

Comment prendre en compte la complexité de la Médecine Générale dans la recherche ?

Congrès de Recherche en Médecine Générale,
Perpignan : 27-28 mai 2005

Gérard Bourrel

Professeur associé de médecine générale : UFR Montpellier

Ce titre rend compte de ce qui s'est joué au Congrès de Recherche de Médecine Générale de Perpignan, car, bien que ce ne fut pas le thème général affiché, l'enjeu résidait dans cette question : comment conjuguer la complexité de l'exercice et développer une recherche digne de ce nom ? En effet, la difficulté de la recherche en soins primaires, en dehors des questions structurelles et méthodologiques, tient d'abord au fait qu'elle prend en compte des données complexes. Ces données sont la plupart du temps incertaines, concernent l'évidence sensible, qualitative, subjective. Des experts internationaux rompus aux différents aspects de la recherche avaient été conviés pour faire progresser la réflexion : Mathieu Albert (Canada) pour la recherche qualitative, Alain Deccache (Belgique) pour la recherche en éducation pour la santé et Paul Wallace (Angleterre) pour la recherche clinique. Le principe original était de les faire réagir en ateliers aux différentes communications et en plénière de synthèse.

Le congrès mettait en lumière deux parties : "De la Recherche à la pratique" et "De la pratique à la recherche". De fait, l'évolution des idées est un perpétuel va-et-vient entre les deux. La mise en oeuvre d'une recherche sur cette complexité relève donc d'un triple défi : épistémologique(1), méthodologique et stratégique.

Résoudre le problème épistémologique

1. Définir une base de connaissance spécifique

"Le but de la science et de la recherche est de comprendre" rappelle A. Deccache (2). C'est encore plus vrai en recherche en complexité. De fait, c'est de **l'approche compréhensive du patient et de son contexte** que s'accommodent le plus la recherche en complexité (3). Deux

approches conceptuelles peuvent éclairer ce débat épistémologique. Cette connaissance peut être le résultat de la description des phénomènes observables mais aussi émergents et globalement de ce que les tenants de la phénoménologie appellent "l'évidence sensible" (5). **L'examen phénoménologique centré sur le patient** et son contexte, approche qualitative, a pour finalité la description de tous ces phénomènes permettant son analyse "en profondeur" : analyse du discours, des attitudes, des récits de vie, de son expérience vécue, de son histoire, de tout "ce qui se joue dans l'échange". "Il n'existe pas de science sans phénoménologie" dit le mathématicien français R. Thom, notant le lien naturel entre les deux cultures ; et s'il existe un art, il s'applique justement au moment du recueil des données, dans le "faire-émerger" phénoménologique qui peut être considéré comme une *phase pré-scientifique* stricto sensu.

La seconde approche, ou plutôt son prolongement, est de considérer que c'est une *connaissance en action* (co-construction, interaction, création) et donc qu'elle est toujours "en train de se faire", qu'elle se constitue dans l'action, dans une réflexivité chère au constructivisme (6). Il existe un *continuum procédural* allant de cette phase préliminaire sensible, préscientifique, à celle qui mobilise une approche plus standardisée (EBM) pour aboutir à la "bonne décision". Il faut travailler sur les deux.

Préconisations des experts du congrès sur la question

- Mener un travail sur la sensibilité sémiologique du premier recours liée à une prévalence différente, et donnant une VPP spécifique.
- Développer des "scores de prédiction clinique en soins primaires" ou des mini-tests cliniques (le MINI par exemple en psychiatrie) qui tiennent compte de cette sensibilité.

- Introduire dans ces "variables d'intérêt", les données qualitatives.
- Développer des procédures de recueil de données qualitatives, des outils de mesures et d'analyses complétant les démarches fondées sur l'EBM (7).
- Le congrès a montré une nette progression dans l'utilisation des échelles qualitatives (12 types d'échelle présentés), dans l'utilisation des méthodes d'entretien semi-directif, et focus group (7 communications).

Créer un nouvel espace de recherche pour la Médecine Générale

Cet espace de recherche se situe à l'interface de celui des deux modèles de recherche, quantitatif et qualitatif, pour constituer ce que I. Stengers (8) appelle une **troisième culture** : "La troisième culture : milieu où puisse se développer l'indispensable dialogue entre la modélisation mathématique et l'expérience conceptuelle et pratique de ceux qui décrivent la complexité humaine".

La médecine générale est comme un "espace de médiation" entre les deux cultures.

2.1. Délimiter un "champ"

"La délimitation du champ est un travail fondamental de la profession" (M. Albert). Le champ est délimité par les acteurs qui en font partie. Le congrès a bien montré qu'il est moins pertinent de faire de la recherche sur la Médecine générale si elle n'est pas menée dans son champ et avec ses acteurs. Des chercheurs d'autres disciplines présents (sociologie, sciences politiques) ont montré les limites des résultats lorsqu'ils travaillent sur la Médecine générale et une certaine amertume de se trouver en dehors du champ. Il paraît plus opérationnel de parler de recherche en soins primaires, qui intègre le problème du champ et de ses acteurs-partenaires car les soins primaires ne constituent ni un champ clos, ni un champ défini a priori. C'est un champ en perpétuel mouvement, qui doit être ouvert sur le monde en accueillant tous les acteurs potentiels et en étant aussi "**un espace d'innovation**" (A. Deccache). La nécessité de définir un **champ épistémologique** à partir des savoirs et des concepts spécifiques à la discipline est indispensable : "On ne fait pas de recherche sans théorie" (A. Deccache). Ensuite, il faut définir les champs d'investigations.

Inventaire des champs d'investigation des 66 communications du congrès

- Champ de l'évaluation des prises en charge et suivis (23) :
 - de pathologies-cibles en Santé publique (diabète, HTA, cancer, santé mentale, addictions),

- de l'éducation/information du patient,
- des organisations de soins et de leurs évolutions (informatique, travail en réseau),
- des recommandations et de leur mise en oeuvre.
- Champ de la relation médecin-malade (représentations en santé) (12).
- Champ de la veille épidémiologique (prévention/dépistage/observation) (16).
- Champ de l'évaluation méthodologique : validité des méthodes utilisées (13).
- Champ de l'évaluation pédagogique : formation des médecins et outils (10).
- Champ plus général paradigmatique, conceptuel : question sur les modèles (7).

Cet inventaire intègre le fait que certains abstracts peuvent être pris dans plusieurs champs.

2.2. Mobiliser les acteurs en filière de recherche dans le champ

Les acteurs

"Penser en terme de champ, c'est penser en terme de relations". Il faut organiser des filières de recherche dans le champ de la médecine générale ou liées à lui. Les acteurs naturels sont les instances de recherche institutionnelles comme l'INSERM (4 études soutenues par l'INSERM au congrès) et leurs correspondants hospitalo-universitaires que sont les CIC, ou comme l'IREDES, mais aussi les instances de Santé Publique institutionnelles : INPES, CRES, ORS, ESP, GROG. A ceux-là s'ajoutent les universitaires du champ des sciences physiques, médicales, humaines et sociales. En dernier lieu, toutes les personnes ressources motivées et ayant une expertise pour travailler dans ce champ ouvert (paramédicaux : 2 études présentées). Dans cette filière, les rôles sont définis suivant les domaines de compétences : montage de projets, recueil de données, analyse des données, évaluation, pédagogie.

Enfin, et c'était un objectif du congrès, il convient de former très tôt les étudiants en Médecine générale à la recherche clinique et à la recherche en complexité pour les intégrer rapidement dans les projets de recherche. Le développement de thèses de Médecine Générale et de leur qualité, à partir de "séminaires de doctorants" encadrés d'experts pluridisciplinaires (tel que le congrès l'a proposé en atelier off), est une voie d'optimisation de la qualité des recherches, en même temps qu'un lieu de recrutement.

Les pôles

Chaque UFR, à partir de son DMG, doit pouvoir mettre en place un Pôle de Recherche, c'est-à-dire un système orga-

nisé autour d'un champ, avec ses filières de chercheurs, ses moyens, ses formations, ses équipes autour de projets spécifiques. Ces Pôles Régionaux de recherche en Soins Primaires centrés sur le DMG peuvent se constituer en prestataire de service pour les institutions administratives (URML, URCAM, CPAM) et pour les instances officielles de recherche médicale (INSERM). Les différents pôles régionaux pourront être mis en réseaux et travailler sur des projets communs, mutualisant ainsi le produit de la recherche. L'Inter région de DES pourra éventuellement constituer un pôle plus élargi. Ces pôles pourront se fédérer au sein de CNGE-Recherche.

Les axes

Chaque pôle choisira ses axes de recherche en fonction de son tissu de compétences. M. Albert conseille de choisir des axes de recherche en continu sur lesquels des équipes de recherche travaillent pendant 2 ou 3 ans. Chaque UFR affichera ses axes de recherche. Cette manière de faire, et la production qui en découle, augmentent, selon lui, la crédibilité.

Définir des stratégies et conditions de mise en œuvre

1. Organiser les soins primaires

Les trois experts ont souligné qu'une recherche en médecine générale ne peut se concevoir sans une organisation des soins primaires, comme dans les pays anglo-saxons, c'est-à-dire en désignant le généraliste comme l'acteur principal du premier recours. Ce qui pose problème en France. Il faut une organisation du premier recours qui donne au généraliste le temps et les moyens de la recherche, s'il en a la motivation et la compétence. La comparaison d'études en soins primaires en Europe ne peut se faire avec la France faute de cette organisation et des moyens qui en découlent.

2. Obtenir une légitimité

"Cette légitimité doit se gagner" (M. Albert), d'abord en ayant une filière universitaire de Médecine générale, puis :

- en s'alliant avec des structures et des personnes reconnues pour leur expertise,
- en facilitant l'éclosion dans son champ d'acteurs de recherche bien formés,
- en publiant des travaux de recherche,
- en publiant en anglais, quasi seul accès aux revues de qualité,

- en ayant accès dans les conditions appropriées à l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR).

3. Dégager des moyens financiers

"Il n'existe pas de recherche sans argent, ni d'argent sans production de recherche" (M. Albert). Cette légitimité viendra de la reconnaissance de pôles régionaux, constitués d'équipes qui mèneront des travaux en continu. C'est cette légitimité qui donne accès aux fonds de recherche et de recherche-formation.

Conclusion

Ce congrès avec l'aide des experts a permis de ressortir quelques points forts sur le plan méthodologique :

- la prépondérance habituelle des études d'observation (9 au total) sur les trop rares études d'intervention (2 au total) qui pourraient optimiser l'impact de la recherche en soins primaires ;
- la randomisation qui a pu être mise en place dans 6 études ;
- l'intégration de la recherche qualitative dans plusieurs travaux ;
- l'apport de l'informatique au recueil de données et au dépistage.

Les cinq horizons d'un espace de recherche de B. Latour (9), philosophe des sciences, résumant bien l'esprit du congrès :

1. **"Mobiliser le monde"** (le monde de la vie) : mobiliser des données complexes issues du monde physique et du monde vécu, lisibles, manipulables, recombinaisons.
2. **"Créer des collègues"** : produire des personnes capables de comprendre ce que l'on fait, ce que l'on dit, former les étudiants à la recherche, créer des équipes qui portent des projets communs.
3. **"S'allier à des acteurs pluriels"** : les intéresser aux deux opérations précédentes, chercher des partenaires, des synergies d'intérêt, des compétences, des expertises.
4. **"Mettre en scène"** l'activité scientifique par la publication, la médiatisation, la diffusion des idées.
5. **"Développer le contenu scientifique"** qui n'existe que grâce aux 4 premiers et les relie.

Cette séquence donne une idée de la hiérarchie des priorités dans les actions à mener.

Références

1. Bareau H. *L'épistémologie*. Paris : PUF, *Que sais-je?*, 2002.
2. Deccache A, Lavendhomme E. *Information et éducation du patient*. Bruxelles : De Boeck, 1984.
3. Bourrel G. *Santé et complexité*. Thèse de doctorat en Sciences Humaines et Sociales. Université Paul Valéry. Montpellier, 1998.
4. Bourrel G. *Approche phénoménologique et maladies infectieuses*. In : *Médecine, maladie et société*. Montpellier : Sauramps médical, 2005.
5. Bachelard G. *La formation à l'esprit scientifique*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin, 1999.
6. Lemoigne JL, *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF, *Que sais-je?*, 1995.
7. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
8. Stengers I, Prigogine I. *La nouvelle alliance*. Paris : Folio essais 26. Gallimard, 2000.
9. Latour B. *La science en action*. Paris : Folio essais 267, Gallimard, 1997.

Bibliographie

- Bourdieu P. *Réponses*. Paris : Seuil, 1992.
- Latour B. *Le métier de chercheur*. INRA, 2001.
- Miles M, Huberman M. *Analyse des données qualitatives*. 2^eed. Bruxelles : De Boeck, 2003.
- Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : A Colin, 1996.
- Pongy P, Babeau R. *Psychosomatique et médecine*. Montpellier : Sauramps médical, 2003.



CHOIX DU MEDECIN OU DU MALADE ?

Certaines familles présentent toujours le même malade au médecin. Il peut arriver que l'on pense que ce n'est pas lui le plus mal en point et qu'il faudrait plutôt s'occuper d'autres membres de la famille. Mais qui choisit ? Cette situation n'est pas rare. Il n'est pas très facile de l'enseigner.

Pensées profondes (?) et éducatives. JL. Rouy. 2003