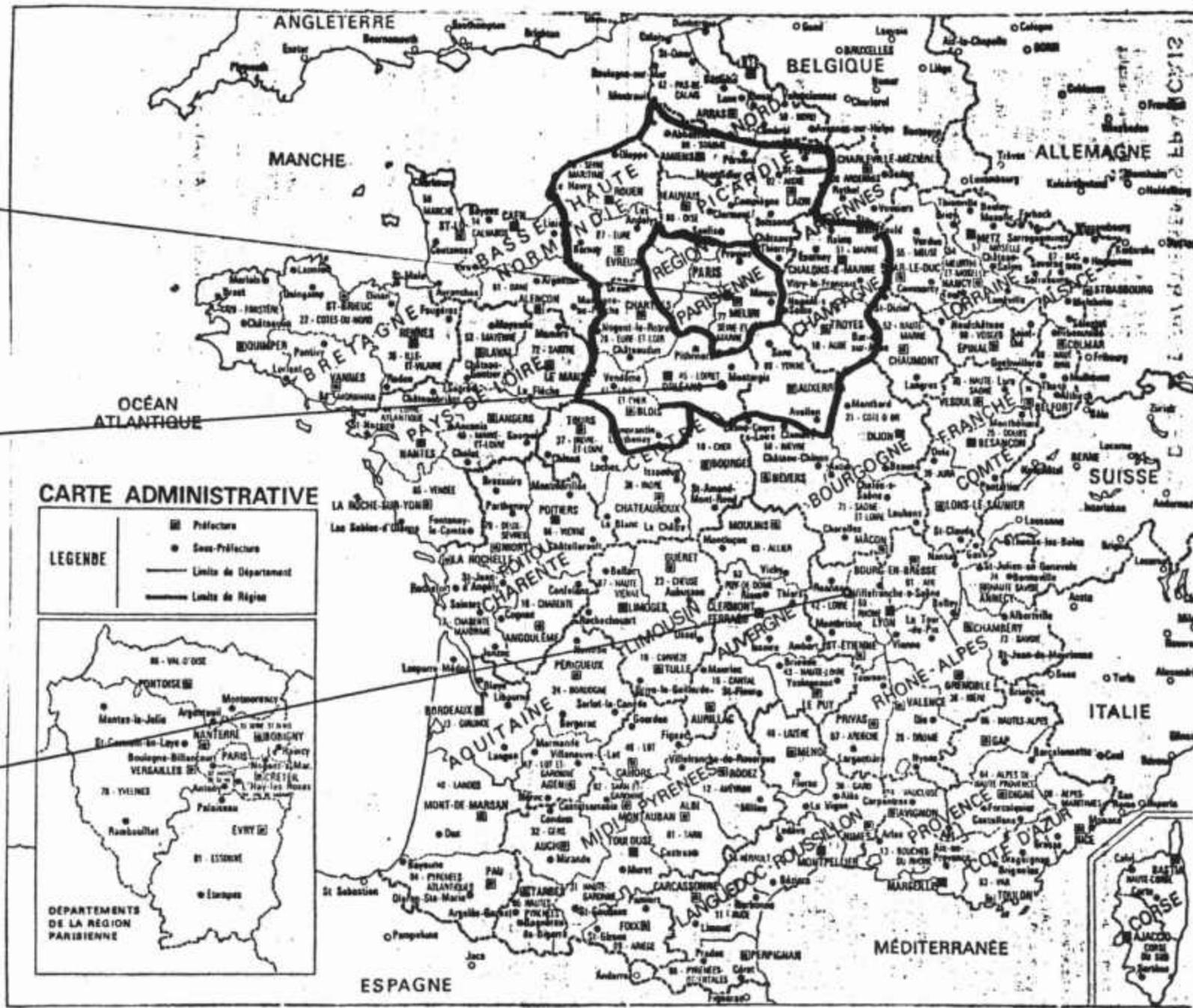
Le temps de travail des médecins généralistes, hors protocole et temps de présence aux deux séminaires obligatoires, a été reconstitué à l'aide d'un questionnaire ad hoc envoyé aux participants à l'essai à l'occasion du présent rapport. Puis, l'heure de travail du praticien généraliste a été estimée à 200 Frs pour tenir compte de la recette horaire moyenne qu'il est obligé de retirer de son activité professionnelle s'il doit équilibrer ses frais, charges fixes du cabinet et revenus professionnels. Nous retenons le fait que les honoraires dus pour les réunions de travail prises en compte, correspondent à des activités qui se sont déroulées aux heures d'activité professionnelle maximale des praticiens, pendant lesquelles les frais du cabinet médical continuent à courir sans recette correspondante. On notera aussi que le laboratoire pharmaceutique comptabilise l'heure de ses cadres supérieurs à 125 Frs TTC. Ce chiffre ne comporte aucune part correspondant aux investissements et autres frais logistiques nécessaires au travail de ces salariés, lequel concourt normalement au processus de production du laboratoire. Tel n'est pas le cas de l'activité de recherche des généralistes libéraux. Cette activité de recherche est d'une nature différente de leur activité de soins à laquelle elle vient se substituer partiellement. Pourtant, le cabinet médical fournit la matière première indispensable à la recherche et son coût doit faire partie des coûts à rémunérer, dès lors qu'il reste improductif d'autres recettes pendant l'activité consacrée à la recherche. Dans ces conditions, la somme de 200 Frs proposée est tout à fait cohérente et correspond à la réalité économique.

On arrive ainsi aux résultats suivants :

réunion des animateurs	60 heures à 200 Frs =	12.000 Frs
réunion des pré-rédacteurs	105 " à 200 Frs =	21.000 Frs
rapports.....	160 " à 200 Frs =	32.000 Frs

Frais de mission : les frais d'hôtellerie pour les chercheurs de province assistant aux séminaires de travail, ont été assumés et communiqués par les services comptables du laboratoire pharmaceutique. Ils se montent à : 22.062 Frs

.../...



Groupe A

Groupe B

Groupe C

Pour ce qui est des frais de déplacement proprement dit, la méthode de calcul a été la suivante : à partir de la liste des 85 participants ayant achevé l'essai clinique, trois zones d'origine géographique ont été déterminées, qui donnent lieu à trois groupes de médecins :

Groupe A, région parisienne, 35 médecins. Ces séminaires ayant eu lieu à Paris, on ne prend en compte ni temps, ni frais de déplacement :

Groupe B, région parisienne élargie, 8 médecins. Ces participants viennent en véhicule personnel. Leurs frais automobiles non remboursés ont été crédités de 1 F. le kilomètre, soit au total : 5.822 Frs

Groupe C, le reste de la France, 42 médecins. Leurs frais ont été assumés et communiqués par les services comptables du laboratoire pharmaceutique, soit : 42.603 Frs

Reste le problème très important des temps perdus en déplacements. Dans le cas de personnels salariés, ils sont pris sur leur activité salariale normale, éventuellement corrigée d'une compensation adéquate. Dans le cas de médecins libéraux, les temps de déplacement correspondent à un manque à gagner d'autant plus sévère que leurs frais professionnels continuent à courir. Les praticiens généralistes sont donc obligés d'être très attentifs à cet aspect de leur activité de chercheurs.

On trouve un reflet de cette préoccupation dans la fréquence des réponses à notre questionnaire sur leurs frais et temps engagés pour se rendre à nos séminaires : ce taux de réponse augmente en fonction de la distance parcourue.

pour le groupe A, il y eu 37 % de réponses

pour le groupe B, " " 50 % " "

pour le groupe C, " " 61 % " "

L'estimation du budget temps de déplacement non payé a été faite de la façon suivante :

groupe A, région parisienne : 0

groupe B, région parisienne élargie : le temps de déplacement a été reconstitué à partir du kilométrage parcouru,

groupe C, le reste de la France : on a utilisé les horaires S.N.C.F. pour les durées inférieures à 4 heures, et les horaires Air Inter pour les distances supérieures.

Le temps total de déplacement ainsi reconstitué est de 678 heures. On a retenu la valeur de 3 consultations de généraliste à 38 Frs par heure, soit 114 Frs.

Total des temps de déplacement non payés : .../... 77.298 Frs.

I.2.3.3. Premières réflexions sur le coût.

Globalement, le coût est important : 896.000 Frs. Sur ce budget, les frais de personnel ne représentent que 237.000 Frs, soit 26,5 % dont un tiers (77.000 Frs) a été "donné" par les généralistes qui n'ont pas touché cette part due pour leur travail.

Les frais de mission représentent 146.000 Frs, soit 16,3 % du budget dont plus de la moitié (83.000 Frs) a été donné par les généralistes qui n'ont pas touché cette part due au temps passé en déplacements lointains. Les frais de logistique représentent 405.000 Frs, soit 45,2 % du budget.

Le coût élevé en logistique et frais de mission se comprend si on se souvient qu'il s'agissait d'un essai clinique multicentrique dans 85 cabinets médicaux répartis sur toute la France. A noter aussi que cet essai a ouvert l'ensemble du secteur généraliste à l'emploi d'une classe thérapeutique nouvelle de haute valeur vis à vis de laquelle existait jusque là une crainte injustifiée en médecine générale.

Nous notons également que la somme non perçue par les généralistes pour un travail effectué par eux s'élevait à 160.000 Frs, soit 18 % du budget et que, par contre, ce même budget comporte une somme de 102.000 Frs (11,4 % du budget) qui a été versée aux Sociétés Savantes au profit de leurs activités scientifiques. Ce transfert d'un manque à gagner important sur un poste aussi marqué symboliquement nous paraît un symptôme à souligner.

Enfin, ce ne sera pas être partial que de garder en mémoire le fait que la recherche sur l'Acébutolol n'a pu être menée à son terme qu'en recréant les conditions matérielles traditionnellement garantes de la faisabilité des recherches en général. La question qui se pose alors est de savoir si ces conditions matérielles n'ont pas rempli aussi une fonction d'ordre symbolique.

I.2.4. Les Résultats.

Quant aux résultats scientifiques, ils peuvent s'inscrire dans le cadre d'une recherche classique. En effet, ont été réalisées :

une recherche évaluative sur les effets pharmacologiques positifs et négatifs d'un médicament nouveau dans une population définie de médecins et de malades,

.../...

une recherche créative développant des idées nouvelles sur l'adhésion au traitement de l'HTA en médecine de ville et corrélativement sur l'utilisation possible d'un nouvel indicateur d'efficacité des médicaments qui tienne compte des facteurs d'adhésion et d'abandon du traitement,

une recherche formative sur les modalités de développement de compétences scientifiques chez des médecins généralistes, et qui a pragmatiquement dégagé un système où cette compétence peut s'acquérir et peut produire.

I.2.5. La durée comme symptôme.

Le temps écoulé entre la mise en place de l'essai et le dépôt du rapport est de deux ans et demi qui se décomposent comme suit :

six mois pour la mise en route dont trois mois perdus pour des raisons administratives concernant le laboratoire,

quatorze mois pour le recueil des données,

dix mois pour l'extraction des données et la production du rapport de synthèse, l'exploitation informatique à proprement parler ayant pris à elle seule trois mois.

Si on se rappelle qu'il s'agissait pour chaque expérimentateur de produire six observations d'un malade traité sur six mois (en fait, la moyenne des observations achevées a été de quatre protocoles par expérimentateur), on se rend compte qu'il doit exister d'autres problèmes que ceux de la simple prescription du médicament, du recueil des données et de leur traitement informatique, pour expliquer la durée de l'essai.

I.3. Deuxième niveau de description. Les traits caractéristiques de l'essai.

I.3.1. Les contraintes de la relation médecin - malade.

L'insistance sur une forme de recherche pouvant être insérée dans la pratique quotidienne, sans dommage pour le type de relation thérapeutique que le généraliste considère comme propre à sa pratique, apparaît dès la phase d'élaboration des protocoles.

Les généralistes ne veulent prescrire à leurs malades que des produits "ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché". C'est en ces termes que le contrat stipule que les généralistes n'auront à prescrire qu'un médicament déjà re-

.../...

connu actif et opérationnel par l'expertise hospitalière classique préalable. Il s'agit d'un produit ayant déjà acquis son statut de médicament légitime. "Les protocoles et feuilles d'observation sont conçus en fonction des pratiques courantes de la médecine générale dans le diagnostic et la surveillance d'une HTA". Ainsi s'exprime le Dr J. de COULIBOEUF, l'un des rédacteurs du protocole d'expérimentation, dans un rapport sur la chronologie de l'essai. Les protocoles demandent en effet :

un examen clinique rassemblant les données en une rapide synthèse d'orientation, telle qu'elle se pratique dans les faits, en clientèle de ville, et qui vise à regrouper les examens complémentaires non pas selon un large screening systématique mais selon les indications de l'examen qui vient d'être effectué, deux groupes distincts d'examens complémentaires, dans le but d'éviter un nombre inhabituel d'examens. Le premier groupe comprend obligatoirement un bilan biologique succinct traditionnel, visant au dépistage de troubles infra-cliniques et à visée préventive. Le deuxième groupe comprend éventuellement des examens biologiques et techniques qui ne sont mis en oeuvre en médecine générale que sur des incitations émanant de l'examen clinique et de l'ensemble des informations dont le praticien dispose sur son malade.

Ainsi, le souci plus général d'éviter tout ce qui pourrait constituer un obstacle à l'action thérapeutique prend tournure et se précise : l'essai est circonscrit à un aspect particulier de la thérapie. Ce rétrécissement à son tour permet de dégager certains caractères de la relation médecin-malade en médecine générale. Cette relation s'établit à l'occasion de rencontres ponctuelles, déterminées à chaque instant du traitement par le malade lui-même, dont la liberté d'adhérer ou non aux diverses propositions du médecin reste grande. Pour le patient qui s'adresse au généraliste, plusieurs comportements sont possibles. Le patient peut refuser de faire les examens complémentaires prescrits, il peut retourner consulter son médecin ou aller en voir un autre. En milieu rural, il s'y ajoute le problème de la distance et des déplacements, souvent importants, que les examens complémentaires impliquent. Au contraire, dans une consultation de médecine spécialisée, une partie des examens complémentaires est obligatoirement effectuée par le spécialiste. La consultation d'un cardiologue, par exemple, comprend en principe un fond de l'oeil, un électrocardiogramme et un examen radiologique du coeur. Quant à la situation du malade admis dans un service hospitalier, elle représente carrément, du point de vue de sa liberté d'adhésion aux examens et aux traitements, l'inverse de celle d'une consultation en médecine générale. Ici, la capacité de réactions conscientes et inconscientes du patient constitue un élément de poids au

.../...

moins égal à l'autorité dont jouit le médecin. Le fait principal, sans doute, est que le patient demeure libre de s'administrer ou non le médicament et qu'il garde sa part de maîtrise dans l'essai.

La relation médecin-malade diffère dans l'activité du spécialiste tant il est vrai que celui-ci ne peut éviter un "large screening systématique". Recevant mission de faire le tour complet des éléments supposés pouvoir jouer un rôle dans la pathologie donnée, le médecin spécialiste doit tenir compte du fait qu'il est "supposé savoir" "tout" ce qui est scientifiquement acquis dans le domaine qui est le sien. Il doit satisfaire à ce présupposé en allant jusqu'au bout d'un grand nombre d'exams qu'on attend de lui. Cela lui confère une autorité scientifique accrue, tout d'abord parce que la nature de l'examen renvoie à une idéologie respectueuse du technique et du mesurable, ensuite parce que le traitement devient la synthèse des différentes données quantifiées. Enfin, le traitement devenant par là "scientifique", le spécialiste n'a plus à se poser la question de l'adhésion au traitement.

Lorsque toutefois ce problème apparaît, le spécialiste tend à en tourner la difficulté par un mode d'action particulier (geste technique, administration par voie injectable, hospitalisation). De fait, c'est au retour chez le généraliste, avec l'ordonnance émise par le spécialiste consultant, que ce problème de l'adhésion au traitement prescrit et de l'autonomie du malade va habituellement se reposer. C'est ici que la relation médecin-malade joue un rôle de premier ordre. Il faut préciser en effet que la fluidité caractérisant le rapport du patient au généraliste est aussi la condition d'une autre forme de relation qui peut devenir, en soi, thérapeutique. Ainsi, lorsque l'accès direct au spécialiste existe, comme c'est le cas en France, et que des soins réguliers et continus sont nécessaires, la consultation du spécialiste présente à son tour les caractères propres au mode de fonctionnement du généraliste ; on voit alors ressurgir le problème de l'adhésion au traitement.

Dans le protocole de l'essai, le souci d'adhésion du malade apparaît lors des questions relatives aux 2^e, 3^e et 4^e consultations de contrôle, par la rubrique suivante :

traitement effectivement suivi depuis un mois :

oui

non

si modification, préciser pourquoi.

.../...

Au cours même de l'essai, la question de la bonne insertion dans la pratique normale réapparaît parmi les difficultés évoquées lors du séminaire de travail commun, "la position d'expérimentateur est incommode parce qu'elle interfère avec la fonction thérapeutique primordiale en médecine générale et entame la relation de confiance habituelle" (1). Cette adaptation du praticien à ce que son malade est prêt à accepter se traduit dans les taux de sans réponse de quelques examens complémentaires courants :

sur 506 malades à la première consultation, nous avons :

cholestérolémie	2,7 % de S R
glycémie	2,9 % de S R
uricémie	2,7 % de S R
atteinte rénale	3,5 % de S R
E.C.G.	16,7 % de S R
radio thorax	31 % de S R
fonds d'oeil	92 % de S R

Dans la phase de dépouillement, enfin, c'est au niveau même des axes de recherche que la question va se manifester, et une partie notable des résultats de recherche est inscrite dans l'analyse des problèmes complexes de l'adhésion des malades au traitement. Ainsi, 14 pages du rapport de synthèse sont consacrées à la pharmacologie classique du produit (effets positifs et secondaires), 29 portent sur l'adhésion au traitement, 40 sur l'organisation même d'un tel essai en médecine générale.

I.3.2. La "vérité" de l'essai et le groupe de chercheurs en tant que collectivité clairement circonscrite.

Le récit chronologique de l'essai met en évidence l'expression de préoccupations quant à la qualité scientifique et à l'indépendance du chercheur, cette dernière appréhension étant le corollaire de la première.

Le fait de mettre en avant ce type d'inquiétudes peut s'intégrer dans une conception générale suivant laquelle les essais cliniques des médicaments sont sujets à caution. Il faudrait alors savoir si cette conception est largement partagée avant même le début de l'essai ou si, au contraire, elle n'est qu'un

.../...

(1) Cf récit chronologique page 11

argument qui servirait de cache-objet. Partant de la constatation que les généralistes ont entrepris leur expérimentation, c'est cette seconde interprétation qui nous paraît correcte. Aussi, sommes-nous amenés à relier cette inquiétude à la position de ceux qui pratiquent les essais et à l'image qu'ils reçoivent d'eux-mêmes, et qui sous-entend que le doute est inévitable lorsque ce sont des généralistes qui pratiquent des essais. L'insécurité des généralistes quant à leur propre compétence se traduit par moment en jugement moral. Tout se passe comme si l'activité du généraliste n'était pas perçue comme scientifiquement fondée, pouvant donc encourir le risque de ne pas se dérouler dans les conditions d'indépendance intellectuelle et matérielle dont on crédite par ailleurs la recherche dans les autres disciplines médicales. Autrement dit, l'intériorisation d'un "discours hospitalier" non seulement engendre une hésitation intellectuelle, mais encore transforme celle-ci en une appréciation morale négative.

Dans cette optique, les structures mises en place et leur fonctionnement dans la recherche sur l'Acébutolol sont à lire comme l'expression d'une stratégie à l'oeuvre pendant toute la durée de l'essai ; stratégie implicite qui n'émane pas d'une claire vision des choses mais qui, partant de quelques points précis et explicités, s'ajuste au fur et à mesure et trouve des réponses coup sur coup.

Deux sont les axes de référence énoncés dès le début du travail et par rapport auxquels toute l'expérimentation est codifiée. Tout d'abord celui de la "vérité de l'essai". La formule est intéressante et significative car elle joue sur deux tableaux à la fois. D'une part, la vérité de l'essai s'oppose bel et bien à la fausseté. Ainsi, lorsqu'un laboratoire prend un médicament qui est déjà sur le marché et sous prétexte de demander l'opinion des praticiens, il induit des prescriptions et l'habitude à prescrire tel médicament. C'est ce qu'on appelle la promotion déguisée dont le généraliste est l'instrument. D'autre part, la vérité de l'essai s'oppose à des recherches sur les médicaments qui ne cadrent pas avec les procédures habituelles dans les cabinets de médecine générale. En fait, c'est moins la fausseté de la recherche qui est en cause ici que la différence entre deux situations thérapeutiques où les médicaments sont à l'essai. Or, l'objet de la recherche "efficacité et effets secondaires d'un nouveau traitement de la maladie hypertensive en médecine générale" est le lieu de rencontre d'objectifs différents. Ce traitement n'est nouveau qu'en médecine générale ; il est déjà largement utilisé en médecine spécialisée. Aussi l'intérêt de l'industrie pharmaceutique pour cette recherche n'est-il pas innocent. La question de l'aspect publicitaire de l'entreprise est d'ailleurs posée par certains expérimentateurs au cours du premier séminaire de travail commun. Disons seulement, en passant, que le coût de l'expérimentation s'est

.../...

avéré très important et bien supérieur à celui d'une campagne publicitaire traditionnelle. Pour les généralistes promoteurs de la recherche, l'objectif à atteindre est double : euristique d'abord, puisqu'il s'agit de dégager des informations sur les particularités de la maladie hypertensive en médecine générale et d'élargir la connaissance à ce sujet ; pratique ensuite dans la mesure où il s'agit d'esquisser un prototype de recherche menée par des généralistes.

Le deuxième axe est celui de l'indépendance. Dès le contrat, des éléments juridiques et matériels instaurent les Sociétés Savantes comme médiateurs entre les expérimentateurs généralistes et le laboratoire commanditaire, tant au niveau de la gestion du processus de l'essai - du protocole au rapport - qu'au niveau de la rémunération des chercheurs. Ecran d'abord, les Sociétés Savantes développent aussi une action défensive par la fonction de miroir réflecteur qu'elles remplissent. Institutions officielles, elles constituent un système de référence qui délimite un champ autonome de réflexion. Inversement, elles renvoient aux généralistes une image cohérente d'eux-mêmes, et par là elles recréent constamment la spécificité de la médecine générale en même temps qu'elles la légitiment. Davantage, promouvoir la recherche est inscrit dans le programme de la S.F.M.G. Dans l'expérimentation sur l'Acébutolol, la formation des généralistes se fait "sur le tas" si l'on peut dire. Appel est fait aux personnes extérieures compétentes (les pharmaciens par exemple), des séminaires sont organisés dans les Sociétés Savantes ; bref, le rapport constant avec la pratique, les relations avec le laboratoire, la fréquentation des séminaires, la libre circulation des praticiens au sein de leurs Sociétés Savantes, tout cela concourt à dessiner un modèle de formation des chercheurs pouvant être repris, corrigé, mis en place. Corrélativement, les participants sont confirmés dans leur qualité de médecins généralistes et de chercheurs. En rémunérant chaque expérimentateur sur la base des tarifs en vigueur dans les recherches de même type poursuivies à l'hôpital, le commanditaire joue un rôle dans la reconnaissance du statut de chercheur. Tous les participants se trouvent "normalement rémunérés" dès lors qu'ils produisent dans leur champ professionnel propre ; celui-ci est de fait reconnu mais non encore légitimé.

L'image que les généralistes reçoivent du monde médical, au delà de l'écran protecteur des Sociétés Savantes, alimente sans cesse les craintes et l'appréhension des expérimentateurs avec le risque toujours renaissant de provoquer des carences réelles, et notamment l'arrêt du travail. Ainsi, le mode de fonctionnement des chercheurs s'inspire de la technique des petits groupes qui alternent avec des mises en commun. Il faut voir là moins une concession à la mode qu'une exigence, voire une nécessité inscrite dans la position des généralistes

.../...

chercheurs. D'une part, les généralistes sont prédisposés, par leur pratique professionnelle, aux échanges discursifs bien plus qu'à la publication d'un rapport préparé dans la solitude ; d'autre part, et surtout, le mode d'expression qui caractérise la technique des petits groupes permet de consolider l'esprit d'équipe et, au delà, l'esprit "communautaire". Ainsi se produit une homogénéisation du discours qui représente un des outils de soutien de l'activité de recherche.

Un deuxième outil est donné par le contrat entre le laboratoire et l'institution représentant les médecins généralistes, qui établit l'égalité des parties composant le groupe, en excluant toute subordination hiérarchique de quelque ordre que ce soit. Les pouvoirs sont soigneusement pondérés égalitairement entre les parties prenantes : le laboratoire dispose du médicament, de techniques non médicales et des moyens financiers ; les praticiens disposent de la liberté d'organisation et d'application de l'essai et sont les seuls responsables du rapport final.

La définition préalable des attributs oriente le fonctionnement du groupe. Il est pluridisciplinaire : y participent des médecins généralistes, des pharmaciens non médecins, des informaticiens, des spécialistes des relations publiques et des médecins appartenant au cadre du commanditaire. Mais l'éventuelle appartenance -présente ou passée- de ceux-ci au système hospitalo-universitaire n'est jamais évoquée. Ainsi est délibérément évitée la réapparition des positions hiérarchiques régnant habituellement dans le monde médical à l'égard de la médecine générale et les conséquences qui s'ensuivent. C'est toujours la même stratégie qui est à l'oeuvre : égaliser la position des émetteurs par un discours qui écarte toutes les références externes, qui tend à uniformiser le code. Les différents actes de parole constituent une manifestation concrète de l'égalité des positions et remplissent une fonction de redondance, de redoublement expressif de cette situation. Lorsqu'un médecin du cadre hospitalo-universitaire est introduit à qualité pendant la phase de l'élaboration finale, un conflit éclate au point d'immobiliser les généralistes et de les faire renoncer à l'élaboration des travaux. Le blocage est levé par l'explicitation du conflit, mais il est à remarquer que l'explication ouverte se fait grâce à l'intervention de généralistes organisés en S.F.M.G., relevant d'une autorité et d'une instance légitimante qui rend possible le redressement de la situation et la rédaction par les généralistes d'un rapport de synthèse où la part de la pensée hospitalo-universitaire est bien limitée et subordonnée au point de vue qui avait été initialement choisi et qui avait orienté l'essai.

.../...

I.3.3. L'intervention d'un médecin hospitalo-universitaire à qualité. Ses répercussions dans le groupe.

En matière de recherche, la polydisciplinarité est actuellement vivement préconisée pour réduire les effets de la spécialisation croissante des chercheurs. Des problèmes hiérarchiques sont toujours présents entre chercheurs. Dans une équipe polydisciplinaire, ces problèmes concernent aussi la position des différentes disciplines entre elles. En effet, les représentants de ces disciplines, par leur présence matérielle, réactivent l'image socialement réglée qui est rattachée à leurs disciplines. Aussi, la situation de communication se trouve-t-elle modifiée puisque les interlocuteurs qui interviennent dans la discussion ne peuvent faire abstraction ni de leur expérience passée quant à l'objet d'étude, ni de la manière dont ils ont l'habitude d'exprimer cette expérience, ni enfin de leur position par rapport à d'autres personnes qui n'ont pas la même compétence ni la même qualification.

La communication suppose toujours la présence de six pôles : l'émetteur, le récepteur, l'objet dont on parle, le code dans lequel le message est formulé, le canal par lequel le message est transmis, et le message lui-même. Chacun de ces pôles connaît des variations lorsqu'on passe du schéma théorique à une situation particulière et concrète de communication. Ces variations concernent :

- la relation entre émetteur et récepteur qui peut être d'égalité, d'infériorité ou de supériorité,
- les positions respectives de l'émetteur, et du récepteur par rapport à l'objet.

C'est essentiellement la question du savoir de l'émetteur et du récepteur qui est posée,

- l'utilisation du code et le choix du code dans la mise en forme du message.

Dans le cadre de la communication, quelles sont les variations qui caractérisent les trois temps de la recherche sur l'Acébutolol en médecine générale ?

I.3.3.1. Les phases d'élaboration et d'expérimentation de l'essai.

Nous nous rappelons que les deux Sociétés Savantes ont explicitement écarté la participation d'un médecin hospitalo-universitaire dans le groupe de recherche impliquant des médecins généralistes au cours de l'élaboration et de l'expérimentation de l'essai, qui durent 18 mois environ. Ne font partie du groupe que les généralistes et des cadres du laboratoire pharmaceutique en la personne d'un pharmacologue, de deux informaticiens et de deux techniciens du marketing.

.../...

La composition du groupe correspond à l'intention d'effacer les inégalités de position -non les différences- entre les participants, car il s'agit de créer les conditions les plus favorables à la formulation et à la compréhension des interventions (= des messages). Comme les interlocuteurs ont un lexique, une manière d'organiser les mots et d'aborder les problèmes qui relèvent de leur formation et de leurs disciplines particulières, on cherche à éliminer les facteurs de brouillage pour laisser à chacun la plus grande disponibilité d'écoute et de réception. On sait en effet que sur le plan linguistique, lorsque des difficultés d'interprétation surgissent, les interlocuteurs tendent à saturer les manques en projetant sur le message les oppositions et les contrastes dont ils ont l'habitude et qui caractérisent leur propre code. Ils finissent ainsi par ne pas pouvoir repérer, ou par rejeter comme inutiles, les variations de sens que présente le message (1). Quant aux différences qui existent entre les membres du groupe, nous pouvons noter qu'elles ne comportent pas de dissymétrie de position. Les interlocuteurs appartiennent à des disciplines qui n'ont rien de commun. Aussi la reconnaissance réciproque de leurs savoirs respectifs peut-elle s'instaurer. Mais le fait que les cadres du laboratoire représentent le commanditaire du travail, c'est à dire celui qui rémunère la recherche, introduit un facteur de déséquilibre qui va peser lorsqu'un flottement ou une hésitation se feront jour.

I.3.3.2. Les phases de dépouillement et d'exploitation des résultats

Elles durent 11 mois. Au cours des six premiers mois, quatre réunions nous semblent marquer les étapes d'une évolution.

5 novembre 1976 : on fixe les objectifs du rapport de synthèse qui sont : appréciation du produit, épidémiologie de l'HTA essentielle en médecine générale, sociologie du traitement de cette HTA, sociologie de l'expérimentation en médecine générale.

21 novembre 1976 : vingt et un expérimentateurs volontaires, issus du 3^e séminaire, consacrent une journée de travail à acquérir les rudiments nécessaires à formuler les questions de manière adéquate à leur informatisation. Puis ils décident de se répartir en sous-groupes chargés d'élaborer les questions relatives à un problème particulier. Les réponses attendues constitueront la matière des premiers rapports qu'ils devront rédiger.

.../...

(1) cf R. Jakobson

18 février 1977 : les informaticiens distribuent aux vingt et un expérimentateurs une liasse de 93 ventilations correspondant aux questions que ces derniers ont posées à l'ordinateur ; cette liasse est accompagnée de sept pages de mode d'emploi. Un coordinateur SFMG se propose pour centraliser les textes et animer le travail.

29 Avril 1977 : on est à 18 mois du lancement de l'essai. L'angoisse devant la lenteur dont procède le travail est présente chez tout le monde, mais elle est sans doute plus profonde ou plus stimulante chez les généralistes promoteurs de l'essai et chez les représentants du laboratoire, puisque ce sont eux qui constatent un flottement et l'expriment. C'est alors que les représentants du laboratoire commanditaire proposent d'introduire dans le groupe de travail un médecin cardiologue hospitalier rompu aux méthodes^{des}/statistiques, qui serait chargé de sortir, dans un bref délai, un travail de synthèse concernant l'activité et la tolérance du produit.

Plusieurs remarques s'imposent : tout d'abord, nous constatons une modification du groupe de recherche, c'est à dire du canal par lequel se transmet l'information.

En second lieu, le moment où intervient la modification est celui où les médecins généralistes du groupe doivent quitter une activité qu'on pourrait caractériser de pragmatique et exécutive, pour aborder le travail de synthèse. Ces médecins sont donc confrontés à une démarche qui leur semble plus abstraite et qui est celle de l'élaboration finale et de la rédaction. Certes, même au cours de la phase d'idéation du projet et de recueil des données, les aspects théoriques et abstraits ne manquent pas, mais la réflexion présente deux points d'ancrage dans l'activité pratique des médecins.

Le premier est donné par la connaissance des problèmes concrets de traitement en ville qu'ont les praticiens (rappelons pour mémoire et à titre d'exemple, la liberté du patient de ne pas suivre un traitement ou de faire appel à un autre médecin, etc...). Cette connaissance représente un savoir qui n'est pas pris en compte par le savoir hospitalo-universitaire. Dans l'élaboration de leur projet de recherche, les généralistes peuvent s'appuyer sur la conscience de posséder un ensemble d'informations qui leur est propre et qui justifie leur démarche. Ils occupent de ce fait une position qui n'est pas inférieure à celle d'un médecin hospitalo-universitaire.

Le deuxième point d'ancrage est représenté par la collecte des données qui, en quelque sorte, est un travail d'exécution. Dans les deux cas, quelque chose fonctionne comme élément auquel on peut s'accrocher. Cet ancrage

.../...

disparaît face à la quantité considérable d'informations qu'il faut organiser et systématiser d'abord, exposer par écrit ensuite. A ce moment se dessine en filigrane la faiblesse que les généralistes éprouvent par rapport à qui est supposé savoir faire ce travail parce qu'il a été formé à cela. Autrement dit, les généralistes sont dans l'obligation de formuler un message et de le formuler par écrit, ce qui implique la nécessité de se conformer aux conventions qui régissent la présentation de tout rapport de synthèse. Dans le nouvel acte de communication écrite que les généralistes doivent produire, il y a un changement d'objet par rapport auquel les généralistes perçoivent leur manque d'expérience dans le maniement du code. De là provient le doute quant au degré de compétence qu'ils ont acquis pour mener à bonne fin la phase finale de l'essai, et l'accord d'intégrer dans le groupe un chercheur appartenant à la filière hospitalo-universitaire à qualité. Mais en quoi consiste la phase finale de l'essai ? Il ne nous semble pas sans intérêt de le rappeler et de le souligner. Elle consiste, pour chacun des quatre groupes qui se sont constitués le 21 novembre 1976 autour d'un thème particulier, à classer et à organiser les données contenues dans les réponses que l'ordinateur a fournies aux questions posées par les groupes eux-mêmes, puis à présenter ces résultats par écrit dans un rapport de synthèse. C'est dire que cette phase ne comporte pas d'obstacles majeurs ou de nature différente de ceux des phases précédentes, sauf en ce qui concerne la rédaction.

La dernière remarque concerne le changement de position des interlocuteurs quant à la relation entre l'émetteur et le récepteur du message. Les représentants du laboratoire, jouant à l'autorité que leur confère le laboratoire en tant que commanditaire, font basculer le rapport avec les généralistes en faveur du laboratoire qui, pressé d'avoir les résultats de la recherche, fait appel à un médecin hospitalier. Aussitôt, du groupe des généralistes se détache le groupe des promoteurs généralistes qui, étant à l'origine du projet et forts de leur appartenance aux instances directives des deux Sociétés Savantes, interviennent pour rétablir l'équilibre. Ils ont recours au code scientifique et font valoir la nécessité d'accepter l'hypothèse du doute quant à la compétence des généralistes et l'intérêt de mener la recherche à sa fin. Ainsi, l'introduction d'un hospitalier est considérée comme une voie de repli possible, une sécurité en cas d'échec des rédacteurs généralistes. La discussion est par là-même déplacée et s'engage entre les généralistes uniquement.

.../...

I.3.3.3. La phase de la rédaction du rapport.

Elle couvre cinq mois (mai-septembre 1977). Une bibliographie concernant les travaux analogues faits à l'étranger est distribuée. Dès le début de la recherche, les membres du groupe avaient reçu du pharmacologue une bibliographie qui était très limitée et ils n'avaient pas pensé de voir s'ils pouvaient la compléter. Ont-ils pensé que, venant du laboratoire, la bibliographie devait être, sinon exhaustive du moins essentielle ? le fait est, c'est le médecin hospitalo-universitaire qui fournit une bibliographie plus riche. Plusieurs séances de travail ont lieu pour discuter avec l'informaticien de certains passages déjà rédigés et connaître ses critiques. Deux séances réunissent l'ensemble des rédacteurs, expert hospitalo-universitaire compris. En septembre, le groupe se trouve en présence de trois rapports distincts :

un travail de l'expert cardiologue sur l'action pharmacologique du médicament en cours d'essai,

un travail d'un généraliste sur le même sujet,

un travail d'un tout autre ordre effectué par l'équipe généraliste et correspondant aux objectifs qui avaient été définis par les généralistes au début de la phase d'exploitation des données ; il concerne la socio-psychologie du traitement de l'HTA en ville et la méthodologie de l'essai clinique en médecine générale.

La présence de deux communications sur l'effet pharmacologique de l'Acébutolol provoque une situation conflictuelle. Après une discussion à laquelle participe l'ensemble des promoteurs et des rédacteurs, et qui prend l'allure d'une négociation, les deux communications sont confiées à l'un des promoteurs généralistes, étranger à la rédaction des deux textes, et qui est chargé de proposer une synthèse. Celle-ci est rediscutée par tous les membres du groupe et définitivement adoptée. La synthèse conserve 109 lignes du texte de l'expert hospitalo-universitaire (texte A) et en supprime 45. Elle reprend la totalité des tableaux de A, c'est à dire 5 tableaux. Quant au texte du généraliste (texte B), 36 lignes sont supprimées, les 69 lignes restantes sont condensées en 41 lignes dans le rapport commun et 4 tableaux sont repris. Signalons que 3 des 5 tableaux du texte A étaient présents dans B, sous une forme moins complète.

Les suppressions effectuées dans le texte A concernent 13 lignes de chapeau introductif et 32 lignes portant sur les méthodes et le matériel de l'essai.

.../...

Les 13 lignes de l'introduction sont :

"Les betabloquants sont maintenant de plus en plus utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle. En effet, proposés dans cette indication depuis maintenant 10 ans, ils semblent compter parmi les traitements anti-hypertenseurs les mieux tolérés et les plus efficaces. Bloquant spécifiquement les récepteurs beta, l'Acébutolol a un intérêt particulier par son absence pratique d'action sur l'arbre bronchique et par sa faible action inotrope négative. Son efficacité dans le traitement de l'hypertension artérielle a été démontrée dans le cadre d'une étude en double aveugle contre placebo faite en milieu hospitalier. Cependant, il a paru intéressant d'apprécier son efficacité et sa tolérance dans le cadre de la médecine praticienne. Nous rapportons donc ici une étude non contrôlée en pratique médicale courante. Cette étude multicentrique ouverte a été organisée par la Société Française de Médecine Générale (S.F.M.G.) avec la participation de 85 médecins généralistes".

La suppression de ce passage a été motivée comme suit :

l'introduction donnait d'entrée de jeu un jugement très favorable à la famille médicamenteuse dont fait partie le produit expérimenté, elle donnait comme acquise l'absence de certains effets secondaires qu'il s'agissait au contraire de vérifier, elle semblait poser non seulement comme nécessaire mais aussi comme suffisante, l'expertise faite dans le cadre hospitalier, ajoutant "cependant il a paru intéressant d'apprécier son efficacité et sa tolérance dans le cadre de la médecine praticienne"(1)

L'argumentation des généralistes a mis en évidence la différence d'appréciation de l'objet "expérimentation en médecine générale" entre l'émetteur du texte A et celui du texte B. L'utilité de l'expérimentation en médecine générale ne peut être ramenée à une simple curiosité, disent-ils, parce qu'elle fait intervenir la notion de pertinence. Peut-on en effet déduire le comportement d'une population de malades extra-hospitaliers à partir de celui de malades hospitalisés ? Dans quelle mesure l'expérimentation faite en milieu hospitalier serait-elle "nécessaire" et exhaustive ? En s'appuyant sur leur propre savoir, les généralistes en appellent au code scientifique dont l'observation est une des règles. Observation, c'est à dire constatation attentive des phénomènes tels qu'ils se produisent, sans volonté de les modifier. Or, pour certains groupes d'affections, les données

.../...

(1) Nous soulignons.

de durée d'observation et de grand nombre de cas se trouvent dans le seul champ généraliste. Les oublier revient à infirmer la valeur de l'observation.

Il en va de même pour les techniques de randomisation et de double aveugle pratiquées à l'hôpital. Du point de vue de la médecine générale, elles ne semblent contrôlées qu'au prix d'une standardisation de l'effet thérapeutique de la relation médecin-malade, elle-même standardisée. Ce standard vise à objectiver le malade, d'où une distorsion de la relation thérapeutique qui se transforme en rapport de soumission à l'autorité médicale. Cette situation comporte des effets négatifs qui échappent aux expérimentateurs hospitaliers, bien qu'ils aient été reconnus tout dernièrement, dans certaines situations extrêmes (1). Ici encore, l'expérimentation ne prend pas en compte un des paramètres. C'est la référence à la méthode scientifique qui permet aux généralistes de s'affirmer face à leur interlocuteur et de lui montrer que l'emploi d'un lexique technique ("étude non contrôlée" pour désigner une étude faite selon d'autres critères que ceux de la randomisation et du double aveugle contre placebo) peut empêcher le progrès dans une recherche et receler des jugements de valeur négatifs qui reproduisent des schèmes de pensée et des positions sociales établies. Sans doute le fait que le laboratoire ait eu recours à un expert hospitalo-universitaire a induit un raidissement de la position de ce dernier, comme s'il avait été appelé à exhiber ses habitudes et ses formes de pensée dans le texte qu'il devait produire. Autrement dit, l'introduction dans l'équipe de travail d'un élément qui lui est étranger, parce qu'il n'a pas été inséré dès le départ, se répercute sur la situation de communication, surdétermine les positions des interlocuteurs, amène ceux-ci à les expliciter, à les défendre, peut-être même à les exacerber.

La seconde suppression effectuée dans le texte A concerne 32 lignes qui présentent les méthodes et le matériel de l'essai. Ici, c'est moins le contenu qui est en cause que sa formulation. En effet, le passage du texte A tend à réduire, voire ignorer, l'ampleur du travail fait par chaque généraliste. À preuve, la manière dont sont décrits les examens des malades auxquels procédaient les généralistes à chacune des quatre consultations : "les patients ont été vus à l'entrée de l'étude, puis à un mois, trois mois et six mois du début de l'essai. À chacune de ces consultations, la pression artérielle et la fréquence cardiaque ont été notées". D'après ce passage, on a l'impression que les deux gestes de mesure de la tension et de comptage du pouls avaient représenté l'objet du travail de l'expérimentateur.

.../...

(1) Cf G. Maurez "La régression psychologique chez les malades traités en réanimation" in Nouvelle Presse Médicale n° 13, 1er avril 1978.

Le texte B donnait une image autrement sérieuse de l'activité des expérimentateurs : "Lorsque les patients ont été vus au moment de leur entrée dans l'étude, l'histoire de la maladie, l'ancienneté de l'hypertension, les pathologies associées, la symptomatologie ainsi que la pression artérielle et la fréquence cardiaque ont été notées sur une fiche d'observation. A chacune des consultations ultérieures, à un mois, à trois mois, et six mois après le début de l'essai, la pression artérielle et la fréquence cardiaque ont, de nouveau, été mesurées et consignées sur la fiche d'observation, ainsi que tous les autres résultats cliniques ou biologiques habituels en médecine générale dans la surveillance d'une hypertension dé ouverte ou passée à une nouvelle médication". Or, l'absence de précisions et de sérieux dans la collecte des données qui pêche par défaut, peut annuler la valeur de l'expérimentation. C'est dans ce sens que va la formulation du texte B.

Enfin, trois autres corrections ont été apportées aux parties du texte A qui ont été retenues. Les deux premières portent sur le procédé de "scotomosition" dont nous venons de parler : dans un cas il s'est agi de compléter l'ensemble des arguments cliniques et para-cliniques dont la réunion a permis de postuler l'identité de pathologie hypertensive dans la population des 127 malades ayant quitté l'essai, et des 369 qui, au contraire, l'ont suivi jusqu'à son terme ; dans l'autre, il a fallu rappeler, à propos d'une note concernant de meilleurs résultats chez les malades dont la pression diastolique était élevée au premier examen, tout le travail que les généralistes ont fait par ailleurs et qui suggère une meilleure adhésion au traitement, lorsqu'une baisse tensionnelle franche est rapidement perçue par le médecin et son malade. Quant à la troisième correction formulée à partir du texte B, elle porte sur les conclusions du texte A, en particulier sur l'optimisation des résultats : dans A, 60 % des malades sont déclarés avoir normalisé leur tension et avoir donc un résultat qualifié d'excellent ; B par contre donne des chiffres plus exacts, à savoir 49 % de chiffres normalisés (excellents) et 16 % de baisse de la PAM de 20 à 40 mm, résultat qualifié de bon seulement.

Si l'élimination de certains paragraphes du texte A montre surtout la volonté des généralistes de faire valoir leur problématique, les passages de A qui ont été retenus sont révélateurs d'un souci de conformer le mode d'exposition du rapport de synthèse au modèle dominant les écrits des travaux de recherche (17 lignes de l'exposé des méthodes et du matériel, 5 lignes de la conclusion). Mais, c'est surtout au niveau de la présentation des résultats et de leur discussion qu'a joué l'expérience de l'expert hospitalo-universitaire. Les 85 lignes de A consacrées à cette partie sont bien plus explicites que les 36 lignes du texte B qui se bornent à présenter les 8 graphiques. De même, les graphiques de A, qui repr^{és}entaient

.../...

comme ceux de B une méthodologie empruntée à des travaux antérieurs, étaient plus complets puisqu'ils indiquaient chaque fois le nombre des malades et les écarts types, éléments nécessaires à l'appréciation correcte de la valeur des résultats. Par contre, ont été conservés 4 tableaux de B, qui donnent une image plus fine de l'évolution des diverses tranches tensionnelles dans la population étudiée.

La comparaison des deux textes met en évidence le poids que le statut social de l'émetteur exerce, même dans un travail de recherche qui se veut scientifique et objectif. Le texte A en est un exemple. On a comme l'impression que le statut de l'émetteur est lié à la reproduction, non pas d'un code, mais d'un usage particulier et exclusif du code scientifique. Car ce n'est pas le code qui empêche de formuler et de communiquer de nouvelles hypothèses de recherche, c'est la répétition d'un discours reconnu et établi (c'est à dire une formulation particulière produite à partir du code) qui confère à son émetteur une position de force et qui l'amène à négliger tout ce qui n'est pas conforme à ce discours. C'est ainsi que l'émergence d'une problématique nouvelle peut être entravée, répétons-le, non pas à cause de telle ou telle personne, mais à cause du cadre institutionnel et du jeu des rôles qu'il détermine. N'oublions pas que l'expert hospitalo-universitaire a fait son rapport à partir des éléments informatisés établis à la suite d'une recherche conçue par une équipe de médecins généralistes et exécutée avec l'aide d'experts qui n'appartenaient pas au cadre hospitalo-universitaire. Ce rapport, il était prêt à le signer, ce qui signifie qu'il avait reconnu aux médecins généralistes et à l'équipe la capacité de réunir le matériel nécessaire à un essai pharmacologique classique et de savoir prendre en considération les éléments constitutifs d'un essai pharmacologique classique. Inversement, les médecins généralistes se sont trouvés dans une position d'infériorité qui a failli les bloquer au moment de se confronter à la pratique de la rédaction, c'est à dire de la communication avec les représentants institutionnels de la science. C'est l'explicitation du conflit avec l'expert hospitalo-universitaire qui a incité les généralistes à achever le travail qu'ils avaient entrepris.

Dans cette incitation, une part importante revient à l'équipe des chercheurs pharmaciens et informaticiens qui apportent leur appui matériel et symbolique. Au cours du travail, cette équipe avait eu des difficultés à comprendre l'intérêt des généralistes pour les malades "sortis de l'essai" ; seuls les malades présents en fin de course lui paraissaient intéressants. Cependant, les conventions de départ entre les Sociétés Savantes et le laboratoire (c'est à dire le facteur institutionnel), d'une part, la conscience des chercheurs pharmaciens et

.../...

informaticiens d'être étrangers au champ de la médecine générale (le facteur de la pluridisciplinarité exempte de déterminations hiérarchiques hospitalo-universitaires) d'autre part, font que les généralistes reçoivent sans restriction toute l'aide dont ils ont besoin. Cette reconnaissance leur permet, non seulement de prendre en compte, dans leur recherche, un problème central en médecine générale dans le traitement de la maladie hypertensive, celui des abandons et des adhésions aux traitements de longue durée, mais encore de se détacher de la représentation sociale qui leur est attachée et qui est réactivée par l'arrivée de l'expert hospitalo-universitaire, tout en tirant profit de l'expérience de ce dernier.

I.3.3.4. La diffusion du rapport dans la presse professionnelle.

On peut considérer que la rédaction du rapport de synthèse marque la fin d'une recherche, quelle qu'elle soit, et que par conséquent les questions relatives à la publication et à la diffusion de ce rapport appartiennent à un domaine somme toute séparé et indépendant de celui de la recherche. Pourtant, il faut considérer que si un travail n'est pas communiqué et mis en circulation, c'est comme s'il n'existait pas : il ne peut provoquer des discussions, il ne peut donner lieu à vérification, bref il ne peut susciter d'autres travaux. C'est dire que la recherche engendre la recherche. Certes, il existe toujours le cas de l'individu qui, seul dans son coin, s'attelle à une recherche. Mais dès lors qu'il s'agit d'une recherche qui requiert la participation de plusieurs personnes et qui se fait sur une base collective, trois conditions doivent être réunies :

une légitimation qui vient du cadre institutionnel de la recherche,

une notoriété personnelle qui peut être réfléchie et dériver, par exemple, de l'entourage,

un accord enfin sur le thème de travail proposé, cet accord pouvant être contradictoire.

Si l'on prend ces trois conditions comme des variables, l'on constate que certains aspects de la publication d'un rapport ont des répercussions sur les possibilités de recherche. Dans le cas de l'essai clinique sur l'Acébutolol, trois types de publications ont été sollicités :

l'organe de la S.F.M.G. qui a publié le rapport au complet aux frais du laboratoire commanditaire,

la presse professionnelle dite "d'information", dirigée par des journalistes de métier. Elle n'a fait aucune difficulté à diffuser un grand nombre d'informations sur le rapport final dans son organe quotidien et dans l'ensemble de ses périodiques,

.../...

la presse médicale dite "scientifique". A une exception près, elle a ignoré le rapport et le travail fait par les généralistes.

Quant à l'unique publication qui eut lieu dans la presse scientifique, elle mérite d'être examinée de plus près. Il s'agit d'un périodique de grande information scientifique de langue française qui connaît un fort tirage et une grande diffusion. Dès le 2 juillet 1977, les promoteurs avaient décidé de proposer à la rédaction de ce périodique un des chapitres du rapport, alors achevé. Ce chapitre traitait de l'adhésion et de l'abandon du traitement de l'HTA, problème que l'équipe de travail considérait à la fois particulier à la médecine générale à qui revient le rôle de suivre l'évolution de la maladie hypertensive dans la population, et de loin le plus important actuellement dans la mesure où les autres problèmes d'ordre pharmacologique ont déjà reçu leurs solutions. Par retour du courrier, le périodique a accusé réception et précisé qu'il avait transmis le texte au comité de lecture. Cinq mois plus tard, le 6 mars 1978, alors que le rapport intégral est lui-même à l'impression, la rédaction du périodique informe les promoteurs qu'elle s'apprête à publier une "étude de l'Acébutolol dans le traitement de l'hypertension en médecine générale".

Les promoteurs généralistes demandent qu'on diffère la parution de l'article afin d'en avoir communication préalable. L'article reprenait le texte de synthèse entre A et B qui était sous impression, avec le titre suivant : "Introduction de l'Acébutolol dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle en médecine praticienne. Etude multicentrique. Résultats sur six mois". Sans doute le laboratoire commanditaire avait-il fait parvenir ce texte à la rédaction du périodique. Dans l'article, l'introduction du texte A qui, l'on se souvient, avait été supprimée, était rétablie. Toutefois, les qualifications péjoratives déjà signalées, avaient été retirées. Par contre, l'article reprenait la conclusion du texte A à la place de la synthèse qui avait été élaborée. Le groupe des généralistes se trouve donc devant un article reprenant leur synthèse et tenant compte de leurs objections quant à un aspect contesté de l'introduction. Reste que rien de ce qui leur semble essentiel et original dans leur travail n'est transmis au lecteur. Autrement dit, l'orientation du travail est modifiée, la problématique de la médecine générale n'étant pas prise en compte, il devient insignifiant que ce travail soit fait par des omnipraticiens. Il en résulte, pour l'équipe comme pour la S.F.M.G., une perte de capital symbolique qui aurait pu être acquis et qui aurait permis d'entreprendre une autre recherche, par la reconnaissance d'une nouvelle pertinence dans l'étude de certains problèmes. Davantage, les modifications qui caractérisent l'article destiné à être publié dans le périodique sont

.../...

les signes, à la fois d'une situation conflictuelle entre les médecins hospitalo-universitaires et les médecins généralistes, et de la volonté des premiers de ne pas rompre l'équilibre des rapports existants. Il s'ensuit un raidissement des positions respectives et une aggravation de l'incompréhension. La rédaction du périodique a bien accepté de faire précéder l'article incriminé par le chapeau suivant qui précise l'optique de l'essai : "l'analyse ci-dessous a été volontairement limitée à l'appréciation de l'activité et de la tolérance de l'acébutolol dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle, telles qu'elles sont étudiées par le groupe pour l'extension d'essais cliniques en médecine générale de la Société Française de Médecine Générale et de la Société Balint. Ceci ne représente qu'une fraction de l'important travail réalisé par ce groupe à l'occasion de cet essai thérapeutique. Les travaux consacrés à l'élaboration d'une nouvelle stratégie du traitement de l'hypertension, à l'adhésion à la thérapeutique, à une enquête sur la recherche en milieu praticien, à l'organisation pratique de l'essai, sont publiés séparément dans le numéro 3/4 des Cahiers de la Société Française de Médecine Générale auquel le lecteur est prié de se reporter" ; mais ce n'est là qu'une solution de compromis "politique" qui ne change pas fondamentalement les données de la situation, et qui n'ouvre pas l'éventail des hypothèses de recherche.

I.4. Etude sociologique des chercheurs généralistes

I.4.1. Position du médecin généraliste.

La "santé" définit un "CHAMP", c'est-à-dire que tout acte se produisant dans ce champ est "affecté par le système des relations sociales dans lesquelles s'accomplit cet acte" (1). Le champ de la santé "à la façon d'un champ magnétique, constitue un système de lignes de force : c'est-à-dire que les agents ou systèmes d'agents qui en font partie peuvent être décrits comme autant de forces qui en se posant, s'opposant et se composant, lui confèrent sa structure spécifique à un moment donné du temps". (1)

.../...

(1) Toutes les citations relatives au champ sont issues des articles suivants de Mr P. BOURDIEU où l'on pourra se reporter : "Champ intellectuel et projet créateur" Les Temps Modernes n° 246, 1966. "Le couturier et sa griffe" Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n° 1, 1975. "Le Marché des biens symboliques" L'Année Sociologique n° 22, 1971. "Genèse et Structure du Champ religieux", Revue Française de Sociologie, n° 12, 1971.

L'autonomie "relative" du champ qui nous permet de le traiter par l'autonomisation méthodologique, apparaît clairement à la description. On ne peut s'étendre ici sur cette description, mais on reconnaît aisément les instances de légitimation, de consécration, d'enseignement, etc... qui font du champ de la santé "un système régi par ses lois propres".

Notre objet présent est l'étude analytique du pôle dominé du champ, pôle constitutif de la médecine générale de ville. Le pôle dominant est constitué de la médecine hospitalière, pôle autour duquel circulent les instances de légitimation et les éléments symboliques consacrant la légitimité du pôle dominant.

Le pôle dominé intervient aussi comme "challenger". Avec la "rigueur du réformé", ses membres soutiennent que la médecine c'est eux, puisque représentant les 4/5 des actes médicaux. Mais à la différence des autres champs, ces hérétiques ne sont que partiellement issus du pôle dominant qui s'est contenté de leur assurer une formation technique... et idéologique. Cette étrangeté au pôle dominant fait de leur position une situation très instable où leur statut est continuellement menacé. Les discours hospitaliers sur la médecine générale sont trop éloignés de la réalité de leur production pour n'être pas de la stratégie ; le généraliste praticien s'illusionne d'autant moins que la réalité sociale ne fait que redoubler la réalité du champ de la santé. Jadis, ce membre des couches moyennes faisait partie des franges privilégiées de son groupe social. Il était le notable, dont l'influence locale était établie. Aujourd'hui, le généraliste a quitté les franges privilégiées et sa condition de notable, pour réintégrer à plein-titre son milieu d'origine.

Conscient de ces réalités, le généraliste va redoubler d'énergie dans la lutte pour les enjeux spécifiques du champ. Il cherche une maîtrise de son espace. Il veut le modifier de façon interne dans son cabinet, de façon externe en bousculant les structures constitutives du champ. Ces structures sont organisées à partir du pôle dominant et sont constituées de l'enseignement, la médecine hospitalière, la recherche, les soins hospitaliers, la presse traditionnelle (1). L'industrie pharmaceutique et différents éléments du système de légitimation, l'Institut, le Conseil de l'Ordre, etc... Tous ces éléments établissent entre eux des liaisons exclusives et excluant les membres constitutifs du pôle dominé.

.../...

(1) Voir le chapitre sur la presse.

L'étude présente prendra comme point focal une tentative de la part de personnages du pôle dominé de conquérir des lieux symboliques, lieux du pôle dominant . En l'occurrence, les généralistes de ville veulent s'exercer à la recherche, exprimant la volonté de bousculer l'ordre établi. Pour cela, il faudra une légitimation que les généralistes trouveront dans l'industrie pharmaceutique. L'industrie pharmaceutique se voit attribuer un pouvoir légitimant. Fait important car cet attribut ne lui est pas concédé par la seule qui serait en droit de le faire : l'université. Encore l'industrie pharmaceutique n'accepte-t-elle pas à contrecœur. Dans le système concurrentiel actuel, les laboratoires qui "sentent" l'évolution actuelle, peuvent estimer prendre une option sur la nature future du marché pharmaceutique. Nous assistons au même phénomène autour de l'élément "enseignement". Lieu stratégique de la longévité du champ, le centre hospitalier universitaire est exempt de toute pénétration du pôle dominé... Partout, sauf à Bobigny. Le doyen y a permis la tenue d'un 3ème cycle de généralistes. Il s'est permis également une arme de choix dans le jeu des universités concurrentielles.

Avec la recherche, dite "Spécia" et Bobigny, nous apercevons les mouvements qui agitent le pôle dominé et qui, se transmettant à l'ensemble du champ, lui donnent un aspect dynamique.

Nous étudierons ici le groupe de généralistes qui ont voulu avoir une activité de chercheurs.

120 généralistes s'engagèrent dans l'expérimentation SPECIA. 120 généralistes ont participé à une recherche, au sens général du mot, mais à des degrés divers. Ces généralistes peuvent être partagés en trois groupes suivant leur degré d'engagement dans la recherche.

Un premier groupe est constitué de ceux qui ont abandonné la recherche en cours de route, ou même à ses débuts. Les uns n'ont envoyé aucun protocole, d'autres un ou deux. Certains n'ont pas expliqué leur abandon, d'autres l'ont fait. L'examen des motivations et comportements de ces personnes offre un intérêt intellectuel mais surtout stratégique. En effet, il faut statuer sur l'existence d'un résidu d'abandons non compressibles dans toute recherche généraliste. Ce résidu peut entâcher la validité statistique de certains travaux, à moins qu'il n'ait été prévu. On voit donc l'intérêt de les observer. On trouvera cet examen en fin de la présente étude.

.../...

Un deuxième groupe de moins de 10 personnes participa plus activement que d'autres. A l'origine de la recherche, ces généralistes durent créer de toute pièce l'infrastructure de ce "laboratoire sans mur". Après avoir assuré un financement, ils ont construit un plan d'expérience, rédigé les protocoles, collationné les données. Surtout, ils ont rédigé la synthèse, ce qui supposait, d'une part, un apprentissage de l'outil statistique, d'autre part, un apprentissage de la rédaction des textes scientifiques.

Ces apprentissages astreignants, assortis aux sacrifices de temps, impliquent une motivation dont les ressorts se doivent d'être puissants. On pourra évoquer parmi ceux-ci le désir de militantisme, et toute notion faisant appel à la promotion de la médecine générale. Mais pour cet écrit à caractère sociologique, on évoquera le désir de l'ascension sociale par l'accès à un statut prestigieux. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce thème, mais pas dans ce cadre consacré plus exclusivement à l'étude d'un troisième groupe : il est constitué de la grande majorité des médecins qui se contentèrent d'obéir au schéma décidé par les promoteurs, sans être pour autant de simples techniciens (le remplissage des protocoles ne relevant pas du questionnaire fermé).

Notre investigation fut menée en deux phases. Le 3 Octobre 1976, 65 généralistes se réunirent pour faire le point sur leur expérimentation de l'acébutolol Spécia. Lors de cette réunion, nous leur avons soumis un questionnaire portant sur cette activité extra-thérapeutique. Malheureusement, la rapidité de cette action (l'ATP INSERM venait juste de débiter) handicapa le questionnaire. Non testés, certains items se révélèrent d'une rédaction malhabile. Mais surtout l'absence du sociologue lors de cette réunion, empêcha une présentation orale significative de ce questionnaire. Certains praticiens comprirent mal son importance. Le dépouillement donna cependant des renseignements précieux qui permirent d'orienter les entretiens non directifs qui suivirent.

En effet, nous avons réalisé 30 heures d'entretiens avec les médecins participants. Ils furent réalisés en région parisienne, en Aquitaine, dans le Sud-Ouest et le Midi méditerranéen, tant avec des généralistes ayant suivi toute l'expérimentation qu'avec des personnes l'ayant abandonnée.

Dans un premier temps, nous étudierons rapidement les résultats du questionnaire pour formuler des hypothèses. Un travail sur les entretiens permettra de les confirmer ou infirmer.

.../...

I.4.2. Le Questionnaire.

Le questionnaire est en trois parties. La première concerne l'image de soi et l'image de la recherche, vécues par les praticiens expérimentateurs. La raison de ce thème est la suivante : le médecin généraliste vit dans un groupe social précis où il a un rôle à jouer. Comme professionnel ou comme homme social, il est affublé de "stigmates" qui font de lui : le médecin. On attend de lui certaines postures, certaines attitudes, attitudes face à l'autre, attitudes face au groupe. Le médecin possède une règle du jeu englobant tout ce qui constitue son rôle (1) et lui permettant, non seulement d'être reconnu comme médecin, mais de faire face "comme un médecin" aux éventualités quotidiennes. Aujourd'hui, on a modifié la règle du jeu en lui ajoutant le critère "recherche". Ce critère appartient à d'autres joueurs, peut-être mécontents de devoir le partager. Le médecin sait que la légitimité de ce transfert est controversée ; dès lors comment se comporte-t-il ?

La seconde partie du questionnaire vise la description du cursus du médecin dans la recherche. On cherchera à voir les filières suivies par les participants. Spéciale recherche ? xème recherche ? recherche officielle ou personnelle ? Le souci est de pouvoir qualifier plus précisément la notion de recherche et l'engagement du généraliste en elle.

La troisième partie s'attache à certains généralistes aidant à positionner le médecin dans son champ.

On a recueilli 59 questionnaires. Le dépouillement exhaustif est placé en annexe.

I.4.2.1. Typologie du chercheur.

Le médecin généraliste effectuant l'expérimentation Spéciale, est un homme marié, ayant trois enfants, plutôt âgé entre 35 et 55 ans. Il habite plus la province que Paris. Compte tenu des contraintes de la recherche, le statut familial du chercheur pose le problème de son budget temps. Nous reviendrons plus loin sur ce thème. Son âge est également important. On peut se demander pourquoi les tout jeunes médecins n'ont pas participé. Certes les problèmes financiers

.../..

(1) Erving Goffman - Presentation of self in every day life , 1973.

dûs à leur installation récente sont d'importance. Ils ne peuvent tout expliquer. La motivation dans le choix de la profession peut également avoir changé : moins de vocation, plus de calcul de rentabilité. Cette dernière étant en baisse, le problème serait de la remonter et non de faire des expérimentations. Dernière hypothèse, le désir de recherche est absent de chez les jeunes, parce que ce désir serait le fruit de l'expérience. Il faut rapprocher cette donnée du fait que le chercheur généraliste est beaucoup plus provincial que parisien. On formule l'hypothèse de l'isolement du médecin (faible densité médicale en province comparée à la densité de la région parisienne) joint à un malaise provenant de l'inadéquation entre l'appris et le réel.

Parisien, le médecin ressent moins ces éléments. Le contact avec ses confrères est plus aisé, simplifié par une proximité géographique de fait, mais aussi par des structures professionnelles plus citadines, voire parisiennes, que rurales et provinciales. Ainsi, la médecine de groupe s'implante bien dans la région parisienne, mais également une forme de syndicalisation plus active et neuve qui pourra aller jusqu'à faire arpenter le bitume parisien à 2.000 généralistes en même temps (1). La distance médecins/hospitaliers est sûrement moins ressentie dans une région surchargée de facultés et de C.H.U., une région où il est simple de consulter "le patron", une région où les conflits entre généralistes et hospitaliers ne pourraient être que publics, là où les rapports sont tout en demi-teintes et nuancés.

I.4.2.2. Communauté de la pratique.

Le tri à plat fait apparaître avec évidence quatre points sur lesquels les informants sont unanimes. Or, ces points ont tous un rapport à la pratique quotidienne. Ainsi il arrive (1°) à tous ces médecins de vérifier sur leur clientèle des théories nouvelles dont ils ont été informés. Réciproquement (2°), tous ces médecins sont portés à généraliser, à opérer des généralisations théoriques de ces observés chez eux. En liaison directe, leurs envies de recherches (3°) viennent de leur expérience propre. C'est dire que le comportement du chercheur est lié à une conception de la médecine peu statique. Mouvante, la médecine générale n'est pas cette médecine du quotidien qui doit se borner à aiguiller le malade entre l'hôpital et le spécialiste. Le généraliste chercheur revendique évidemment une autre noblesse de
.../...

(1) Défilé de protestation des médecins contre les atteintes à leur liberté syndicale. Mais il est vrai que ce renouveau est plus encore le fait de la couronne parisienne que de Paris.

sa tâche. Mais la forme de cette noblesse reste à définir. Elle peut être la complémentarité de l'enseignement reçu. L'insuffisance de celui-ci conduit à créer à l'intérieur du cabinet un corps d'observations complémentaires. Elle peut être aussi remise en cause de l'appris. Telle loi appartenant au "codex" s'appliquerait plus volontiers à un modèle universitaire et serait inapte dans le cabinet généraliste. Enfin, cette remise en cause peut amener une réfutation plus fondamentale, celle du système hospitalier, lui refusant tout impérialisme savant, le percevant comme écrasant le secteur généraliste.

Ces différentes données renvoient à cet autre item (4°) qui fait l'unanimité : l'assistance à un E.P.U. Or, la plupart des médecins répondant OUI à cette question ne se sont pas bornés à cocher la case correspondante mais ont ajouté une phrase agressive sur les E.P.U. universitaires. Cela renvoie également à la plaquette du S.E.R.E.S. écrite par M. et R. Fichelet sur "Le Médecin face à la Formation Continue" (1968). Tous ces éléments nous conduisent à formuler une des hypothèses maîtresses de cette étude : la recherche en médecine praticienne correspond à une prise de conscience de la distance séparant le cabinet privé de l'instance légitimante suprême, prise de conscience de la spécificité de la matière, prise de conscience du cabinet comme un espace particulier, réclamant sa définition et où le savoir médical ne suffit plus (1). Cette définition de l'espace professionnel intervient notamment dans l'énumération des personnes y ayant accès et des gestes (pas seulement thérapeutiques) qui y ont lieu.

Nous abordons ici le problème du généraliste comme maître de stage et de la présence du stagiaire. Nous abordons également le problème de l'acte de recherche à côté de l'acte thérapeutique. Peut-on remplir à loisir un protocole d'expérimentation face au patient. L'espace du cabinet n'étant pas légitimement défini, on ne peut trouver de réponses institutionnelles à ces questions.

Le médecin y répond de lui-même, mais alors il prend le risque délibéré de modifier son rôle primitif. Il va changer sa représentation, son image sociale. 31 des généralistes interrogés estiment effectivement que le fait de mener une recherche modifie leur image de marque ; 14 d'entre eux estiment de plus que cela influence l'opinion de leurs confrères sur eux-mêmes. C'est dire que la moitié des chercheurs présents au NOVOTEL ont pris la responsabilité d'officialiser le changement de rôle. Cette question est d'importance, elle signifie que leurs

.../...

(1) L'unanimité se fait également sur la "possibilité" de la recherche, mais les annotations surchargeant les réponses font penser que cette "possibilité" peut être distincte de "réalisable". Le terme "possible" est parfois interprété comme "souhaitable". Cette confusion rend difficile l'analyse, mais elle est significative de l'hésitation du médecin face à son engagement.

patients connaissaient leur rôle dans l'expérimentation Spécia.

Pour l'autre moitié, les patients étaient tenus dans l'ignorance. Les protocoles étaient remplis plus tard, en leur absence. On voit que s'affrontent ici deux définitions distinctes de l'espace généraliste. L'une d'elles devient militante lorsque le généraliste pense que ses confrères le considèrent autrement depuis son activité déclarée de recherche. Mais on dépasse ici le cadre de l'espace du cabinet, lieu d'exercice du savoir, pour atteindre un champ plus symbolique où il suffit de posséder les attributs pour être ; le généraliste se pare des attributs du chercheur, mais il ne peut ignorer que ces attributs symboliques ont été produits en dehors du pôle dominé. Leur passation du pôle dominant vers le cabinet du généraliste mérite à l'évidence une adaptation sur laquelle nous n'avons pas vu ou lu d'interrogation.

Ces données sont à croiser avec les résultats de la question sur le temps passé aux recherches. 28 personnes n'ont pas répondu à cette question, en ajoutant souvent une phrase signifiant qu'il est rigoureusement impossible de comptabiliser ce genre d'activité : une fois encore, la recherche serait moins une pratique qu'un état d'esprit, une préoccupation. 30 autres estiment y passer moins de 10 heures hebdomadaires ; 7 autres y consacrent plus de 10 heures de leur semaine. Les personnes qui ne répondent pas se situent plutôt parmi celles qui n'estimaient pas percevoir de changement d'opinion dans leur entourage, alors que les personnes qui "cherchent" plus de 10 heures par semaine s'y trouvent toutes.

On voit se dessiner une frontière entre deux populations. Chacune adopte une définition de l'espace médical différente.

La première population sera appelée (A). Pour elle, l'espace professionnel n'est pas un lieu restrictif. La qualité de la relation médecin/malade permet l'introduction d'actes neufs, valorisants pour le praticien. Ces actes nouveaux ont une existence réelle, objective. On peut les énumérer et donc les comptabiliser.

Une sous-population des (A) estime que cette modification de l'espace professionnel entraîne également une modification du champ symbolique.

.../...

La deuxième population est (B). La recherche y est moins particularisée. Elle serait, non pas un acte supplémentaire, mais partie intégrante de l'espace. Elle en est l'interrogation permanente. Partie prenante de la quotidienneté, elle ne fait que traduire une inquiétude, une aventure. Chaque nouveau malade, avec son contexte propre, sa personnalité, est une inconnue à déchiffrer, inconnue susceptible de recherche. On cherche pour soi, pour améliorer sa pratique quotidienne. Il devient impossible de comptabiliser le temps passé à la recherche puisque cette activité ne peut se différencier des autres activités médicales. S'il arrive que le médecin indique une durée, il l'indique sous la forme d'une activité dévorante, prenant plus de 10 heures hebdomadaires.

On trouvera une confirmation de cette opposition lorsqu'on demandera aux médecins s'ils mènent d'autres recherches que Spécia et s'ils estiment que ces recherches vont aboutir. Les médecins (A) ont tendance à plus chercher que les (B). Ils sont aussi plus certains de l'aboutissement de ces recherches. Ces recherches ont un titre, on peut les énumérer, elles ont aussi un début et une fin. Cette fin est souvent l'édition. Ce n'est pas le cas du médecin (B) pour qui la recherche est plus un comportement qu'une activité. Aussi ne déclare-t-il pas tellement faire d'autres recherches. S'il le fait, il n'est pas certain de leur aboutissement. De toutes façons, il n'éditera ses résultats que rarement.

La médecine générale aurait cette particularité de développer chez certains de ces membres actifs un état d'esprit, une préoccupation de recherche qui rend celle-ci indistincte de la pratique quotidienne. Chez d'autres, la recherche est une activité socialisée et inscrite dans l'acceptation générale de "recherche" : définition d'un problème, résolution du problème et diffusion des résultats. Cette diffusion implique nécessairement chez le chercheur une certitude sur la vérité de sa méthodologie, de son objet et la scientificité de sa démarche. On voit bien en quoi cela l'oppose trait pour trait au chercheur (B). On voit aussi la richesse euristique d'une telle distinction pour aider à une définition de la recherche en médecine générale (1).

.../...

(1) Notamment, on pourra mesurer le degré d'insertion des médecins chercheurs dans les institutions légitimantes. On pourra aussi croiser les données avec les résultats en terme d'abandon de l'expérimentation Spécia, etc...

I.4.2.3. L'activité du chercheur.

Comment le chercheur généraliste doit-il travailler ? avec qui ? Nous entrons ici dans un domaine où les différenciations suivant les variables deviennent bien moins évidentes. Si nous reprenons la distinction entre médecins (A) et médecins (B), nous constatons sur ces sujets une symétrie parfaite.

Un médecin sur deux estime que le chercheur doit travailler dans une équipe et que celle-ci doit être pluridisciplinaire. 9 autres médecins pensent que le médecin doit travailler seul. Il en reste donc près d'un tiers pour estimer que l'équipe de recherche est souhaitable mais qu'elle doit être constituée uniquement de médecins. Il est probable que cette opinion est lourde de sens sur la nature de la recherche en médecine générale.

Nous avons déjà vu que les médecins menant plusieurs recherches sont plutôt du type (A). Par ailleurs, nous avons fait l'hypothèse que la pratique d'une recherche implique une certaine prise de conscience de la distanciation entre généralistes et hospitaliers. Or, s'il n'est que 9 personnes pour estimer que la recherche en médecine générale concurrence la recherche universitaire, ce sont toutes des personnes qui s'occupent de plusieurs recherches. Ce sont également les mêmes pour qui tous les supports intéressants pour éditer appartiennent à l'Université (1). Une pratique répétée des recherches impliquerait donc une augmentation qualitative de la vision du monde hospitalo-universitaire et des antagonismes de fond qui existent entre lui et les généralistes. Mais cette implication, au niveau de ce dépouillement de questionnaires est faible et ne permet pas de construction de typologie. On pourra quand même dire qu'il y a deux recherches, une qui est telle qu'on l'imagine, et une qui est telle qu'on l'a expérimentée. Cette évidence recoupe exactement les distinctions (A) et (B), ainsi que l'opinion que l'on peut avoir du monde hospitalo-universitaire. De cette évidence naît une question importante : les types (A) et (B) sont-ils des types immuables ou bien peut-il y avoir passage d'un type à l'autre ?

Cette personnalisation du chercheur peut trouver un argument dans l'aspect rémunération? En effet, très peu de personnes touchent de l'argent pour leurs travaux (autres que Spécia) puisqu'ils ne sont que 11 sur 37 ; sur ces 11, 4 s'estiment convenablement payés et les 7 autres "trop peu". Mais on retrouve ces 11 pour dire qu'elles auraient fait le même travail s'il impliquait le bénévolat. C'est dire le peu de professionnalisation des chercheurs et "l'amateurisme" (sens propre) déployé sur ces travaux.

(1) De plus, parmi ces 9, 5 acceptent la polydisciplinarité, mais bien évidemment, c'est là un effectif sans valeur par sa petite taille. .../..

Cela jette une équivoque sur la signification du geste de chercheur. Est-il un travail ? car s'il en est un, il faut le rétribuer comme tel. En cas contraire, ce serait un loisir. Deux registres d'hypothèses s'offrent à nous : le premier est défendu par le Dr ROSOWSKY : l'activité de recherche est du domaine du phantasme ; la revendication de rémunération dépend du niveau de réalité émergeant du phantasme. Un deuxième registre non contradictoire est plus sociologique. L'acteur du sous-ensemble praticien est brusquement paré des attributs du sous-ensemble hospitalier. De ce fait, il gagne en prestige et se rapproche de l'instance légitimante. Cela constitue en soi une rémunération.

D'autres refusent les deux sous-ensembles classiques et bousculent la structure pour appeler à la création d'un troisième sous-ensemble, les généralistes chercheurs. On quitte le domaine des attributs, du symbolique, pour s'attacher à la réalité du champ. En conséquence, on réclame une rémunération monétaire. Il faut se garder de systématiser, de classifier à outrance. La dernière partie du questionnaire prouve la mobilité de certains thèmes. Ainsi, les raisonnements précédents postulent des différenciations dans les opinions sur la hiérarchie médicale. Or, le respect symbolique du "patron" n'est pas typique d'un médecin particulier, mais intervient chez tous à des niveaux différents. Cette fluidité des notions est éclairée également par le problème du financement de la recherche.

A la question "quel devrait être le volume du financement des laboratoires pharmaceutiques dans la recherche généraliste ?" les informants répondent : complet, 14 sur 65 - partiel, 42 - nul, 8 - en rappelant encore une fois que l'on ne peut avoir de grandes prétentions statistiques, la tendance est nette. Une majorité de médecins estiment que la recherche généraliste ne doit pas être financée entièrement par le secteur privé. Cette position peut accepter trois explications :

- 1 / les médecins en viendraient à ne chercher que sur des thèmes intéressant les laboratoires, s'ils en sont les seuls financiers ;
- 2/ dans ce même cas, les chantages à l'arrêt de financement en cas de désaccord seraient trop probables
- 3/ les médecins sont conscients du caractère publicitaire de cette recherche payée par les laboratoires ; la recherche remplace des visiteurs médicaux souvent indésirables dans les cabinets.

Ces explications en forme d'hypothèses viennent relativiser notre typologie entre (A) et (B). En effet, cette typologie appliquée aux généralistes

.../...

ne désirant qu'un financement partiel de l'industrie pharmaceutique, n'explique rien. Par contre, sur les 14 personnes qui réclament le financement complet, 12 sont du type (A) et 9 sont engagées dans plusieurs recherches. C'est dire que cette position peut être le fruit de l'expérience et du réalisme dont font preuve les (A). Malheureusement, sur les 8 personnes qui refusent toute privatisation de la recherche généraliste, 6 sont également mêlées à d'autres recherches. C'est dire la prudence qu'il faut exprimer dans l'emploi de la typologie en la réservant à un rôle d'outil.

Arrivé à ce point de l'étude, il est nécessaire de synthétiser les résultats du questionnaire pour mieux aborder l'étude qualitative des entretiens.

I.4.2.4. Principaux résultats du questionnaire.

Pour le chercheur généraliste, la recherche est l'aboutissement d'une réflexion sur sa pratique. Cette réflexion s'ajoute à une interrogation sur son devenir et à un désir évident de communication. Elle s'ajoute aussi à une prise de conscience de la réalité hospitalière face à la réalité du médecin de ville.

Pour le chercheur généraliste, la médecine ne peut être statique. C'est une matière dynamique qui implique le refus d'être "un technicien de la santé", un "aiguilleur" vers le spécialiste et l'hôpital. Ces deux notions de technicien et d'aiguilleur sont senties comme le fruit d'une évolution voulue par les décideurs depuis 1958. Aussi, peut-on écrire que la recherche en médecine praticienne correspond à la prise de conscience de la distance séparant le cabinet de ville des instances légitimantes.

Ici, l'unanimité des chercheurs se brise. On peut distinguer deux groupes A et B.

Groupe A

La recherche est une action prestigieuse et valorisante. Elle ne peut se confondre avec la pratique quotidienne, même si elle en est issue. Elle doit être isolée dans le temps et rémunérée comme toute recherche scientifique. Leurs travaux sont précis et possèdent un but bien déterminé. Les résultats s'éditent. La recherche est une activité socialisée et socialisante. Elle doit être indépendante du pouvoir symbolique et chercher son financement de préférence dans le secteur privé.

.../...

Groupe B

La recherche est plus un état d'esprit qu'une activité. Elle est partie prenante de la quotidienneté. Non comptabilisable temporellement, elle est souvent vélléitaire. Mais tout est recherche puisque cette dernière ne peut être qu'amélioration d'une pratique routinisée. Si la recherche vise les effets secondaires d'un médicament ou une amélioration thérapeutique, elle vise aussi la qualité de la relation médecin/malade. Loin d'être socialisante, cette recherche est solitaire et ce, indépendamment du désir de communication. Le financement de la recherche, s'il est désiré, ne peut venir exclusivement du secteur privé dont on sent avec acuité les intérêts financiers et publicitaires.

Au delà de ces deux groupes, on remarque que les personnes les plus engagées dans la recherche, et en menant plusieurs, sont aussi les plus critiques vis à vis des institutions légitimantes. Mais ce thème est très mobile : inversement, le respect symbolique du "patron" n'est pas caractérisant d'un type de médecins particuliers.

I.4.3. Les entretiens.

A la suite de cette passation de questionnaire, nous avons effectué des entretiens. Appliquant des techniques non directives, les sociologues qui menèrent ces entretiens furent conduits à les structurer fortement à l'aide des résultats du questionnaire. Pourtant, il faut reconnaître que certaines questions évoquées plus haut n'ont pas trouvé de réponse. Par contre, d'autres sujets nous sont apparus comme étant d'un intérêt primordial pour la recherche généraliste, sans pour autant se référer explicitement à l'expérimentation Spécia. Nous avons donc choisi pour dépouiller les entretiens de quitter le cadre rigide suggéré par le questionnaire et de présenter les résultats sous la forme de thèmes très généraux (définition de la médecine de ville, symbolique du groupe de travail, etc...). De ce fait, ce compte rendu se veut moins l'exposé des résultats d'une recherche que description de la richesse des thèmes que nous évoquons. Nous avons conscience de n'avoir pu qu'effleurer ces thèmes. Leurs ouvertures restent entières.

I.4.3.1. Qu'est-ce que la Médecine de ville. ?

Sur un sujet aussi important que la définition de leur profession, l'unanimité ne se fait pas. La Société Française de Médecine Générale déclare promouvoir l'activité des généralistes en médecine de ville, mais tous n'entendent pas leur activité de la même façon.

.../...

La multidéfinition du sous-ensemble devient un sérieux problème si chacun des acteurs apprécie différemment ses rapports avec les autres sous-ensembles. Il n'est pas étonnant de voir que dans ces grandes lignes les distinctions passent entre A et B.

Le médecin A s'estime différent du médecin de base, utilisant une conception différente de la médecine.

Cette estimation est assortie d'un jugement peu amène qui, évidemment, ne le concerne pas : "finalement, ce n'est plus de la médecine que l'on fait, c'est du tri" "le médecin (traditionnel) demande des recettes. Par exemple, mon malade a tels symptômes, qu'est-ce que je dois lui faire ? Parce qu'il raisonne toujours en termes d'organicien ou d'organiciste et qu'il s'attend à avoir toujours un médicament, une drogue, etc... or, ce n'est pas ça".

Le médecin généraliste ne trie pas, il ne veut pas être un simple technicien. Il a évolué par rapport à une certaine tradition. Son malade a également évolué : "la situation de "l'exercice de la médecine générale" est perçue par le malade comme modification d'un paramètre de la médecine générale et donc pose problème au malade. Il a donc à se définir par rapport à cette modification. Au fond, le malade a le choix entre demander de la médecine générale au sens purement conventionnel ou bien de vouloir s'interroger à ce sujet et de devoir se déterminer".

Ce nouvel exercice de la médecine exige de nouveaux malades, plus adultes et responsables. On voit les implications que cela peut avoir sur la différence de nature entre le malade hospitalier et le malade de médecine de ville. Nous y reviendrons plus loin.

Si la médecine n'est pas une simple technique, quelle est sa nature : "c'est essentiellement une relation psychologique psychothérapeutique ; même si par la suite on peut donner des tranquillisants ou quelques trucs comme ça, c'est vraiment la dernière roue de la charrette parce que c'est pas ça l'important".

Le médecin A avoue ne pas maîtriser parfaitement cette psychologisation. "Par exemple, dans quelle mesure le fait que je donnais un médicament non étiqueté à un patient sélectionné que j'avais mis au courant de mon expérimentation, est-ce que je ne manie pas quelque chose de, pour dire un mot magique, qui interviendrait plus ou moins d'une manière suggestive dans l'évolution des choses".

Cet aspect fantastique ou même révolutionnaire de la médecine est fort bien exemplifié dans un ouvrage dont les auteurs font également partie des promoteurs de la recherche SPECIA (Une guérison impossible GOEDERT et ROSOWSKY Payot 1975). On y voit un médecin traitant utilisant une pratique sans diagnostic.

Là où un hospitalier avait lui, commencé par le diagnostic. On y voit également une utilisation du médicament totalement empirique, où le malade peut faire varier les doses de lui-même, à sa guise. Le mot et le geste sont les véritables médicaments d'une maladie que l'on n'a même pas pu (voulu) labeliser ! Personne et surtout pas le médecin ne sait ce qui se passe, ce qui a œuvré réellement dans la guérison. C'est plus tard, après dissection de l'histoire dans un groupe Balint que le médecin traitant découvre son rôle. C'est bien de la "magie" dans la mise en fonction d'éléments (de force) rétifs à donner leurs noms.

La relation psychologique est dépendante d'une compréhension précise de la maladie. La définition de la médecine est une définition de la maladie : "(mon travail) c'est quand même quelque chose de synthétique et c'est ce que devrait être la médecine générale, c'est à dire qui fasse appel, d'une part à l'organicité, et d'autre part, au psychologique, peut-être poussé plus à fond que ce que peut faire un généraliste dans le cadre de son cabinet."

"Mais si on veut dire que sur une petite parcelle de territoire on voit les choses plus profondément, ce n'est plus de la médecine générale...mais c'est quand même une médecine visant à aborder le malade dans la totalité et c'est dans ce sens que, pour moi, ça correspond toujours à de la médecine générale". Un autre médecin : "pouvoir prendre un malade dans sa totalité, premièrement dans son contexte familial, deuxièmement dans son contexte personnel". Plus loin "la spécialisation (...) a entraîné une perte de la notion de médecine générale, c'est à dire du malade présentant des symptômes mais dans un milieu déterminé, sur un corps déterminé, avec un tempérament et un caractère déterminés (...). Je crois que le généraliste doit rester le médecin de la synthèse, c'est-à-dire : qu'un malade soit malade, c'est un ensemble corporel évidemment, mais avec tous ses organes (...) et également psychologique". On voit le raisonnement, ce qui fait la médecine, ce n'est pas son corpus, c'est le malade, c'est une personne particulière."

Dès lors, le médecin devient beaucoup moins un détenteur de savoir qu'un interlocuteur. Il soigne moins les effets que les causes. Il va employer un vocabulaire diff rent allant du psychosomatique à la magie. Il va surtout affirmer son incompétence et son désarroi devant des problèmes qu'il n'est pas préparé à aborder. Si l'on sait que 75 % des médecins (A) sont balintiens, on comprend que le problème n'est pas superficiel mais qu'il a souvent motivé la recherche d'une formation supplémentaire, aux antipodes de leur formation originelle. (1)

.../...

(1) On prendra garde de ne pas inverser la proportion ; ce n'est pas parce qu'ils sont balintiens qu'ils se posent des questions psychologisantes sur le malade et la maladie.

Ce qui précède décrit un raisonnement logique qui associe maladie et malade. On aurait tort de croire qu'il est partagé par tous les médecins de l'expérimentation Spécia. Déjà il est discuté par une part des médecins A, mais surtout il est nié par un groupe important des médecins B.

Une minorité de A reprend bien à son compte le raisonnement précédent, mais elle interprète différemment la signification du "malade dans sa totalité". La totalité devient la somme de tous les éléments constitutifs du malade et non le principe unificateur de ces éléments. "Je n'arrive pas à voir la médecine appareil par appareil, pour moi l'homme est un ensemble(...). Partant de là, j'estime que le médecin généraliste doit être compétent dans tous les appareils. Il faut qu'il ait quand même une compétence un peu de chaque spécialité pour faire le premier feu (...) s'il y a un malaise, c'est que l'on considère que le généraliste n'est plus capable de rien faire. Moi j'essaye de faire de tout et de voir où s'arrête ma compétence".

L'argumentation glisse de la notion d'ensemble à la notion d'hyper-spécialité. En fait, il y a une reconnaissance de la valeur du spécialiste en ce qu'il possède réellement un savoir supplémentaire. Cette reconnaissance entraîne la conscience de l'inégalité entre le généraliste et le spécialiste ; le généraliste ne pourra combler l'écart qu'en sachant de tout. Effectuant le "premier feu", il peut être amené à envoyer au spécialiste un malade déjà soigné pouvant témoigner de la valeur des premiers soins du généraliste, mais témoigner aux yeux de qui ?

Dans le groupe B, on trouvera une bonne partie de personnes prêtes à rejoindre la définition du généraliste interlocuteur du malade, technicien non savant, on ne s'arrêtera pas sur ce qui serait des variations sur le thème du malade dans sa totalité (25 % d'entre eux ont une formation Balint). Par contre, nous remarquerons que ce type de discours est loin d'être unique. On en trouve trois autres. Le premier rejette la psychologisation de la médecine (position négative) ; la seconde idéalise la chimiothérapie (position positive) ; la troisième prône la prévention comme objet unique (position active).

Les personnes qui refusent la psychologisation de la médecine générale sont cernables aisément : "si on se tourne du côté du psychosomatique, il faut avancer très lentement (...) mais là je dis que l'on dérive un petit peu et qu'on sort du domaine de la médecine, et là je ne suis pas d'accord. Ce peut être le travail de nouveaux généralistes, mais moi je ne serai pas ce nouveau généraliste. Je pense par exemple que mes enfants qui n'ont pas cette vocation de contact ne feront pas de médecine générale. Voilà(..) j'ai fait du Balint, ça a été une tentation

.../...

très grande et je me suis aperçu que c'est quelque chose de très particulier et j'ai dû abandonner. Il est vrai que ma première vocation n'était pas celle-là, c'était d'être chirurgien".

Pour être caricaturale, cette opinion n'en est pas moins claire. La médecine doit répondre à des canons traditionnels. Ne pas leur obéir est sortir de la médecine. Psychologiser la relation au malade, c'est aborder l'ailleurs. La vocation de chirurgien correspond bien au désir de considérer la maladie comme simple atteinte à l'organe.

Dès lors, la recherche en médecine générale peut être sujette à caution. On verra plus loin que les acteurs qui portent le jugement précédent, critiquent également la non scientificité des travaux généralistes. Nous sommes restés dans l'ancien état du champ de la santé, soumis à l'idéologie universitaire des instances hospitalières et légitimantes.

Une des variantes de ce discours est la théorie de la chimiothérapie. La variation est importante car l'on passe d'une définition négative de la médecine, ce qu'elle n'est pas (psychologisation), à une définition positive, la science de l'utilisation des médicaments.

"La thérapeutique est surtout à base de chimiothérapie, mais je pense qu'on peut étendre le mot recherche à d'autres compartiments que la chimiothérapie. Il est vrai que la médecine que nous pratiquons est surtout faite par une réaction chimique attendue au niveau de l'organisme mais elle peut être valable aussi pour des régimes alimentaires. Ça peut être valable aussi pour des notions de développement physique (...) je ne crois pas qu'on puisse la limiter bien que ce soit effectivement le plus gros morceau qui nous intéresse, la chimiothérapie". On voit bien que la distance entre ce discours et le discours hospitalier est minimale. On y emploie les mêmes termes, réactions chimiques, organisme, physique.

Nous avons déjà vu que le champ généraliste possède des points oppositionnels. Pour certains, on parle de magie, psychologie, relation malade/médecin, interrogation, non-savoir. Pour d'autres, nous venons de voir le refus du psychologique, la promotion de la chimiothérapie.

Entre ces deux groupes, on trouve une position médiane, la prévention. Elle est une définition active de la médecine générale où celle-ci n'est plus caractérisée par ses attributs mais par ses agissements. "La prévention est la voie

.../...

royale de la médecine. En somme, tout ce que nous faisons ne devrait être que préventif."

La fluidité des concepts véhiculés à l'intérieur du champ généraliste ressort bien du fait que cette dernière citation et celle sur la chimiothérapie sont extraites du discours d'un même médecin. Un dernier médecin nous dit : "la prévention doit faire partie de l'acte du généraliste, c'est certain, parce que s'il ne le fait pas, alors làon s'engagerait sur des problèmes de politique et du devenir de la médecine (...). On voit de plus en plus de gens qui risquent d'avoir quelque chose et c'est ça la médecine (...), si on commence à avoir une prévention au niveau du travail, une prévention dans un service de gynécologie, une prévention dans, etc..(...), qu'est-ce qui va rester au généraliste ? rien ! le certificat et la grippe quoi !

I.4.3.2. Un vide idéologique.

Ces différentes opinions sur la médecine, la maladie et le malade se répartissent sur une ligne dont l'origine est proche du sous-ensemble hospitalier et qui s'éloigne progressivement. Plus l'opinion est éloignée sur la ligne, plus elle s'échappe de l'idéologie dominante. L'idéologie n'est pas seulement ce qui teinte et oriente discours et opinions, elle propose aussi un code qui montre ce que doit connaître ou reconnaître la personne. Elle impose un objet, sa disposition spatiale, la position de chacun par rapport à cet objet, le discours que l'on porte sur lui. Elle n'interprète que ce qu'elle désigne mais on ne peut voir ce qu'elle ne désigne pas (cf entre autres, Althesser, "Les appareils idéologiques d'Etat", la Pensée, juin 1970).

On comprend alors que les points les plus éloignés de l'origine de notre ligne se situent de plus en plus dans l'absence d'idéologie hospitalière. On se demandera donc si, mécaniquement, un ensemble conceptuel structurant peut combler ce vide pour éviter l'angoisse de l'absence de point de repère.

On fait trois constatations : premièrement, tout raisonnement mécaniste est impossible en la matière, ne serait-ce que parce qu'un seul médecin peut se reconnaître en plusieurs endroits de cette ligne. Deuxièmement, le mouvement Balint propose bien un ensemble conceptuel structurant, mais n'évite pas l'angoisse des médecins en ayant reçu la formation. L'ensemble conceptuel est lui-même structuré autour du "travail du deuil" (1). Malade et médecin vont

.../...

(1) Freud Deuil et Mélancolie, 1915.

pouvoir engager un travail parallèle, le malade va quitter sa maladie, le médecin, ses diagnostics. Le médecin doit donc maîtriser continuellement les processus de régression, en l'absence totale de référents connus. Cette difficulté de maîtriser aisément la relation médecin/malade, comme de comprendre scientifiquement la nature des éléments opérants, va devenir, dans la bouche de nos interlocuteurs, des thèmes balintiens faisant de l'incertitude un concept. On obtient alors le paradoxe d'être dans une région idéologique où douter et ne pas savoir sont les éléments les plus forts. Difficulté de la formation Balint qui, face au vide créé par le retrait des référents hospitalo-universitaires, ne semble proposer rien qu'un autre vide où s'établit une relation qui devient thérapeutique (par exemple dans ce que les psychanalystes appellent le travail du deuil) par une réponse adéquate à la "norme intime" de la personne malade. Aussi bien a-t-on changé de sciences, est-on passé de la rigueur techniciste rassurante au "charme dangereux" des sciences humaines.

Troisièmement, les médecins les plus proches de l'origine hospitalière de notre ligne, ne sont pas exempts d'incertitudes. On les voit, notamment, exprimer un thème qui, pour être toujours présent, ne l'est jamais autant que dans leur bouche : l'infantilisation du médecin : "il y a une espèce de petit complexe qui fait que le médecin généraliste doit rester le petit garçon à expédier les affaires courantes (...)". Le même médecin, sur le fait qu'il n'a jamais fait publier ses recherches personnelles : "alors là, c'est vraiment de la pudeur, c'est parce qu'on a peur d'être ridicule ; à chaque fois que j'ai trouvé des petits trucs, j'aurais jamais osé. Bon, je garde ça pour moi, ça fait partie de mon arsenal". L'agressivité de cet "arsenal" est plus claire ici : "la médecine générale est une médecine au même niveau que les autres et elle ne devrait pas être d'un niveau hiérarchique différent de la médecine hospitalo-universitaire, elle s'adresse à un autre type de problèmes dont personne ne s'occupe".

Un autre médecin (B) : "quand vous envoyez un malade à l'hôpital, avec un diagnostic, c'est souvent que l'on fait tout à l'hôpital pour vous démontrer le contraire, et si la preuve du contraire n'a pas été faite, à ce moment-là on considère que le diagnostic était bon". Plus encore "on a mis des années (...) à comprendre quelle était notre position vis à vis des grandes structures hospitalo-universitaires. Le médecin a été infantilisé pendant ses études... et bien peu se sont débarrassés de ce complexe freudien, tout en le détestant".

Mais ce n'est pas parce que le médecin arrive à se reconnaître infantilisé qu'il opérera une révolte dans sa manière d'être, révolte contre l'autorité. Nous avons vu précédemment un médecin généraliste qui définit son action

.../...

comme celle du "premier feu". Il prépare le terrain du spécialiste. Ce faisant, il reconnaît que le véritable travail thérapeutique est effectué par le spécialiste dont il devient l'assistant. Il affirme également que l'efficacité du travail du spécialiste est liée à la qualité du travail du généraliste, donc il est amené à être jugé, dans son travail, par le spécialiste. Ce généraliste construit mythiquement une équipe de travail où les participants ont des statuts inégaux, régis par des rapports hiérarchiques, équipe où l'on peut reconnaître le chef de service hospitalier et ses assistants, le professeur et ses étudiants. Le médecin généraliste opère un glissement des structures relationnelles du monde hospitalo-universitaire au monde du travail en ville. Le généraliste propose un discours idéologique, c'est à dire décrivant les éléments de sa réalité, où le spécialiste et l'hospitalier deviennent ses "professeurs", discours où il recrée au niveau de ses confrères généralistes "l'ambiance" de ses années d'étudiant, moments privilégiés où la solitude mais aussi l'incertitude n'existaient pas. On a voulu insister sur ce point parce qu'on y voit le médecin proche de l'origine de cette ligne où se situent les membres du sous-ensemble généraliste, se sécuriser dans une idéologie directement issue du monde hospitalo-universitaire, mais qui n'est pas celle de ce monde ; monde que d'ailleurs ce même médecin accusera de l'infantiliser. Nous allons assister, tout au long de la description de cette ligne, à la mutation, aux variations de ce discours, dont la caractéristique est le déplacement de la structure hospitalière dans la sphère praticienne. De façon logique, les personnes situées à l'autre extrémité de notre ligne, avancent un discours idéologique qui extériorise le négatif de ce déplacement : lorsque le médecin généraliste est amené à enseigner, le bouleversement de la structure hospitalière est tel qu'il faut lui trouver une pédagogie nouvelle ; plutôt il se trouve une pédagogie nouvelle, rompt le lien traditionnel enseignant-enseigné, casse l'amphithéâtre, réunit les étudiants par petits groupes, bref il rend impossible l'établissement de l'ancienne structure relationnelle (expérience pédagogique de Bobigny).

En fonction de l'ensemble de ces données, il nous a paru intéressant de continuer la description du sous-ensemble praticien par la notion de groupe de travail, notion qui fut un des moteurs de l'expérimentation Spécia.

I.4.3.3. Equipe de travail et symbolique du groupe.

"J'en avais assez d'être un généraliste solitaire dans son coin. Je voulais rencontrer d'autres généralistes et discuter avec eux". Le médecin généraliste est un homme seul mais le travail solitaire est bien un a priori de la

.../...

médecine de ville. La solitude devient bientôt pesante et génère un puissant besoin de communication. Le besoin pousse le généraliste à fréquenter E.P.U. et autres groupes où il peut rencontrer d'autres généralistes. Pour diverses raisons (cf M. et R. FICHELET, opus cité), les séances d'enseignement post-universitaire déçoivent et le généraliste parle plus facilement d'autres réunions : "moi je ne rate jamais une réunion à ... où il y a vraiment des discussions entre les généralistes. On se réunit une fois par mois et c'est très intéressant pour chacun de nous. C'est la même chose qu'un E.P.U. mais chacun propose un sujet et le sujet qui est adopté à la majorité des voix est traité à la réunion suivante. Il n'y a pas d'invité de la fac qui vienne nous faire un cours magistral. On en a rien à foutre de ça, c'est entre nous".

Dès lors, on assiste à un raccourci de pensée qui va associer recherche et groupe. L'avenir de la recherche généraliste est conditionnée par l'avenir du groupe "(le devenir de la recherche) bien sûr, dans la mesure où je pense qu'il faut que les gens se groupent et apprennent à travailler ensemble. D'ailleurs (...) c'est de travailler ensemble qui permet la recherche (...) et, en dehors de la recherche, ça fait prendre conscience aux médecins de leur existence". Ainsi, la recherche devient possibilité de rencontre et la rencontre devient une motivation de recherche. La rencontre est aussi la prise de conscience de l'existence du groupe mais une prise de conscience différentielle qui établit de sévères distinctions entre les différentes catégories médicales. Notamment, les gens de la "fac" sont rejetés. Le conférencier hospitalier des E.P.U. restait un des derniers liens qui unissaient les sous-ensembles praticiens et universitaires. Ce rejet vient affirmer la volonté de rester "entre nous". Il ne s'agit pas d'un rejet de l'autre, comme censeur ou comme juge, mais comme autre.

Le généraliste opère un repli visant à la fermeture de son groupe, mais aussi à la prise de conscience d'une communauté de situation avec ses confrères. Avec eux, il retrouve une intimité qui le réchauffe et le rassure : (sur une réunion de la S.F.M.G.) "pour la première fois, je me suis vu confronté avec un système de discussion absolument intelligent de dynamique de groupe qui m'a séduit, et nous y avons passé deux jours séparés par une nuit, et cette nuit a commencé par une veillée commune où on nous a fait parler chacun à notre tour, et où nous avons eu, je pense, l'impression que nous avions tous les mêmes problèmes et que nous n'étions pas si isolés si nous le voulions bien, ça m'a apporté beaucoup". Quête du groupe qui revit dans la veillée où l'on peut s'abandonner à l'amitié et abandonner son masque d'autorité tout en étant mis en valeur : "On nous a

.../...

fait parler chacun à notre tour". Cela se passe de la même façon dans les E.P.U., mais l'abandon de l'autorité n'est pas au profit d'un "autre", il est fait au profit de membres du même sous-ensemble.

Enfin, le généraliste constate que ce groupe est générateur de savoir : "individuellement, quand on est dans un groupe amical, il y a un même dénominateur commun psychologique. Là on trouve le moyen de faire sortir n'importe quoi parce qu'on se comprend très bien". Alors que les querelles entre généralistes ne sont pas rares (profession libérale, la médecine n'ignore pas la concurrence), toute évocation d'un groupe de recherche ou de formation se fait dans le cadre d'un "groupe amical". En fait, l'association étroite entre groupe et recherche ne fait que signaler que chacun de ces deux termes est un catalyseur pour l'autre. Le généraliste ferait de la recherche pour le groupe qu'elle permet et va vers le groupe pour le travail qui s'y fait. Il semble important de toujours garder en mémoire l'aspect affectif de la liaison généraliste - recherche.

La chaleur du groupe et le rejet de l'universitaire posent le problème de la légitimation du groupe. Dans le cadre de l'E.P.U., l'abandon de l'autorité du généraliste ou, pour certains, son infantilisation, se fait positivement au profit de la reconnaissance de son existence. En dehors des E.P.U. et dans les communautés de recherche généralistes, il n'y a plus personne pour légitimer sinon l'action, du moins le groupe lui-même "le médecin est quelqu'un qui a toujours l'impression que ce qu'il fait n'intéresse que lui et son patient. De sentir qu'il y a d'autres médecins qui participent au travail, une entreprise de dimension nationale qui attend qu'il veuille bien dire ce qu'il a constaté à son niveau, ça doit pouvoir l'aider". Le généraliste opère d'abord une destruction du groupe premier, l'E.P.U., et le reconstruit avec les mêmes structures. Mais là où il y avait l'université, on trouve maintenant un groupe pharmaceutique. Le généraliste rejette une légitimation traditionnelle. Il confère un pouvoir légitimant à une industrie. Le praticien opère de lui-même des déplacements dans l'espace symbolique du champ de la santé.

I.4.3.4. Quelle recherche en médecine générale ?

Abordant le problème précis de la recherche en médecine générale, nous nous devons de relever dans le discours des généralistes ce qui peut la distinguer des recherches en milieu hospitalier. Ensuite, nous essayerons de cerner ce qui peut faire la richesse de cette recherche généraliste.

.../...

I.4.3.5. Recherche en Médecine de ville, Recherche en milieu hospitalier.

"...Les universitaires hospitaliers à temps plein ne voient plus les mêmes types de malades, en tout cas, ils ne les voient plus en liberté...". Ce malade en liberté qualifie immédiatement l'opposition entre l'hôpital et le cabinet privé. Parler de liberté, c'est évoquer également un ensemble de valeurs positives que l'on refuse à l'hôpital. "Certaines choses que l'on nous apprend ne sont pas vraies. Alors qu'elles sont prouvées par les statistiques hospitalières, elles ne sont pas vraies pour l'exercice quotidien. C'est le même malade, mais ce n'est pas le même dans son cursus, ce n'est pas le même dans sa tranche de vie, ce n'est pas le même parce qu'il est couché au lieu d'être debout, ce n'est pas le même parce qu'il n'est pas au même temps de l'évolution de sa maladie, parce qu'il n'est pas à l'hôpital". Affirmer qu'un même malade est différent à l'hôpital qu'en ville, c'est affirmer que les recherches doivent être différentes, c'est affirmer que ce qui est vrai pour l'hospitalier n'est pas nécessairement vrai pour le généraliste. Si on oppose un malade en liberté à un malade enfermé, on qualifie de la même façon la recherche en ville et la recherche en hôpital. On rend féconde la première pour stériliser la seconde : "autant la recherche clinique en hôpital est finie, ils ont tout fait, autant la recherche en médecine générale dans les conditions spécifiques de notre exercice -ce qui touche quand même 85 % des malades- là, il y a quelque chose à trouver. On aura peut-être des surprises pharamineuses sur le fait qu'il y a des choses qui ne sont pas vraies et pas seulement dans le domaine psychosomatique (...) mais même dans les domaines purement cliniciens, il y a des choses qui sont vraies sur des malades couchés...". Cette différence qualitative entre les deux sous-ensembles de la santé, nous avons déjà vu qu'elle est traduite chez certains par une opposition politique entre deux mondes rivaux. Quand il s'agit de recherche, les affirmations se teintent de plus de tolérance, en pariant sur l'avenir. "Il y a certainement des tentatives de blocage de la part des hospitaliers, mais ça je pense qu'à la longue on peut les rompre...". "Les hospitaliers universitaires sont très jaloux de leurs prérogatives d'enseignants et de chercheurs. Ils dénie à toute autre catégorie de médecins ces deux qualités, d'une part de chercheur, d'autre part, de pédagogue. C'est ce qui explique la détérioration à l'heure actuelle entre les universitaires et les généralistes (...) la médecine qui se pratique à l'hôpital et la médecine qui se pratique en pratique courante, sont séparées par un abîme. Tant que nous n'aurons pas jeté des ponts au-dessus de cet abîme, nous n'arriverons à rien de bon".

En fait, il existe une différence de nature interne à la recherche dans les deux sous-ensembles. Seul un médecin (B) l'exposera clairement :

.../...

"En expérimentation jusqu'à présent (...) on confiait le produit à des cliniciens dans un hôpital qui le prescrivait pendant 10 jours, 15 jours, à leurs patients, qui étaient sûrs qu'ils le prenaient puisque c'était en milieu hospitalier (...). On faisait un bilan biologique avant et après. Ils avaient une nourriture qui était contrôlée (...). Mais lorsque l'on sort de l'hôpital, qu'on donne des traitements, non pendant 10 jours ou un mois, mais qu'on les donne pendant six mois, on a des résultats différents. Ensuite, les gens ne les prennent pas toujours, ils en prennent plus ou moins, ils interprètent le traitement. Ils ont une vie irrégulière (...) ce qui fait que les conditions de prescription pour un généraliste sont totalement différentes de celles dans lesquelles le médicament a été expérimenté".

Les relations entre l'hôpital et le cabinet en ville sont souvent traduites par des prises de position partisans et rarement par des analyses descriptives telle que l'illustre la dernière citation. C'est oublier que l'hôpital est aujourd'hui la symbolisation reconnue et exclusive de la médecine et que ce symbole qui devrait être le lien entre les différents acteurs du champ médical est, au contraire, sectaire et "infantilisant". Le généraliste reconnaît à l'hôpital un prestige populaire qu'on lui refuse. Il le rend complice de sa situation d'isolement. On peut formuler l'hypothèse suivante : le médecin généraliste trouve (entre autres) un moteur à son activité de chercheur dans la connaissance de ce que cette activité provoque l'opposition des hospitaliers, autant que dans la prise de conscience d'une différence qualitative entre lui et l'hôpital.

I.4.3.6. Le Domaine de la recherche généraliste.

Jusqu'à présent, nous avons spécifié la recherche généraliste par rapport au domaine hospitalier. Cette définition différentielle laisse parfois la place à des définitions centrées sur la médecine générale et le généraliste. "Jusqu'à présent, le médecin généraliste est là pour soigner les gens, il s'est borné à ça, il n'a jamais été pensé par l'ensemble des médecins généralistes qu'ils pourraient faire autre chose, c'est à dire tirer profit de leur expérience quotidienne". Un autre médecin : "on se rend très bien compte de la quantité du capital de connaissances que les médecins peuvent avoir emmagasinés et qui ne sont jamais redistribués et je pense qu'il y a là certainement beaucoup à faire (...), mais j'avoue que je ne sais absolument pas quelle est la forme à donner pour mémoriser, matérialiser (...), faire ressortir cette connaissance que nous avons chacun".

.../...

Pour résumer, nous parlerons d'un capital de connaissances fondées sur l'expérience quotidienne. L'exploitation de ce capital est le champ de la recherche généraliste. Les deux citations précédentes proviennent de médecins (B). Pour définir un domaine de recherche, elles ne recourent pas à une terminologie scientifique (chimiothérapie, psychosomatique, méthodes, etc..) mais à une extraordinaire valorisation des médecins généralistes, détenteurs d'un capital. Travailler avec ce capital (le faire fructifier), c'est "mémoriser", "matérialiser", c'est communiquer ! Communiquer en transmettant un capital, c'est à dire lorsqu'il y a un émetteur et un récepteur, n'est-ce pas de l'enseignement ? Effectivement, et nous abordons ici un point primordial de cet exposé : la recherche est pour beaucoup, et particulièrement pour les (B), un enseignement. La recherche est alors un problème relationnel entre un enseignant et un enseigné.

Nous avons déjà parlé brièvement de l'expérience pédagogique de Bobigny. Elle est aussi problème relationnel entre le généraliste et l'université qui doit l'accepter. Sur ce point, les médecins (B) rejoignent nettement les médecins (A), car la définition de la recherche en terme de communication renvoie nécessairement à la valorisation du médecin par l'intermédiaire d'une activité parallèle (chercheur ou enseignant). Mais le médecin A reste un personnage social : le statut de chercheur est décerné après formation d'un consensus social, alors que B reste un personnage qui intériorise son statut (son capital est en lui) et un personnage agissant dans les petits groupes (comme les petits groupes d'enseignement à Bobigny).

Par contre, on voit se dessiner une nouvelle opposition illustrée par la citation suivante : "au niveau hospitalier, on peut choisir des critères scientifiques qui peuvent se baser sur des mesures (...), au niveau de notre expérimentation que nous avons nous, c'est une expérimentation du niveau humain. Ça va poser des problèmes que je conçois, mais qu'il me sera très difficile d'exprimer parce qu'ils doivent être très individuels, et pour lesquels il sera très difficile même de juger des résultats (...) Au niveau du Sectral, la réflexion très générale qu'il en est sortie, c'est au niveau du mieux-être. Ça, ça ne se mesure pas, c'est le malade qui le DIT, puis on le sent, on le flaire...". Peut-on opposer mesure et flair ?

.../...

I.4.3.7. Le Médecin et la Recherche.

La Recherche en Médecine Générale peut-elle être scientifique ?

Qu'est-ce que la recherche ? Comment la différencier d'une expérimentation ? Où est l'objet de recherche et qui constitue le fait scientifique ? Voilà une série de questions qui n'ont jamais été soulevées et donc auxquelles il n'a pas été répondu dans la communauté de recherche Spécia. Il règne sur le mot recherche une ambiguïté qui vicie le débat et disperse les opinions. On peut rappeler brièvement les conditions spécifiques de l'étude de l'Acébutolol : en premier lieu, la recherche est une prérogative du monde hospitalo-universitaire dont la pratique exclut les généralistes de ville. Se mêlant de recherche, le généraliste s'octroie un attribut qui ne lui appartient pas dans l'idéologie dominante. Il opère un acte politique autant qu'un acte de travail. Il affronte ouvertement les instances traditionnellement légitimantes. S'il s'avoue chercheur, le généraliste opère bien une innovation épistémologique bousculant le champ premier et reformulant l'objet de recherche. "En fait, on connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même, fait obstacle à la spiritualisation". écrivait Bachelard (La Formation de l'Esprit Scientifique, Paris, 1938). Il écrivait également que "la connaissance du réel est une lumière qui projette toujours quelque part des ombres". (op. cit.).

Comment définir la recherche et la dire scientifique ? "la recherche scientifique réclame, au lieu de la parade du doute universel, la constitution d'une problématique. Elle prend son départ réel dans un problème, ce problème fut-il mal posé. Le moi scientifique est alors programme d'expériences, tandis que le non-moi scientifique est déjà problématique constituée (...). Un problème scientifique se pose à partir d'une corrélation de lois. Faute d'un protocole préliminaire de lois, un fait limité à une constatation risque d'être mal compris". (Bachelard, le Rationalisme appliqué, Paris, 1949).

Le passage du non-moi scientifique au moi scientifique serait le passage de la problématique constituée au programme d'expérience. L'obstacle épistémologique est tel dans le cadre de la santé, que les promoteurs généralistes de l'étude de l'Acébutolol n'ont pu accéder directement à la recherche scientifique mais ont dû transiter par la problématique constituée. Les termes du contrat entre la S.F.M.G., la Société Médicale BALINT et les Laboratoires SPECIA, pour l'étude de l'Acébutolol étaient ceux-ci : "les expertises cliniques nécessaires à l'obtention de la mise sur le marché d'un produit nouveau étant réalisées en milieu exclusivement
.../...

hospitalier, il paraît indispensable que des études de qualité soient réalisées également en médecine praticienne.

Dans ce but, la Société Française de Médecine Générale et la Société Médicale Balint ont créé un groupe d'études "pour l'extension des essais cliniques en médecine praticienne." On propose un transfert des essais cliniques de l'hôpital vers la médecine praticienne. La médecine praticienne serait "le fait scientifique" mais limité à la 1^{re} constatation de la spécificité de la médecine pratiquée en cabinet de ville. C'est la reprise d'une problématique hospitalière (l'essai clinique) appliquée à un fait nouveau (le cabinet de ville). La problématique reste figée (absence de réflexion sur l'étude des grands nombres) et le fait n'est pas construit (sur quoi est fondée la spécificité de la médecine pratiquée en cabinet de ville). Quant à l'objet de l'étude, c'est l'Acébutolol. Dès lors, le caractère scientifique de l'étude devient conditionné par les possibilités de contrôle de l'objectivité des observations, par le sérieux de la collecte des données, et surtout par l'uniformité des conditions de l'expérimentation. Les séries statistiques doivent préserver l'homogénéité des populations observées. La non-construction d'un réseau de lois sur la spécificité de la médecine générale interdit l'étude de la méthode statistique à employer et va permettre le règne d'une ambiguïté totale sur la scientificité de l'étude. Cette ambiguïté va disparaître pour certains ; notamment, le rapport définitif portera le titre de "Essais cliniques sur l'Acébutolol et recherche sur la maladie hypertensive en médecine extra-hospitalière". L'Acébutolol est resté l'objet d'une expérimentation mais on a construit un fait nouveau, hors de toute problématique constituée : la maladie hypertensive en médecine extra-hospitalière. Contre les théories hospitalières, on va construire un programme d'observations (en fait a posteriori) sur l'adhésion au traitement, le dépistage, les abandons, le traitement comme stratégie. En construisant une recherche scientifique, les promoteurs vont distinguer deux populations de chercheurs : la première collecte les données, la seconde fait une recherche sur ces données. A aucun moment on ne verra une explication précise du statut de chacun, alors que la continuité de l'étude est assurée par l'affirmation d'une "communauté de recherche".

Ainsi, le Dr de COULIBOEUF écrit sur l'histoire de l'étude :
 "d'une manière générale, l'observation plus attentive, à l'occasion de l'essai, des hypertendus, éloigne des "certitudes" théoriques et décontenance certains : quelques critiques inopinées estiment le protocole trop peu "scientifique", laissant supposer la résurgence et la prégnance du modèle hospitalo-universitaire... mais l'expression même devant le groupe de ces difficultés personnelles (...)
 permet une réassurance individuelle ; surtout elle met en lumière les difficultés

.../..

propres actuellement à la recherche en médecine générale, la cohésion du groupe en tant que communauté de recherche en est finalement accrue". (Cahiers de la S.F.M.G. n° 3/4, 1977).

Affirmer le statut d'un groupe comme communauté de recherche n'est pas résoudre l'interrogation des membres sur leur statut. Cette interrogation va diminuer avec l'estimation de la légitimité du groupe à exister en tant que communauté de recherche. Bref, il faut savoir si l'on reconnaît en tant que tel le pouvoir légitimant de l'instance qui paraît exercer ce pouvoir. C'est de nouveau une appréciation sur la place et le rôle de l'industrie pharmaceutique dans le champ symbolique. Dans le discours des généralistes, et en fonction de cette appréciation, nous voyons apparaître, ou non, le problème de la scientificité de la recherche Spécia.

La scientificité de la recherche Spécia

Nous retrouvons encore une fois la distinction entre médecins (A) et (B). Les (A) ont plus tendance à poser en termes clairs une problématique propre à la recherche en médecine générale. Les (B), plus sujets que les premiers à l'attrait hospitalo-universitaire, moins sûrs de leur statut mais très attirés par le "groupe", posent le problème d'une opposition entre empirisme et scientificité, et s'interrogent sur la valeur des conclusions tirées de leurs observations.

A une extrémité de ces discours, on trouvera un médecin (B) pour qui la recherche pour le généraliste, c'est être admis à l'hôpital : "on n'a pas le droit de participer à quoi que ce soit dans le cadre hospitalier (...). Il y a des gens qu'on doit hospitaliser, on ne peut pas soigner tout le monde. C'est sur ceux-là qu'il y a des choses intéressantes à chercher, cela ne se fait qu'à l'hôpital. Si on pouvait participer, appartenir à l'équipe hospitalière, on pourrait faire des recherches".

On trouvera également une série de raisonnements qui, implicitement, demande de recréer en médecine de ville les conditions de l'expérimentation en hôpital. "La recherche partirait de données de l'expérience et d'un médicament qui n'a jamais été utilisé dans un type de maladie définie, et partir de zéro par la prescription de ce médicament dans des conditions que l'on verrait s'établir au long de l'expérience qui serait fatalement longue et avec des supports nombreux (...) ou bien alors orienter la prescription de ce médicament dans une direction qui n'a jamais été prévue par le promoteur de ce dit médicament et voir ce qui en découle. La recherche (...) est la rencontre d'évènements fortuits qui vous mettent

sur une ligne qui n'a jamais été défrichée". Nous sommes là dans un domaine fantasmatique qui est un produit pur de la vulgarisation scientifique en général. Il est des obstacles (épistémologiques) sur lesquels le raisonnement s'estompe et finit par disparaître au profit du seul discours idéologique.

On observe une série de remarques sur l'utilisation des statistiques. "La recherche, pour moi, c'est quelque chose portant sur un grand nombre. C'est une chose beaucoup plus scientifique, beaucoup plus codifiée. Les observations qu'on peut faire sur un petit nombre, les choses personnelles, c'est pas pour moi de la recherche" (...) je ne crois pas qu'on puisse concevoir une recherche sans passer par la notion de statistiques actuellement (...) c'est dommage d'ailleurs parce que les mathématiciens nous disent en général que nos travaux ne valent pas un clou (...)", d'où un sérieux problème quant à l'objectivité des données, du fait des abandons : "pour avoir 6 observations qui vont jusqu'au bout, il vous en faut 8, et alors là vous ne pouvez pas ! car vous ne pouvez pas statistiquement vous permettre de ne publier que les 6 que vous avez suivies jusqu'au bout, statistiquement c'est biaisé (...)". Enfin, le médecin évalue, lors de la première visite, la capacité d'un hypertendu à ne pas abandonner, évaluation toute psychologique qui modèle l'échantillon aux préjugés du médecin.

À l'opposé, nous trouverons un médecin (A) qui n'est pas moins inquiet sur la portée de ses travaux, mais ayant rejeté plus franchement le "fait" Acébutolol, il a du mal à définir un nouveau "fait". "C'est à dire que l'on soit sûr que cette recherche ait vraiment une valeur scientifique, objectif... pas nécessairement avec des appareils et des statistiques, mais enfin que ce soit une recherche bien faite, bien programmée, bien suivie (...). Cette recherche est différente (de la recherche hospitalière) et elle peut acquérir une certaine spécificité qu'on ne voit pas très bien encore d'ailleurs, mais peut-être que dans quelques années...la relation avec le malade, c'est la seule spécificité qu'on puisse trouver en médecine générale, parce qu'en ce qui concerne le médicament lui-même, il est certain que l'expérimentation sera bien moins objective et disposera de bien moins de matériel que ce qu'on peut trouver dans un hôpital". Un autre médecin (A) évoque cette recherche généraliste dans ces termes : "je pense également que la médecine qui est faite à ce niveau (dans le cabinet en ville) est la recherche, c'est à dire cette sorte de recherche quotidienne des réactions des malades en fonction d'une thérapeutique". Un dernier médecin, moins facilement cernable, à mi-distance entre les (A) et les (B) conclura pour nous : "la statistique est biaisée ; s'il fallait une statistique valable, il faudrait prendre tous les hypertendus qui viennent parce que, sans quoi, il (le docteur) choisit sur

.../...

indications. Oui mais c'est cela, est-ce que la statistique est vraiment toujours applicable aux problèmes humains d'expérimentation ?...".

I.4.3.8. Recherche et argent.

Poser le problème de la rémunération de la recherche n'est pas poser un faux problème ni surtout un problème inintéressant. Que la rémunération soit symbolique et la recherche n'est plus que du domaine du prestige social. Elle appelle la munificence du généraliste qui, s'il s'en montre capable, se renvoie dès lors dans un monde légèrement phantasmatique où l'acte de recherche est valorisé comme sacrifice à l'humanité, acte ostentatoire qui hisse le chercheur au rang de ceux "qui peuvent" ou qui savent se sacrifier. Ils demandent une reconnaissance idéologique et non une reconnaissance sociale. Cette dernière viendrait de généralistes d'un autre type. Ils ne font plus don de leur savoir. Ils ne font qu'exécuter un travail intellectuel qui n'est souvent qu'une amélioration de leur pratique, donc amélioration du système^{de} santé. Pour cela, ils passent du temps, des heures de travail, d'où la nécessité pour nous d'examiner également ce qu'est le temps du médecin lorsqu'il est consacré à la recherche, dans son espace professionnel. Enfin, la nécessité d'une rémunération monétaire est revendicatrice (il faut en fixer le niveau juste), elle est aussi affirmation d'un statut social puisqu'en payant on reconnaît le chercheur.

Du moins, telles sont nos hypothèses en la matière, nous allons essayer de les infirmer ou confirmer par l'examen des discours des médecins réalisés au cours des entretiens.

La rémunération.

La question de la nécessité de la rémunération de la recherche généraliste fut posée clairement à chacun de nos interlocuteurs. Personne n'y a répondu de façon univoque. On s'aperçoit que l'éventail des réponses n'évolue pas entre OUI et NON, mais entre les deux termes d'une même opinion qui se résumerait en : dans certains cas, OUI, dans d'autres, NON.

Les réponses ne peuvent renvoyer à la recherche, acte prestigieux pour les uns, affirmation de statut pour les autres (on remarque quand même un médecin (A) pour dire OUI à la rémunération parce que la recherche augmente la qualité de son service et deux médecins (B) pour prôner le bénévolat mais sans trop de justifications précises). "(Il y a) le problème du manque à gagner et du temps passé. Il faut donc un minimum de rémunération, mais la carotte (c'est-à-dire

.../...

la rémunération) est moins importante que l'intérêt que l'on porte. Je pense que ça demande une prise de conscience de l'intérêt de cette recherche. Il y a un minimum de publicité (à faire pour recruter les chercheurs) mais ce n'est pas une publicité tapageuse (c'est-à-dire, elle ne doit pas évoquer l'argent). Cette publicité doit être honnête, c'est-à-dire aussi bien montrer les côtés ingrats, quotidiens, pénibles, sans gloire si j'ose dire, en même temps que l'aspect intéressant". C'est dire que l'attrait d'un salaire peut amener des médecins à la recherche, alors qu'ils devraient y venir uniquement pour elle-même, un dédommagement étant sous-entendu. Il s'agit bien de cela, opposée à un salaire qui constituerait une publicité tapageuse, la recherche, pour garder toute sa valeur, doit être un sacerdoce où il ne peut être question de "faire" de l'argent? Elle devient un thème mythique avec sa gloire opposée à ses "côtés" ingrats, quotidiens, pénibles...".

En fait, il s'agit de faire coïncider une recherche désintéressée et prestigieuse, impliquant le refus de la rentabilité immédiate de l'acte, avec la nécessité de vivre de son travail. Chez nombre d'entre eux, on voit une peur manifeste d'une désacralisation de la recherche par l'argent. "...Si c'est rémunéré, cela peut être une motivation supplémentaire. Peut-être le fait quand même, comme une consultation, de se dire que c'est pas un acte gratuit (...), mais enfin je ne pense pas que ce soit ça qui doit attirer le médecin à la recherche. Il faut qu'il soit déjà attiré et ça peut être un atout supplémentaire. Mais si il n'y avait que ça, je crois que ce serait de la mauvaise recherche". Un médecin nous dira que "être chercheur, c'est déjà être altruiste et désintéressé. Certes, il faut de l'argent pour le chercheur (mais) un généraliste pourrait faire de la recherche sans être rémunéré". C'est un effort évident pour idéaliser la recherche et donc le chercheur.

Pour mieux interpréter cela, il faut replacer ces citations dans leur contexte. "Je pense qu'une recherche faite pour un médicament qui a un but thérapeutique bien sûr, mais qui va déboucher sur un créneau économique, rentabilité, c'est du commerce. C'est normal que tous ceux qui ont contribué à sa construction, son élaboration, que leurs efforts soient rémunérés sans plus (...). Par contre, il peut y avoir un désir de recherche non lucratif, non payé, qui ait un intérêt personnel". Pour un autre médecin, promouvoir la recherche en médecine générale demande une condition : "il faudrait déjà un changement dans les esprits, c'est-à-dire que le milieu médical ne soit pas orienté uniquement sur le profit. Je crois que c'est la première condition. Je crois que je suis assez bien inséré dans le milieu pour savoir comment il est, et j'ai l'impression qu'il y a une seule chose qui compte pour eux : faire le plus de "pognon" possible".

.../...

En fait, les médecins ne répondent pas à une question sur la rémunération de la recherche. Ils répondent à la question : pourquoi je fais de la recherche en étant mal rémunéré. A cela, ils se répondent qu'il leur est nécessaire de pouvoir se compter et de pouvoir compter quelques amis dans un domaine détaché du réel, un domaine idéalisé où l'argent n'est plus le principe premier. Non par naïveté économique, mais par refus de la nouvelle organisation du secteur de la Santé, la perte de son influence sociale, la pression fiscale, la concurrence, le force à se pencher sur un problème neuf : sa propre rentabilité. Tous les chercheurs interrogés ne sont plus très jeunes, ils ont tous connus une époque où ils furent aisés. Aujourd'hui, ils ont l'impression de déroger. Alors ils veulent exiger d'être parés des attributs qui furent les leurs : la possibilité de ne pas considérer ce qui n'est qu'une contingence matérielle.

Dans ces déclarations sur l'altruisme et le désintéressement du chercheur, on retrouve cette angoisse sur le devenir du médecin qui le pousse vers les autres, dans l'intimité du groupe, dans le réconfort de la communauté du sort.

Ici, on s'aperçoit d'un hiatus entre les positions des promoteurs de la recherche Spécia et les positions de ceux qui ont collecté les données, car pour les premiers c'est justement parce que le médecin perd son statut passé que dans son activité de chercheur, là au moins il a un statut en tant que tel, expression du consensus social sur son activité, expression concrétisée par le versement d'un salaire.

Qui doit payer ?

Le problème même de qui doit payer la recherche en milieu généraliste est du même ordre que le précédent. Il y a un éventail de réponses qui implique différentes prises de position sur la statut du chercheur généraliste : ou bien un organisme d'Etat prend ces travaux à sa charge et c'est une instance légitimante classique qui accorde un statut et son label ; ou bien c'est l'industrie privée et on assiste à un remodelage du champ de la santé où, encore une fois, c'est le généraliste qui va conférer aux laboratoires le pouvoir de le légitimer. Il est clair que dans ce dernier cas, le généraliste moins conscient que les autres de sa place véritable dans le champ symbolique, peut percevoir cela comme une légitimation au rabais.

.../...

Mais encore une fois, le généraliste frustre le sociologue dans ses prévisions. Dès la formulation de la question sur l'origine du financement, le généraliste refuse toute perspective globalisante ou théorique "on pourrait très bien faire quelque chose bénévolement, mais disposer quand même d'argent pour faire faire des examens parce que c'est bien gentil, actuellement vous voulez faire une recherche quelconque, l'expérimentation du Spectral (...), ça nécessite de faire faire des analyses fréquentes. Vous faites cela, bien, c'est la Sécurité Sociale qui le paye. Ce n'est pas logique de faire de la recherche sur le compte de la Sécurité Sociale. Il y aurait un organisme financier qui paye cette recherche, ce ne serait pas plus mal ; sans que pour autant nous touchions une indemnité quelconque. Ce sont deux problèmes qui ne sont pas liés (...), actuellement, il n'y a que les laboratoires qui financent, uniquement, il n'y a rien d'autre. Donc, ce n'est pas moral qu'on ne puisse faire cela que par l'intermédiaire des laboratoires. Si on fait une recherche thérapeutique, après tout c'est normal parce que c'est dans l'intérêt des laboratoires (...) mais il ne faut pas être lié uniquement au laboratoire".

Ce médecin répond sur deux plans : celui de la moralité, celui de son indépendance. Or, ces deux termes s'ils sont inséparables de la hiéraldique de la recherche au XIX^e Siècle, sont aussi des qualificatifs exacts de ce qu'était le médecin hier. Mais dans un autre sens, le discours de ce médecin contient une référence à son statut, car s'il trouve immoral de faire financer la recherche par la Sécurité Sociale, il estime aussi que c'est là un financement occulte, par le biais du remboursement des analyses. En réclamant un organisme financier spécifique, il demande un financement officiel, c'est-à-dire sa "reconnaissance" officielle.

Le temps

L'argument du temps ou du manque de temps est caractéristique du discours sur la recherche en milieu praticiens. Faire parler les chercheurs, donc ceux qui ont résolu le problème du temps, nous procure des informations précieuses, non seulement sur les rythmes de la journée du généraliste, mais aussi sur l'organisation de la consultation, comme signal de la relation malade/médecin. Le généraliste n'est pas avare de paroles sur un sujet qui le préoccupe au premier plan. On distinguera deux définitions du temps : la première introduit la recherche en opposant travail et loisirs, c'est-à-dire tout travail supplémentaire est pris sur les loisirs. La seconde fait de la recherche un moment de la consultation, comprise dans son temps, défini par l'entrée et la sortie d'un malade du cabinet.

.../...

En fait, les généralistes qui ont accompli l'expérimentation Spécia ont une position relativement unanime sur ce thème. Le rythme de travail ne se mesure pas en heures mais en jours. Donc, l'opposition heure de la journée (travail) heure de la soirée (loisir) n'existe pas pour laisser la place au couple jour de la semaine - fin de semaine. Dès lors, recherches, réunions, "tout ça se passe à l'intérieur du temps de travail (...)" alors ce qu'on a fait, on a ajouté une seconde vie. C'est quelquefois dur à vivre". Au niveau purement matériel, cette expérimentation "nécessiterait quelques minutes, voire quelques secondes d'annotation après consultation, sur les sujets qui relevaient de la recherche. Bon, il y avait un petit travail de secrétariat à faire après, qu'on pouvait faire en fin de semaine ou en fin de journée et qui ne représentait pas un temps considérable".

Mais surtout, ce temps de la recherche, c'est également un temps thérapeutique : "à l'occasion d'une consultation et d'une visite, consigner un certain nombre de données ou de critères de réflexion, ça prend peut-être un peu de temps, mais c'est un peu plus de temps consacré au malade et le malade s'en rend compte, même s'il n'a pas conscience qu'on rédige une observation dans d'autres buts. C'est du temps qu'on a passé avec lui, à lui poser des questions, à s'intéresser à lui et ça lui est bénéfique. Donc ça rapporte quand même au malade parce qu'on aura fait plus attention à lui".

L'expérimentation intervient pour améliorer la relation thérapeutique entre le malade et le médecin en prolongeant la consultation. En tant que telle et si on ajoute la nécessité de transmettre un savoir, la recherche devient un élément indissociable de l'exercice généraliste. C'est effectivement ce qu'estime la grande majorité des expérimentateurs de l'Acébutolol.

"Il faut une harmonie entre le désir d'exprimer ce que l'on vit en faisant sa profession tous les jours, et ce qu'on a envie de faire passer parce que c'est un capital important. Harmoniser avec le temps qu'on va y consacrer sans y perdre la rentabilité nécessaire au niveau de sa profession sans chercher à avoir une médecine qui rapporte."

"On a une fonction, et dans cette fonction il y a des paramètres nouveaux à inclure (...), c'est tout ce que nous vivons de médical qu'il faut pouvoir exprimer, élaborer, mettre en enquête, en étude. Eh bien, je crois que ça fait partie de notre fonction".

.../...

I.4.3.9. Les Abandons

Un des problèmes de la recherche en médecine générale, menée par des généralistes, est l'assiduité à cette recherche. La recherche Spécia réunit pour son lancement 120 médecins. Ils seront 85 à la fin de l'essai. Le départ d'environ 25 % des participants est préoccupant à plus d'un titre. En premier lieu, il remet en cause la validité de tout raisonnement axé sur les grands nombres, si une part des malades prévus au départ disparaissent (avec leur médecin traitant) au cours de l'expérimentation, la non-connaissance de leurs caractéristiques signalétiques crée un manque. En second lieu, une prévision d'abandon de 25 % des membres actifs d'une recherche future demande, au niveau des prévisions de collecte des données, un surdimensionnement coûteux.

Enfin, et ce n'est pas le moindre aspect, si l'abandon fut de 25 % pour la recherche Spécia, elle est autrement importante pour d'autres tentatives. Le succès ou l'échec d'une recherche viennent à dépendre de la justesse des prédictions en matière d'abandon. Il est donc nécessaire de pouvoir expliquer les déterminants en la matière.

Nous laisserons de côté toutes interprétations venant des promoteurs. Quelle que soit leur valeur, elles ne peuvent être que subjectives.

Par contre, nous pouvons essayer de lire les discours sur les abandons de la part de ceux qui ont et qui n'ont pas abandonné, dans les rangs des collecteurs de données. L'examen de ces discours, s'il n'a pas pour but de trouver "l'explication", essaiera de qualifier le registre de la "justification" (1). Les personnes ayant abandonné font l'objet d'un chapitre particulier.

.../...

(1) On a essayé de voir si les médecins qui avaient rendu un nombre de protocoles inférieur à la demande présentaient (eux et leurs malades) des caractéristiques statistiques. Il n'en fut pas trouvé mais il est clair qu'il y aura toujours une variable non testée, le choix des variations testées relevant d'hypothèses formulées ou non (cf RGSOWSKY).

Les abandons par ceux qui n'ont pas abandonné

Les chercheurs ayant poursuivi l'expérimentation Spécia jusqu'à son terme ont un discours homogène sur les confrères qui les ont quittés. Les problèmes de temps et d'argent sont évidemment évoqués. Les médecins sont débordés, d'une part, le métier présente une nécessité nouvelle de rentabilité, d'autre part. Mais nous avons vu que pour eux-mêmes cela ne pouvait être des arguments sérieux. Le temps passé pour l'expérimentation est : soit négligeable, soit incorporé à l'activité thérapeutique. La rémunération est rejetée s'il s'agit d'en faire un salariat, acceptée s'il s'agit d'un simple défraiement ou d'une reconnaissance statutaire.

Bref, ils ne peuvent accepter véritablement pour les autres ce qu'ils refusent pour eux. Les arguments sur le manque de temps et le manque à gagner, s'ils sont superficiellement vrais, ne correspondent pas à leurs vérités. Cela est d'autant plus visible que les médecins ne se bornent jamais à trouver des explications du côté du temps et de l'argent. Ils essayent tous de justifier la psychologie de celui qui a abandonné. Ils portent un discours "psychologisant" qui ne peut que se rapporter à eux-mêmes. Ils expriment les raisons pour lesquelles ils auraient pu, eux, abandonner. On a choisi de citer une intervention extrêmement claire bien qu'un peu longue : "... d'autres malades (lapsus, malade est pour médecin !) ont laissé tomber cette expérimentation (...) parce qu'il y a eu des difficultés pour eux, dans la mesure où ils n'ont pas pu assumer parfaitement les modifications qu'introduisait de sélectionner des malades pour une expérimentation, avec les conséquences que cela avait sur leur exercice traditionnel (...) ou bien le médecin n'a aucune formation psychologique et il ne va pas se rendre compte que dans l'expérimentation qu'il a conduite il se passe des choses qui vont modifier le climat et introduire en lui des peurs. Et j'ai été très frappé, dans les réunions à propos de l'expérimentation, que beaucoup de médecins (...) aient beaucoup évoqué les problèmes juridiques de responsabilité. Pour moi, c'était la preuve qu'ils exprimaient de manière inconsciente qu'ils n'assumaient pas ce qu'ils avaient provoqué de transformation de l'atmosphère traditionnelle de médecine générale et qui déclenchait en eux des angoisses (...). On peut dire que ceux qui ont parlé des aspects juridiques, des craintes qu'il arrive un accident (...), etc... ; ceux-là ont peut-être abandonné en trouvant des prétextes ou tout simplement parce qu'ils s'en sont lassés sans savoir les raisons véritables et inconscientes qu'ils n'ont pas analysées et pas assumées. D'un autre côté, peut-être aussi que des médecins plus formés en psychologie, balintiens, ou non (...) ont au contraire mesuré l'ampleur du problème et (...) ont ou bien choisi (de continuer) ou bien se sont trouvés un peu débordés et n'ont pu assumer complètement cette

.../...

angoisse qu'ils portaient en eux". Cette citation est claire sur trois points :

- 1/ la recherche modifie l'exercice du médecin,
- 2/ le généraliste non formé à certaines méthodes psycho-thérapeutiques a pu avoir des demandes législatives mais s'est peu soucié des réponses puisque, pour une même donnée, certains ont abandonné, d'autres pas. La demande était donc plutôt sur l'existence ou la non-existence d'une aide législative, c'est-à-dire d'une législation le concernant, bref de sa place dans une structure de recherche ; la solitude dans le cabinet doit être compensée par la compagnie dans la structure, c'est la demande du statut.
- 3/ Le médecin formé aux techniques psycho-thérapeutiques, dans la mesure où il est conscient de son angoisse, peut trouver plus simple de supprimer la cause de son angoisse plutôt que de la compenser. Dans ce cas, il ne saurait se satisfaire de l'octroi d'un statut, réponse symbolique (collective) à une interrogation (une angoisse) individuelle.

Les abandons par ceux qui ont abandonné

Il n'est pas inutile de rappeler la composition du champ de la santé tel que nous l'avons défini jusqu'ici. Il est composé de plusieurs sous-ensembles. Certains ont des fonctions symboliques de légitimation ; d'autres ont des fonctions assignées par les pouvoirs légitimants ; la distance qui sépare chaque sous-ensemble et la place de chacun dans le champ ne sont pas dues au hasard ; elles sont indiquées et distribuées par les détenteurs du pouvoir opérant dans le champ.

Parmi les sous-ensembles, on en trouvera deux perpendiculaires : les sous-ensembles hospitalo-universitaires et généralistes. Le point de contact indique la présence de généralistes persuadés de leur filiation directe de l'hôpital. La reconnaissance totale d'une certaine hiérarchie au profit des hospitaliers leur donne une "aura" de savoir qui confine le généraliste le plus près du point de contact dans un ensemble discursif idéologiquement lié aux détenteurs du pouvoir dans le champ de la santé.

A l'autre extrémité du secteur généraliste, on trouvera des praticiens extrêmement conscients de leur spécificité et donc de la distance qui les sépare du sous-ensemble hospitalier. Cette distance n'est pas nécessairement qualifiée négativement ; elle est prise en tant que telle : l'éloignement de deux pratiques dans un champ commun.

.../...

Entre les deux extrêmes du sous-ensemble généraliste, nous trouvons toute la population généraliste et les "chercheurs" qui ont rempli les protocoles d'observation de l'Acébutolol s'y trouvent répartis. Cette répartition est uniforme dans le sous-ensemble, même si, comme nous l'avons vu, les gens du groupe (A) et les gens du groupe (B) occupent des places distinctes, et si ces places sont également fonction des rapports de chaque fraction de population avec les autres sous-ensembles du champ.

Par contre, on observe que les praticiens qui ont abandonné l'expérimentation font tous partie de ce que l'on appellerait les deux extrêmes du sous-ensemble, soit en caricaturant, les moins conscients de la spécificité généraliste et les plus conscients.

Il est remarquable de considérer que l'abandon est le fait de personnes dont les positions idéologiques sont nettement opposées mais facilement cernables, alors que d'autres acteurs moins nets dans leurs opinions, ou leur emplacement spatial, ont continué l'expérimentation. Même si l'abandon peut être objectivement reconnu comme le fruit de tendances velléitaires, en dernière instance, il est justifié par une argumentation solide, due aux caractéristiques de la position du généraliste dans son champ.

L'empirisme n'est pas la recherche

Les médecins les plus proches de l'espace hospitalo-universitaire ont une justification de leur abandon qui se réfère à la scientificité de la recherche. Pour eux, la recherche admet de multiples définitions, mais qui ont toutes un critère commun, un "critère d'efficacité". La recherche vaut par ses résultats, telle est la définition qui unit les différentes activités de recherche. Le résultat "c'est guérir l'homme et guérir accessoirement sa maladie bien sûr", mais c'est aussi le "but essentiel de notre pratique quotidienne". Pratique et recherche ont un but commun, la guérison de l'homme.

Cet (H)homme, s'il est asexué, est mesurable et dimensionnable ; il offre des données précises. Or, la "recherche pour moi s'appuie sur des faits précis et c'est difficile de les mettre en application dans notre exercice quotidien". Donc "je ne crois pas que nous soyons armés pour participer à une recherche effective". "Guérir l'homme et guérir accessoirement sa maladie" doit

s'interpréter comme l'homme, ensemble d'éléments susceptibles d'être vec-
teurs de maladies. La guérison d'une des maladies est différente de la guérison
de l'homme somme de maladies. Mais l'homme ne présente souvent qu'une maladie à
la fois. Dès lors, cette maladie n'est plus un fait précis.

Comment connaître les faits précis : " (armés) , je veux dire
"moyens", d'abord sur le plan médical, vu l'évolution de la médecine moderne, une
recherche doit s'appuyer sur des faits aussi précis que peuvent l'être des examens
de laboratoires ou des techniques appropriées qui dépassent même l'examen de la-
boratoire et qui sont du domaine du laboratoire spécialisé et du laboratoire de
recherche (...) (qui n'existe pas) auprès de nous". Ceux qui existent et qui sont
à la disposition des généralistes ne sont pas équipés pour faire des examens très
compliqués et très spécialisés qui permettraient d'affirmer telle ou telle chose
sur le plan de l'efficacité". De toutes façons, si ces laboratoires existaient,
ils "seraient inutiles sur le plan de la pratique quotidienne et entraîneraient
des frais supplémentaires considérables que la collectivité n'a pas à supporter."

La recherche est un travail de longue haleine dont les applications
pratiques immédiates sont incertaines. Fondamentale, cette recherche est une som-
mation d'examens, de chiffres, de processus expérimentaux, c'est-à-dire scienti-
fiques. Les mots clés sont "faits précis" et "efficacité" . En fait, cela est une
description subjective de la recherche hospitalière. Cette dernière, fondamentale,
opère au niveau de la molécule, l'homme est addition de ces molécules. Elle néces-
site effectivement un appareillage scientifique sophistiqué, démesuré par rapport
aux applications immédiates. La recherche médicale hospitalière fait une place éga-
le au médecin et à l'électronicien... mais délaisse le praticien en ville. Ce der-
nier doit se cantonner dans l'empirisme... ce qui n'est pas de la recherche.
Encore une fois, "nous ne pouvons que constater l'efficacité ou l'inefficacité
d'une thérapeutique que nous appliquons. Mais enfin, nous ne pouvons pas dire pour-
quoi elle marche et en vertu de quoi (...) c'est pas que je n'aimerais pas le fai-
re, mais nous ne sommes pas équipés pour le faire".

Il reste la possibilité de travailler en coopération avec les hos-
pitaliers. "Sûrement pas, ah sûrement pas (...) cela est dû à une certaine struc-
ture de la médecine française où la médecine hospitalière est complètement diffé-
rente, c'est une médecine de recherche elle, et c'est une médecine sans aucune col-
laboration avec la base (...). C'est une médecine d'un petit nombre de privilégiés
qui se classent très au-dessus du vulgus pecum médical et bien qu'ils affirment

.../...

que nous pouvons aller dans leurs services, en fait nous allons dans leurs services comme quand vous allez visiter un musée. C'est exactement la même chose".

Un musée est certainement un lieu où il faut regarder sans toucher. C'est aussi un lieu où l'on observe avec respect et en s'efforçant d'en tirer un enseignement, une accumulation de savoir consacré par le consensus social. Si c'est un savoir mort et enfermé, c'est en tout cas un savoir immortalisé. Le chercheur hospitalier produit un savoir légitimé, à travers une activité hautement prestigieuse. Il aide à perpétuer une structure qui empêche le généraliste d'accéder à l'admiration du public. Le généraliste veut sa place, (un statut) à l'intérieur du monde hospitalier. Dès lors, l'expérimentation d'un médicament déjà commercialisé, sans "moyens" notables, empiriques, n'est que caricature de la recherche. Les difficultés rencontrées par tous les expérimentateurs, notamment les problèmes de temps et d'abandon des malades, deviennent des difficultés insurmontables. Elles se traduisent par le départ du médecin expérimentateur.

Le notable, son malade et la maladie.

La réalité vous tend ses pièges. Le premier c'est d'être devenu un notable (...). Au bout de 6/8 ans, ça devient impossible, vous n'avez plus de vie de famille ; vous ne pouvez pas faire un pas sans qu'on vous observe (...), c'est l'émmerdement complet. C'est à ce moment là qu'on décide l'orientation seconde (...). Elle passe par le renoncement. Il faut absolument renoncer à la vie de famille, à sa vie intellectuelle (...), il ne faut plus s'intéresser qu'à une seule chose, c'est-à-dire au boulot (...). Il est certain que cette vocation seconde ne peut apparaître que si vous avez sublimé totalement vos préoccupations premières (...). Il faut retrouver de l'intérêt, or cet intérêt vous allez le trouver à force de réflexion sur vous-même, sur votre travail (...), on va essayer de repousser un tout petit peu ça en le dominant parce que c'est la maturité qui arrive".

Le médecin qui est à l'origine de ce discours est à l'antipode du précédent. Il a voulu penser son statut, son métier, le malade, la maladie. Il a tiré des conclusions qui ont infléchi sa pratique professionnelle. Objectivement, cette pratique est phagocitante et rien ne peut lui résister. La "recherche" devra s'insérer à l'intérieur d'un schéma professionnel extrêmement détaillé et complet. Si la "recherche" est amenée à menacer la pratique, la recherche va être exclue. Nous pouvons préciser les modalités de cette exclusion et les caractéristiques de ces médecins en les écoutant parler.

.../...

"Ne restez jamais un technicien, ne soyez jamais un technicien, parce qu'à ce moment là vous êtes remplaçable par n'importe qui. Non, il faut que le monsieur qui vient ici voir un médecin, il ne faut pas que ce soit n'importe lequel, il faut qu'il vienne me voir. On est ici chez moi". Le médecin demande une reconnaissance de ce qu'il est, de sa personne, de son pouvoir et de son savoir.

Cette reconnaissance, il l'échange contre l'égalité avec son malade. "Quand je fais payer le malade, il est à égalité avec moi". Mais cette égalité est factice si le médecin n'agit pas. Il va donner et se donner "j'aime mes malades, surtout quand c'est des gens qu'on ne peut plus aimer ; c'est ceux-là qui sont intéressants. Les gens qui guérissent tout seuls, ceux qui sont aimés de tout le monde ne m'intéressent pas (...), il y a des malades qui ne guériraient pas sans moi. C'est ceux-là qui m'intéressent". Le médecin va construire une relation thérapeutique. Il va utiliser des mots, faire des gestes, remplir des ordonnances. Il va faire fonctionner tout un ensemble d'actions qui, toutes, vont avoir un rôle dans la guérison, mais où aucune n'est prépondérante. "Je crois au médecin qui est un médicament", mais ce médicament n'agit pas sans règles. Il n'est pas "magique", il est réel et appréhendable. La consultation devient le lieu d'un espace et un temps qui obéissent au médecin. Il connaît tous les éléments et les règles du jeu. Cela implique l'exclusion de tout nouveau élément dans le cabinet.

"A partir du moment où je pars d'une expérimentation pour y inclure mon malade, je fausse le problème. Par contre, si j'ai quelques observations que je ressors après et que je les exploite, c'est le phénomène inverse (...). Je n'ai pas moi un comportement libre vis-à-vis de mon malade et la notion d'expérimentation, d'être lié à un certain médicament, d'avoir un certain fichier à remplir, fausse le problème. C'est un choc de formalisme. Le médecin a pu formaliser son exercice. Cette formalisation s'est faite en fonction de certains éléments. Par ailleurs, l'environnement vient contrecarrer le formalisme individuel en le surchargeant. La nécessité de "faire de l'argent", les rapports au fisc, à la Sécurité Sociale, vont venir parasiter la pratique. Enfin, l'expérimentation sous le biais du protocole vient augmenter les éléments étrangers à la pratique. Le médecin craint de ne plus pouvoir contrôler la situation, il va rejeter l'expérimentation qui l'avait attiré dans un premier temps.

La nécessité de contrôler les actions à l'intérieur du cabinet n'est pas la seule raison motivant l'abandon. Il en est deux autres : la première porte sur l'objet de la recherche, la seconde, sur sa rémunération.

.../...

Telle que nous venons de la voir, cette conception de la pratique médicale implique effectivement une critique de l'objet de la recherche. Cette pratique est faussée, entre autres, par le médicament, mais surtout par la maîtrise que le praticien doit avoir de tous les éléments qui ont un rôle dans l'activité médicale. Alors, étudier les effets secondaires de l'acébutolol, "on a beaucoup mieux à faire que cela". Circonstances aggravantes "ce qui est beaucoup plus grave, ça fait de nous des expérimentateurs. On singe les patrons qui font de l'expérimentation, qui se prennent au sérieux et pendant ce temps là on ne pense pas à autre chose".

Pourquoi y-a-t-il mieux à faire ? : "Nous généralistes, on a des trucs que personne ne peut faire ! N'importe quel con de patron peut faire un truc sur les triglycérides ou sur le sectral, il n'est pas foutu d'aller ramasser des gamins qui sont battus par leur père qui est un ivrogne (...). Les hospitalo-universitaires, ils volent très haut dans leurs spécialités, mais mettez-les devant une épidémie de grippe, ils seront beaucoup plus lamentables que moi devant leurs grandes maladies, parce que moi je pourrais consulter leurs bouquins si je suis un petit peu doué, tandis qu'eux ils seraient incapables de consulter mes bouquins parce qu'il n'y en a pas". Bref, le médecin praticien est détenteur d'un savoir inégalable, mais aussi inexploité et non transmissible.

Nous retrouvons là des informations déjà recueillies, mais dans une pureté conceptuelle absolue qui fait rejeter tout ce qui peut entacher de soupçons la rigueur de l'exercice praticien.

Dernier point motivant l'abandon : le refus de la rémunération. "On ne peut pas crier au scandale et à l'abus quand vous avez des cadeaux énormes. On a vu des choses désagréables (...) et puis, d'un autre côté, accepter une aumône parce que c'est une aumône. Ou on se fait acheter parce que votre conscience vous le permet et alors vous évaluez ça à sa propre valeur, c'est-à-dire assez cher, ou alors il ne faut rien demander". Un autre dira : "moi je ne veux pas de cet argent là, c'est trop ou pas assez payé. Pour moi c'est toujours trop payé (..) je ne suis pas riche, je ne suis pas pauvre, j'ai une autre valeur". Le médecin a peur d'être enchaîné, lié à un agent payeur, il a peur de perdre sa liberté ; mais plus important, son travail n'a pas d'équivalent monétaire ! En faisant une recherche, le généraliste collecte des trésors, transmet un capital qui est fait de matière humaine. Quelle valeur cela peut-il avoir ?

.../...

Laissons un médecin conclure : "le médecin est un idéaliste qui tient à le rester. Parce que si vous devez faire ce boulot autrement que pour l'idéal, c'est pour des clopinettes que vous le faites (...) c'est pas nos gains ! alors il faut que ce soit autre chose (...). C'est vraiment de façon idéale ; bon que cet idéal soit égoïste, soit altruiste, qu'il soit ceci, qu'il soit cela, qu'il soit un peu voyeur ou tout ce que vous voudrez, c'est une autre question, mais c'est vraiment de façon idéale". Finalement, ce médecin se meut dans un monde idéal où les valeurs morales supplantent les valeurs matérielles. C'est aussi le monde idéologique du corps généraliste avant sa mutation actuelle.

I.4.4. A propos des premières conclusions de l'étude sociologique, confrontation avec certaines variables du comportement professionnel des médecins enquêtés.

Après un an de leur activité dans le groupe de recherche et au 10^e mois de l'essai proprement dit du nouveau médicament dans leur propre clientèle, les 65 généralistes participant au troisième et dernier séminaire commun à toute l'équipe, se sont vus remettre un questionnaire à visée sociologique. A l'occasion d'une courte pause dans le déroulement du séminaire, les feuillets ont été distribués, remplis "à chaud" et aussitôt ramassés. De très brèves explications ont été données par un des responsables généralistes du groupe, en particulier fut donnée l'information qu'il s'agissait d'un travail fait par la S.F.M.G. avec l'aide d'un sociologue, dans le cadre d'un contrat avec l'INSERM. Ce sociologue n'était pas présent au séminaire.

Le questionnaire comporte 32 questions "fermées" portant sur trois thèmes :

l'image de soi et l'image de la recherche,
le cursus des médecins dans la recherche,
le positionnement du médecin dans son champ professionnel.

59 des 65 médecins présents au séminaire ont rendu un questionnaire rempli. On a constaté l'existence de :

réponses communes à tous les chercheurs (note 1)
réponses permettant leur différenciation en groupes distincts à partir des réponses données aux questions. Il en est ainsi de la question suivante :

Vous faites de la recherche. Cela modifie-t-il votre image de marque auprès de vos clients ? Oui - Non

.../...

(1) cf I.2.2.4

Cela modifie-t-il votre image de marque auprès de vos confrères ? Oui - Non
 Les réponses à ces questions déterminent des groupes dont les membres ont une position en général semblable face aux autres items. Certains croisements ont amené à distinguer, en fin d'analyse, trois groupes nommés A, B et C. Par commodité, dans l'étude précédente nous avons été conduits à confondre les groupes B et C qui présentent beaucoup de similitudes, mais une analyse fine voudrait que l'on respecte les trois groupes A, B et C.

On isole d'abord un groupe A : pour lequel la recherche est une action valorisante auprès de la clientèle et dont le temps de réalisation peut être précisé : réponse OUI aux deux questions.

On isole ensuite un groupe B : pour lequel la recherche est plus un état d'esprit inclus dans l'activité quotidienne qu'une activité séparée dans le temps : réponse NON aux deux questions.

Reste un groupe C : des médecins classés dans une position intermédiaire entre les deux groupes précédents : leur réponse est OUI à une seulement des deux questions.

Du point de vue de diverses variables prises en compte dans le travail sociologique, est confirmé cet aspect bipolaire du sous-ensemble des chercheurs généralistes, bipôle entre lequel toute la population de chercheurs qui ont rempli les questionnaires se trouve répartie (note 2). Le présent travail s'efforcera de confronter ces résultats d'enquête à des éléments chiffrés tirés de l'expérimentation clinique proprement dite effectuée par les médecins des trois groupes, et visant à comparer leurs comportements objectifs en tant que chercheurs et aussi leurs résultats en tant que thérapeutes dans l'hypertension essentielle en médecine générale extra-hospitalière.

Le comportement des médecins des groupes A - B - et C en tant que chercheurs

On a pu étudier ce comportement sous deux aspects :
 celui du nombre de protocoles d'essais cliniques rendus in fine, étant entendu qu'on demandait 6 malades suivis pendant 6 mois chacun,
 celui de la position atteinte par les médecins dans la filière de formation à la recherche clinique que constitue la succession même des séquences de l'essai.

.../...

Répartition des médecins des 3 groupes selon le nombre de protocoles achevés, livrés par eux, étant posé qu'on demandait 6 protocoles par expérimentateur :

	GROUPE A 12 médecins Nombre de protocoles		GROUPE B 25 médecins Nombre de protocoles		GROUPE C 22 médecins Nombre de protocoles	
	total	par médecin	total	par médecin	total	par médecin
C 1 1ère consul- tation	59	4,9	146	5,6	115	5,2
C 4 4ème consul- tation	49	4,08	110	4,2	92	4,1

On constate que les médecins des 3 groupes ont fourni environ 4 protocoles chacun.⁽¹⁾ Les pertes en protocoles du fait de la sortie de malades quittant l'essai entre la première et la 4ème consultation, sont de : 0,7 par médecin du groupe A - 1,1 dans le groupe C - et 1,4 dans le groupe B.

Compte tenu du faible nombre des malades et des médecins étudiés ici, ces différences entre les médecins des trois groupes ne peuvent que traduire une tendance hypothétique. Il y a peut-être dans le groupe A chez les médecins, une appréciation meilleure de la capacité des malades auxquels ils proposent l'essai d'y adhérer jusqu'au bout.

Position atteinte par les médecins des trois groupes dans la filière de formation à la recherche : nous définissons cette position par le degré de participation du praticien à 3 stades de recherche qui sont : l'expérimentation (stade 1), la vérification (stade 2), la preuve et la recherche du consensus de la collectivité scientifique (stade 3). Rappelons que l'essai clinique dont il est question ici représentait la première mise en application des théories affirmées par les deux Sociétés Savantes promotrices quant à leur compétence dans l'organisation d'une telle recherche et l'utilisation simultanée de celle-ci comme filière de formation et de progression des généralistes en tant que chercheurs. Cela impliquait la présence responsable de généralistes du groupe aux diverses phases de l'essai, l'aboutissement des séquences successives venant confirmer chaque fois la compétence des généralistes responsables de chacune d'entre elles. Cet essai clinique étant le premier en date à être géré par ce groupe, les responsabilités et les résultats atteints par les uns et les autres désignent bien le degré de formation atteint par chacun.

.../...

(1) Il s'agit uniquement de protocoles convenablement établis qui ont pu être conservés pour le traitement informatique.

Statut du chercheur dans la filière de formation	Groupe A	Groupe B	Groupe C
Stade 1 : expérimentation Nombre de médecins	12	25	22
Stade 2 : vérification nombre de médecins	5	6	8
Stade 3 : preuve et consensus de la communauté scientifique	1	2	1

Stade 1 :

Tous les médecins des groupes ont participé à l'expérimentation et remis des protocoles utilisables atteignant ainsi le stade 1 ;

Stade 2 :

19 médecins ont participé au groupe d'extraction des données informatisées, ce qui impliquait l'apprentissage du questionnaire informatique sous la forme la plus élémentaire de la "ventilation" dans un tableau à filtre et deux ou plusieurs variables ; nous considérons qu'ils construisaient ainsi de nouvelles données permettant de vérifier l'hypothèse ;

Stade 3 :

4 médecins ont participé à la rédaction proprement dite du rapport, atteignant ainsi le stade de la preuve et de la recherche du consensus de la communauté scientifique.

Là encore, le nombre de médecins concernés est insuffisant pour tirer des conclusions statistiquement significatives. Cependant, nous notons une tendance apparemment meilleure pour les médecins du groupe A à accéder au stade 2 de la recherche (41 % d'entre eux y participent pour 36 % dans le groupe C et 24 % dans le groupe B).

Les résultats des médecins des groupes A - B - C en tant que thérapeutes dans l'hypertension essentielle en médecine générale.

Pour apprécier ces résultats, deux grilles avaient été utilisées dans l'essai clinique. Une grille, dite "objective", classait après la fin de l'essai, les résultats en quatre groupes selon les résultats atteints après traitement. A chacun de ces groupes était accolé un qualificatif. On avait ainsi :

Résultats excellents : pour les T.A. normalisées
 " bons : pour les chutes de la P.A.M. de 20 à 40 mm
 " moyens : " " " de 6 à 20 mm
 " nuls : " " " inférieurs à 6 mm

Dans cette grille, aucune référence n'est faite aux chiffres tensionnels proprement dits, ni avant, ni après traitement. En effet, il s'agit du traitement de l'hypertension dite essentielle, c'est-à-dire sans étiologie actuellement connue. Cette affection se définit d'abord par une élévation isolée des chiffres tensionnels. C'est alors la normalisation complète de ces chiffres qui représente la visée thérapeutique. Le degré de leur élévation avant traitement ne joue pas de rôle particulier. Secondairement, du fait des complications vasculaires; de l'artériosclérose, la normalisation peut être plus difficile à atteindre. C'est alors seulement qu'intervient une appréciation d'efficacité basée sur l'importance de la chute tensionnelle obtenue. On conçoit en effet qu'un résultat soit jugé moins bon lorsqu'un traitement abaisse modérément une tension modérément élevée, sans arriver à la normaliser, et qu'il soit jugé meilleur si le traitement abaisse fortement une tension élevée même si elle reste encore éloignée de la norme. Enfin, la population des malades entrés dans l'essai comportait des cas neufs, mais aussi des malades déjà traités par d'autres médicaments mais restés hypertendus. Ne sont alors considérés comme positifs que les résultats améliorés par le nouveau médicament. Un certain nombre de résultats classés comme nuls correspondent ici au simple maintien de résultats antérieurement acquis (même si ceux-ci sont notables).

Il s'agit donc d'une grille "exigente" mais qui présente l'avantage d'être applicable uniformément à l'ensemble des malades de l'essai. En classant les malades des médecins des groupes A, B et C selon cette grille dite objective, on établit le tableau suivant :

grille dite "objective" à 6 mois d'administration du nouveau hypotenseur - résultats en % de la population des malades trai- tés par les médecins des groupes A - B - C	Groupe A	Groupe B	Groupe C
	49 malades	110 malades	92 malades
excellent	40,8	54,5	48,9
Bon	22,4	12,7	18,4
Noyen	18,3	20 %	18,4 %
Nul	12,2	9 %	13 %

.../...

Les trois groupes de médecins voient un pourcentage très voisin de leurs malades avoir un résultat nul et moyen. Ces pourcentages semblent à première vue plus différenciés en ce qui concerne les résultats bons et excellents. Cependant, si on se souvient que ces qualificatifs signifient l'un une baisse de tension artérielle moyenne de 20 à 40 mm -ce qui est une très importante baisse tensionnelle- et que le qualificatif excellent vaut pour une tension normalisée (la normalisation tensionnelle étant l'objectif final), on perçoit que la différence est objectivement faible entre ces deux types de résultats pharmacologiquement parlant. Or, si on regroupe alors les résultats bons et excellents, on trouve des pourcentages très voisins de malades ayant atteint ces objectifs chez les médecins des trois groupes.

Une autre grille dite "subjective" avait d'ailleurs été soumise aux expérimentateurs, au cours même de l'essai clinique. On demandait aux médecins, sans aucune référence directe aux chiffres tensionnels, de donner une opinion globale sur le résultat du traitement selon quatre qualificatifs : nul - faible - moyen - excellent.

:Appréciation selon la grille :	Groupe A	Groupe B	Groupe C
: subjective des médecins sur :			
: l'efficacité du traitement :			
: à 6 mois :	49 malades	110 malades	92 malades
: Résultats : nuls :	18,2 %	11,8 %	14,1 %
: faibles :	2 %	11,8 %	8,7 %
: Total :	20,2 %	23,6 %	22,8 %
: " moyens :	30 %	25,4 %	27,1 %
: " excellents :	44,8 %	47,2 %	46,7 %

Ici, ce sont les résultats nuls et faibles qui, pharmacologiquement parlant, ont la même signification et peuvent être additionnés. On trouve alors des appréciations analogues chez les médecins des trois groupes sur les résultats qu'ils ont atteint auprès de leur population des malades inclus dans l'essai. Si cependant on comptabilise séparément les résultats qualifiés de nuls et ceux qualifiés de faibles, on notera une sévérité croissante de B vers C et de C vers A, la proportion de résultats jugés nuls augmentant par rapport à ceux jugés faibles.

En conclusion, du point de vue de leurs résultats thérapeutiques,
.../...

avec le médicament nouveau, il n'a guère été possible de trouver de différences significatives de comportements objectifs dans le groupe de généralistes engagés dans l'essai. On est frappé, au contraire, par la présence de constantes ainsi repérées, en particulier en ce qui concerne l'extraordinaire régularité de répartition des résultats sur la T.A.

Cette régularité implique une grande homogénéité du champ médical exploré, à savoir l'H.T.A. en médecine générale et son traitement. En particulier sont impliquées :

l'homogénéité de la pathologie rencontrée,

la régularité d'action du médicament,

une homogénéité dans les niveaux et comportements professionnels des médecins généralistes dont il faut rappeler qu'ils représentaient une distribution géographique représentative de la France entière.

Reste à ne pas oublier que la collectivité de généralistes ici étudiée présente un caractère sociologique particulier, celui d'être constituée de praticiens ayant librement choisi d'adhérer à une Société Savante et ensuite à un essai thérapeutique. Cela limite l'étendue de nos constatations à des généralistes déjà engagés de quelque façon dans une fonction de type universitaire.

Reste qu'il a semblé exister une différence entre les médecins des groupes A, B et C, non pas du point de vue de leurs résultats en tant que thérapeutes, mais du point de vue de leurs comportements en tant que chercheurs. C'est ainsi que paraît se dégager une tendance à une meilleure appréciation par les médecins du groupe A quant aux possibilités de leurs patients d'adhérer à l'essai clinique, une tendance meilleure aussi à progresser dans la filière de formation en tant que chercheurs et une sévérité plus grande de jugement pour les résultats thérapeutiques atteints.

Compte tenu du nombre restreint des médecins constituant les trois groupes, ces différences ne sont pas statistiquement valables. Il nous a cependant paru utile de les signaler en tant que directions pour une recherche à venir et ceci pour deux raisons :

la première est que pour ces trois différences tendanciennes, il existe une accentuation des écarts de B vers C et de C vers A, ce qui correspond au bipôle sociologique précédemment décrit, le groupe C se répartissant sur la ligne menant de B vers A.

La seconde raison, est qu'on a trouvé dans le groupe A 75 % de généralistes ayant reçu une formation Balint pour 25 % seulement dans les groupes B et C. On trouvera

.../...

au chapitre consacré à la recherche avortée à la Société Médicale Balint sur le traitement de l'asthme, des précisions sur la formation balintienne. Pour l'instant, nous rappelons seulement qu'il s'agit d'une formation à la relation thérapeutique à laquelle se soumettent certains praticiens après leur formation universitaire traditionnelle et la formation autodidactique qui lui fait suite.

La formation Balint vise à un exercice médical prenant en compte plus d'éléments personnels que l'exercice médical classique. Les résultats objectifs en sont encore peu connus. C'est pourquoi les directions de recherche telles qu'elles s'offrent ici nous ont paru importantes. S'il est vrai que les résultats thérapeutiques dans la maladie hypertensive des médecins du groupe A, trois fois plus riche en médecins balintiens, sont identiques à ceux des deux autres groupes, est-ce parce qu'il s'agit de traiter une affection d'un type particulièrement homogène quant à son déterminisme et à ses modalités de réponse aux offres thérapeutiques ? Est-ce parce que l'essai clinique a été de trop courte durée dans une affection chronique pour départager les modes d'abord des médecins ou bien les conditions spécifiques d'un essai clinique ont-elles joué un rôle unificateur ? Ces questions demeurent posées et devront trouver leur place dans les recherches ultérieures. De même, s'il existe véritablement une particularité dans l'image de soi que se font d'eux-mêmes les médecins balintiens en tant que chercheurs, cette image particulière est-elle susceptible d'améliorer leur accession à la recherche scientifique ou bien existe-t-il dans leur cas des pesanteurs sociologiques identiques à celles opérant vis-à-vis des autres généralistes ou spécifiques au mouvement Balint qui les en empêchent ?