

# **VALEURS, PARADIGMES ET RECHERCHE EN MEDECINE DE FAMILLE**

Rapport au département d'épidémiologie de l'Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1998

Michel ROLAND<sup>1 2 3</sup> MD MPH  
Marc JAMOULLE<sup>1 2 4</sup> MD MPH

---

<sup>1</sup> Ecole de Santé Publique ULB, Unité de Socio-Epidémiologie, Groupe de Recherche en Médecine de Famille et Soins Primaires. Campus Erasme, route de Lennik 808, B-1070 Bruxelles, E mail : michel.roland@ulb.ac.be

<sup>2</sup> Fédération des Maisons Médicales, groupe Recherche, Chée de Waterloo, 255 (12), B-1060 Bruxelles

<sup>3</sup> Maison Médicale Santé Plurielle, rue de la Victoire 110, B-1060 Bruxelles

<sup>4</sup> Collectif de Santé Gilly Haies, rue du Calvaire 159, B-6060 Gilly

*"L'important n'est pas où on va, mais comment on y va. L'important n'est pas le but mais le chemin" (Shimon Israël).*

## **RESUME**

L'article aborde des aspects théoriques et des aspects concrets.

Une première partie est consacrée à la définition du concept de paradigme (système référentiel permettant la communication à une communauté scientifique). A partir de celui-ci sont précisés le paradigme de la médecine de famille (approche globale et longitudinale de premier échelon par rapport à l'approche bio-médicale spécialisée de référence), le paradigme de la recherche (les éléments qui fondent une science et qui différencient recherche et clinique) et le paradigme de la recherche en médecine de famille (distinction des différents types de recherche, traditionnelle, opérationnelle et recherche action, et leur domaine d'application). Les aspects philosophiques sont particulièrement développés.

Une deuxième partie décrit l'histoire du développement des activités de recherche sur le terrain.

## **I. La notion de paradigme:<sup>1</sup>**

Est paradigme ce que l'on montre à titre d'exemple, ce à quoi on se réfère comme à ce qui exemplifie une règle et peut donc servir de modèle. Il s'agit d'un concept fondamental en science dont la définition est en soi un paradigme. Classiquement, dans le domaine de l'épistémologie, la philosophie des sciences, la science de la science, le paradigme est attaché au concept de modèle et d'exemple, mais pas dans leur acception technique habituelle: la réalisation concrète et achevée vers laquelle il faut tendre. Le modèle existe, et ce peut même être un moule, une empreinte: c'est probablement une compréhension restrictive du concept de base introduit par Platon. Objet propédeutique et pédagogique, le paradigme est l'objet facile sur lequel on s'entraîne, qu'on imite et qu'on copie, avant la réalisation définitive, plus difficile, plus achevée. En épistémologie, le paradigme est au contraire un corpus d'idées, un système référentiel, plus abstrait que concret, et qui permet la référence commune et la communication à une communauté scientifique.

C'est à partir de ce concept paradigmatique ainsi défini que le philosophe des sciences Thomas Kuhn dans son livre sur "La Structure des Révolutions Scientifiques" développe une théorie tout-à-fait actuelle pour rendre compte de la manière dont se développent les sciences. Le paradigme est un a priori, un pré-requis; il constitue les lunettes placées devant les yeux de l'homme de science et qui distord et oriente sa vue dans une direction déterminée. Le paradigme est lié au moment, au temps, au lieu, à la culture, à l'idéologie et à l'histoire. Des "faits" évidents ne peuvent être observés que si le système paradigmatique reconnu contient certains éléments d'éclairage.

Le paradigme dominant est celui de la communauté scientifique dominante, reconnu et assimilé par elle. Son assimilation est d'ailleurs progressive, proportionnelle à son efficacité pour la résolution des problèmes à résoudre. Son inertie augmente de façon parallèle, rendant de plus en plus difficile la réévaluation de problèmes considérés comme résolus grâce à lui.

Un nouveau paradigme devra donc toujours s'imposer dans un contexte hostile et d'inertie: la présence d'un ancien paradigme. Le bond qualitatif que constitue un changement paradigmatique est une révolution scientifique. Kuhn insiste sur le fait que ces bonds ne sont pas que liés au hasard ou à la psychologie, ce qu'ils sont aussi. Il existe des critères acceptés pour qu'une bonne théorie scientifique puisse fournir matière à débats par rapport à un nouveau paradigme: par exemple, ne pas remettre trop radicalement en question le paradigme précédent quant aux succès qu'il a amenés, mais fournir des solutions possibles aux problèmes laissés insolubles.

Une révolution scientifique est aussi un changement à caractère politique. Un nouveau paradigme interpelle en effet toute une communauté de pairs qui a construit sa légitimité et sa carrière sur la science normale du moment c'est-à-dire l'ancien paradigme. Cet élément politique est aussi un important facteur d'inertie.

## II. Le paradigme de la médecine de famille:

La médecine de famille est une science dans la mesure où elle constitue un corps de connaissance ayant un objet déterminé et reconnu, et une méthode propre; elle se rattache autant aux sciences humaines qu'aux sciences exactes, en admettant encore cette distinction arbitraire et probablement dépassée. Dans le domaine des sciences humaines, connaissance et politique sont étroitement liées. Non seulement le savoir génère le pouvoir, mais dans une relation dialectique, le pouvoir génère le savoir <sup>1</sup>. En d'autres mots, il y a une liaison insoluble entre la légitimité reconnue d'une connaissance et le système institutionnel dans lequel elle se développe.

Un exemple particulièrement frappant de cet état des choses est décrit minutieusement par Michel Foucault dans son livre sur "La Naissance de la Clinique": le traitement de l'hystérie aux périodes pré- et post-révolutionnaires en France. Si les deux approches semblent loin de nos conceptions actuelles, leur comparaison amène cependant un éclairage intéressant sur la signification et les implications d'un changement paradigmatique. Ce n'est pas que quelque chose a changé dans les yeux des médecins en passant d'une époque à l'autre, c'est que deux codes de connaissances différents ont déterminé ce que leurs yeux pouvaient voir. Le nouveau code n'a pas été généré que par des démarches intellectuelles; il a nécessité la conjonction de changements socio-politiques et d'évolutions technologiques. Avec la Révolution Française, les concepts généraux de santé et de maladie se sont radicalement modifiés. La maladie est dorénavant considérée comme une des conséquences de l'ancien régime répressif et sera éradiquée par le nouveau gouvernement. De nouvelles institutions médicales hospitalières sont créées et l'argent nécessaire soustrait aux anciennes institutions et aux églises. L'enseignement et le savoir médical quittent les auditoriums des universités et les salles de lecture pour l'hôpital et les amphithéâtres. L'examen systématique des corps malades et des cadavres constituera d'ailleurs un pas décisif vers un nouveau paradigme encore actuel dont nous avons bien du mal à nous débarrasser en médecine de famille: le modèle de l'homme malade, sujet-objet habité par une maladie agresseur.

L'exemple donné par Foucault est parlant, mais il date d'une autre époque, censée être révolue, comme on l'entend souvent affirmer. Et pourtant, tout le monde scientifique actuel fonctionne selon les mêmes modes de structuration des échelles de valeur. La gestion du problème de l'infarctus myocardique peut se réaliser à des degrés divers soit par l'éducation diététique, soit par la formation dans la population de personnes ressources en ce qui concerne la réanimation cardio-pulmonaire, soit par la multiplication d'ambulances d'aide médicale urgente, soit encore par le développement de nombreuses unités de soins coronaires intensifs: question de choix politiques, question de modèle médical, question de paradigme. Les positions à géométrie variable de l'Ordre des Médecins quant à la prise en charge des toxicomanes reflètent également la volonté (consciente ou inconsciente, ce qui est possible et encore plus grave) de vouloir imposer un paradigme au mépris de toute une série d'évidences, médicales, psychologiques et sociales.

La médecine générale est elle-même dans notre pays, le terrain d'antagonismes paradigmatiques violents. Depuis deux décennies, le modèle global de type médecine interne a dû baisser pavillon dans les hôpitaux devant l'envahissement triomphant et réductionniste des spécialistes.

En a résulté une structuration hospitalière typique: des départements spécialisés médico-chirurgicaux généralement superposés dans de gros blocs bétonnés, des plateaux techniques communs, un service de médecine prenant en charge ce qui ne peut être réduit à un seul système corporel (et encore puisqu'il y a aussi des services de cancérologie et d'infectiologie). Forte de son pouvoir/savoir hospitalier passé, la médecine interne répudiée a alors quitté son domaine pour investir l'extra-hospitalier vierge ou supposé tel: formation spécifique de base, formation continue, recherche de premier échelon etc se voient envahies par un modèle de deuxième échelon qui devrait être et rester celui de la référence. A notre différence dans de très nombreux pays, les intervenants du premier niveau gèrent totalement leurs matières spécifiques, en coordination harmonieuse et égalitaire avec les niveaux spécialisés: à paradigmes différents, organisations différentes.

Le paradigme dominant de la médecine académique, de la médecine scientifique, de la médecine spécialisée, des médecins détenant savoir et pouvoir, est donc bio-médical. Le modèle est celui d'une maladie mécaniste, indépendante du patient, linéaire dans un processus d'agression, et pouvant être catégorisée, nosographiée par une analyse réductionniste. Chaque maladie a donc, ou est supposée avoir une cause qui, une fois identifiée, pourra être corrigée par un traitement défini. La connaissance de la maladie découle donc de l'observation des faits, de l'expérience scientifique: son référentiel est positiviste. Dans ce paradigme traditionnel, les échecs de la médecine sont dus soit à un manque de technique, d'observation ou de connaissance du médecin, soit au fait que le malade n'est pas réellement malade.

Mais: *"Pendant que le très illustre et spéculatif Herr Professor explique tout ce qui existe, il a oublié par distraction comment il s'appelle lui-même, qu'il est un homme, simplement un homme"* (S. Kierkegaard).

Si les paradigmes réductionniste et positiviste ont apporté leur aune de succès et de solutions à des problèmes insolubles jusqu'à eux, la pratique de la médecine de famille et le questionnement de ses échecs les mettent fréquemment en tension, augure d'une crise paradigmatique. McWhinney<sup>2</sup> en cite trois exemples: d'une part le fait que beaucoup de malades présentent des problèmes de santé qui défient toute classification traditionnelle (jusqu'à 40% en médecine de famille), d'autre part la constatation que l'étiologie d'une maladie apparaît le plus souvent non spécifique mais multifactorielle comme une conjonction d'éléments psychologiques, sociaux et biologiques, enfin l'existence de l'effet placebo, un effet inexplicable et inexplicable par le modèle traditionnel de la maladie.

*"Le problème, ce n'est pas de vouloir mettre l'homme malade dans un ordinateur, le problème c'est de croire qu'on peut l'y mettre"* (Henri De Caebel).

Le nouveau paradigme médical traite moins de maladie que de malade: un être biologique de chair, un être individu transportant son histoire, un être social élément de plusieurs communautés, un être bio-psycho-social donc, tel que lui-même à un moment ponctuel, constitué d'infiniment petits relationnels (atomes, molécules, organes), partie d'un infiniment grand relationnel (communautaire, social, cosmique). Le nouveau paradigme médical traite d'une médecine qui se sait non seulement scientifique, mais aussi idéologique et politique.

### III. Le paradigme de la recherche:

L'activité du médecin et du travailleur de santé est avant tout clinique: le soin, la prévention, la réhabilitation et la promotion de la santé pour le malade et la population. Deux autres activités lui sont cependant nécessairement liées dans le cadre d'une bonne politique de santé et d'un système de santé efficient: l'enseignement et la recherche, l'enseignement pour disséminer la connaissance, la recherche pour l'augmenter.

Si une compétence spécifique est reconnue pour l'activité clinique, il n'en va pas de même pour l'enseignement et la recherche, comme si la qualité d'enseignant et de chercheur découlait directement de la qualité de clinicien.

Et pourtant, le mécanisme de pensée et de raisonnement du chercheur n'est pas totalement semblable à celui du clinicien, même si le patient et la population en sont les terrains identiques. Une nouvelle fois, tout est question de paradigme.

Trois facteurs au moins différencient activité clinique et activité de recherche <sup>3</sup>:

Induction ou déduction? Le processus mental du médecin est indubitablement de type inductif: il part de la constatation des éléments amenés par la plainte, l'anamnèse, les examens clinique et para-cliniques, la prise en compte du système de valeurs du patient, confronte tout cela à sa connaissance du moment et à son propre système de valeurs pour élaborer une(des) hypothèse(s) sur le(s) problème(s) à prendre en compte et à "traiter". Claude Bernard disait déjà "qu'une hypothèse scientifique est le point de départ obligatoire du raisonnement scientifique"; le contraire a cependant été affirmé pendant longtemps, à savoir que c'est de l'induction, de la constatation des faits que part la démarche scientifique et la formulation d'une hypothèse. Si le chercheur considère bien entendu la connaissance et la réalité comme des éléments d'induction, il lui faut cependant le plus souvent "une petite idée", un imaginaire conceptualisé, point de départ de sa démarche. Karl Popper <sup>4</sup> a continué dans ce sens en affirmant que toutes les recherches sont faites pour tester une hypothèse existant déjà dans l'esprit du chercheur, fruit de son imagination: le raisonnement en recherche est donc de type hypothético-déductif plutôt qu'inductif. Popper a aussi apporté la notion de "non-falsifiabilité", base de toute la statistique inférentielle moderne: une hypothèse peut être considérée comme vraie tant qu'on n'a pas pu observer ou démontrer le contraire. C'est d'ailleurs de cette façon que la recherche procède intuitivement le plus souvent: pour démontrer qu'un médicament rend immortel, on n'attend pas l'éternité, il suffit d'un mort qui prenait le médicament pour savoir que l'hypothèse était fausse.

Le nombre d'hypothèses formulées est aussi une grande différence dans le chef du chercheur et du clinicien. C'est Elstein <sup>5</sup> qui a montré que, même dans des problèmes extrêmement complexes, le nombre d'hypothèses dans l'activité clinique dépasse rarement 5 et pratiquement jamais 7. La plupart du temps, le chercheur, lui, part d'une seule hypothèse à la fois, et essaie de l'épuiser avant de passer à une autre.

Le facteur temps est enfin un élément fondamental de différence entre chercheur et clinicien. Celui-ci doit agir vite, devant un patient, avec la nécessité d'actions rapides sinon immédiates; parfois d'ailleurs, il fonctionne à l'aide de standards (personnels ou élaborés par d'autres) et sans hypothèses explicites bien que toute décision, tout choix, toute procédure, soit toujours le résultat d'hypothèses, éventuellement implicites. Celui-là, par contre, est moins confronté au facteur temps et peut se permettre l'approfondissement et l'explicitation.

Il est intéressant de noter que, du côté de la philosophie des sciences, les deux démarches décrites ci-dessus (induction et déduction) sont les deux seules à être considérées comme fondant une science. Hempel <sup>6 7</sup>, particulièrement, a développé une théorie de l'explication scientifique qui ne laisse la place qu'à:

**La forme déductivo-nomologique:**

- (a) L'action A produit la conséquence C dans un ensemble de contextes donnés.
- (b) Le sujet X, placé dans un contexte particulier, réalise l'action A.
- (c) Donc: la conséquence C est observée.

La proposition (c) (l'explicandum) est dérivée des propositions (a) et (b) (conjointement l'explicans). La déduction procède de lois générales, mais falsifiables par la réalité.

**La forme inductivo-statistique:**

- (a) La probabilité qu'une conséquence C suive une action A est égale à L.
  - (b) Le sujet X réalise l'action A.
  - (c) Donc: la conséquence C est observée avec la probabilité L.
- L'induction appréhende le "degré de crédibilité rationnelle".

#### **IV. Le paradigme de la recherche en médecine de famille:**

La recherche peut être définie comme une action consciente visant à acquérir une connaissance plus profonde ou à maîtriser de nouveaux éléments concernant des sujets scientifiques ou techniques <sup>8</sup>.

En médecine, différentes formes de recherche peuvent être distinguées: la recherche fondamentale (ou recherche de base) qui étudie les phénomènes scientifiques naturels et physiques sans relation directe avec les soins au patient, et la recherche appliquée (ou recherche clinique) qui a toujours à des degrés divers l'individu comme objet/sujet focal d'étude. La recherche fondamentale tente de faire progresser la connaissance théorique, en général en émettant des hypothèses (fruits du travail et de l'ingéniosité des chercheurs fondamentalistes) à valider. Elle utilise souvent des modèles et un matériel d'investigation extrêmement sophistiqué. La recherche clinique utilise et applique les apports de la première en se plaçant au niveau du terrain et de la réalité.

La distinction traditionnelle entre recherche fondamentale et recherche appliquée n'est aujourd'hui plus aussi stricte, et les domaines d'intrication sont multiples. Néanmoins, la



recherche en soins de santé primaires se situe assez nettement dans le champ de la recherche appliquée.

Une autre distinction que beaucoup, pendant longtemps, ont connotée en terme d'échelle de valeurs, est celle entre recherche quantitative (ou recherche dure) et recherche qualitative (ou recherche molle). Comme les autres catégorisations, celle-ci semble artificielle et ne représenter que des types d'approche différents pour des problèmes différents, avec des méthodologies souvent complémentaires et bien évidemment non hiérarchiques <sup>9</sup>.

Sur ce terrain ainsi circonscrit, trois méthodologies différentes mais évolutives chronologiquement l'une par rapport à l'autre peuvent être définies:

**La recherche traditionnelle** est l'investigation rigoureuse d'un objet de connaissance, dans des conditions expérimentales c'est-à-dire standardisées et reproductibles. La recherche traditionnelle cherche une connaissance universelle et absolue. Sa garantie maximale de validité réside dans l'artificialité maximale de son environnement expérimental.

**La recherche opérationnelle** cherche une connaissance ponctuelle et concrète dans une situation de réalité donnée, avec ses contraintes et ses éléments facilitateurs ou inhibiteurs. C'est une recherche d'optimalité et non de maximalité. Un processus de ce type peut se modéliser par un organigramme qui présente de manière dynamique la chronologie et les interrelations des différents éléments qui entrent en ligne de compte dans la démarche et qui en déterminent les résultats.

**La recherche-action** <sup>7</sup> s'est développée sur le terrain, à partir des deux premières mais à partir de leurs limites et déficiences, et de celles du positivisme, en intégrant des connaissances scientifiques et/ou philosophiques nouvelles, à savoir:

la nature systémique de toute entité (von Bertalanffy) qui est à la fois l'ensemble de ses éléments constitutifs (théorie réductionniste), la relation de ceux-ci (boucles d'inhibition ou d'amplification), plus que ceux-ci (qualités émergentes) et moins que ceux-ci (contraintes).

l'importance de l'observateur (Morin) comme élément du système objet de recherche: d'une part, l'observatoire idéal et objectif, le point de vue de Sirius, n'existe pas (l'observateur du monde), d'autre part, la seule présence de l'observateur chercheur modifie le champ observé: il s'agit du classique effet Hawthorne (le monde de l'observateur).

le principe universel d'incertitude (Heisenberg), qui démontre que la connaissance absolue du monde en tous ses paramètres simultanés n'existe pas.

le probabilisme (Popper) ou mise en forme mathématique de ce principe d'incertitude, base des démarches inductives.

La recherche action prend aussi ses racines et sa légitimité dans des philosophies plus classiques:

La praxis (Aristote, Marx): qui affirme la primauté de l'action (en opposition avec la connaissance et l'être) en vue d'un résultat: le changement.

L'herméneutique (Habermas, Marcuse, Ricoeur): qui, à partir d'une théorie de l'interprétation (toujours subjectivement orientée) des textes, souligne l'importance de l'interprétation du langage, de la culture, de l'histoire.

L'existentialisme (Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger, Sartre): qui, constatant les limites des sciences rationnelles, réintroduit les concepts fondamentaux de valeurs et de choix humains.

Le pragmatisme (James): qui considère que l'idée que nous avons d'un phénomène, d'un objet, n'est que la somme des idées que nous pouvons avoir au sujet des conséquences pratiques de ce phénomène, des actions possibles sur cet objet.

Les philosophies du changement (Bergson, Heidegger): qui affirment (comme Héraclite: "*On ne peut pas marcher deux fois dans la même rivière*") que tout système est en perpétuelle modification.

La phénoménologie (Husserl): qui insiste sur la primauté des expériences subjectives immédiates comme base de la connaissance.

La théorie analytique (Freud): *"Aucun analyste n'ira jamais plus loin que là où ses propres complexes et ses propres résistances intérieures lui permettent d'aller"*.

**La recherche traditionnelle** a ses lettres de noblesse depuis longtemps. C'est la méthodologie utilisée classiquement dans le monde académique et hospitalier, ce qui est le plus souvent logique. Mais elle tend aussi à être imposée sur tous les terrains par ceux qui la pratiquent, comme le sommet d'un système de valeurs hiérarchisé, au détriment de la recherche opérationnelle et de la recherche action, ce qui est le plus souvent illogique. C'est elle, en tout cas, qui, dans de nombreux pays, occupe (ou encombre) le domaine souvent balbutiant de la recherche en soins de santé primaires.

**La recherche opérationnelle** s'est imposée par la force des choses en fonction des éléments de réalité et de nécessité de la deuxième guerre mondiale. C'est un outil de gestion, de résolution technique des problèmes, d'optimisation, largement utilisé par les militaires, les techniciens, les planificateurs, les gestionnaires.

**La recherche action** apparaît juste après la deuxième guerre mondiale. C'est Kurt Lewin qui utilise le premier le terme pour désigner *"une nouvelle approche des sciences sociales qui combine l'élaboration de la théorie avec le changement du système social à travers l'action du chercheur sur le système ou en son sein"*.

La définition à laquelle la littérature spécialisée actuelle se réfère le plus souvent est celle de Rapoport (1970): *"La recherche action vise à contribuer simultanément aux problématiques pratiques de personnes placées dans une situation concrète et aux buts des sciences sociales par des collaborations synergiques entre acteurs et chercheurs, dans une structure éthique mutuellement acceptable"*.

La recherche action relève d'une démarche essentiellement déductive, partiellement inductive. Il s'agit d'un processus cyclique constitué d'une série d'étapes qui bouclent et se (rétro-)contrôlent, modèle que l'on retrouve de façon presque superposable dans le cycle de l'assurance de qualité. La figure 1 reprend schématiquement ce schéma. La figure 2, proposée par Pierre Mercenier, compare certaines des caractéristiques de la recherche traditionnelle, recherche opérationnelle et recherche action.

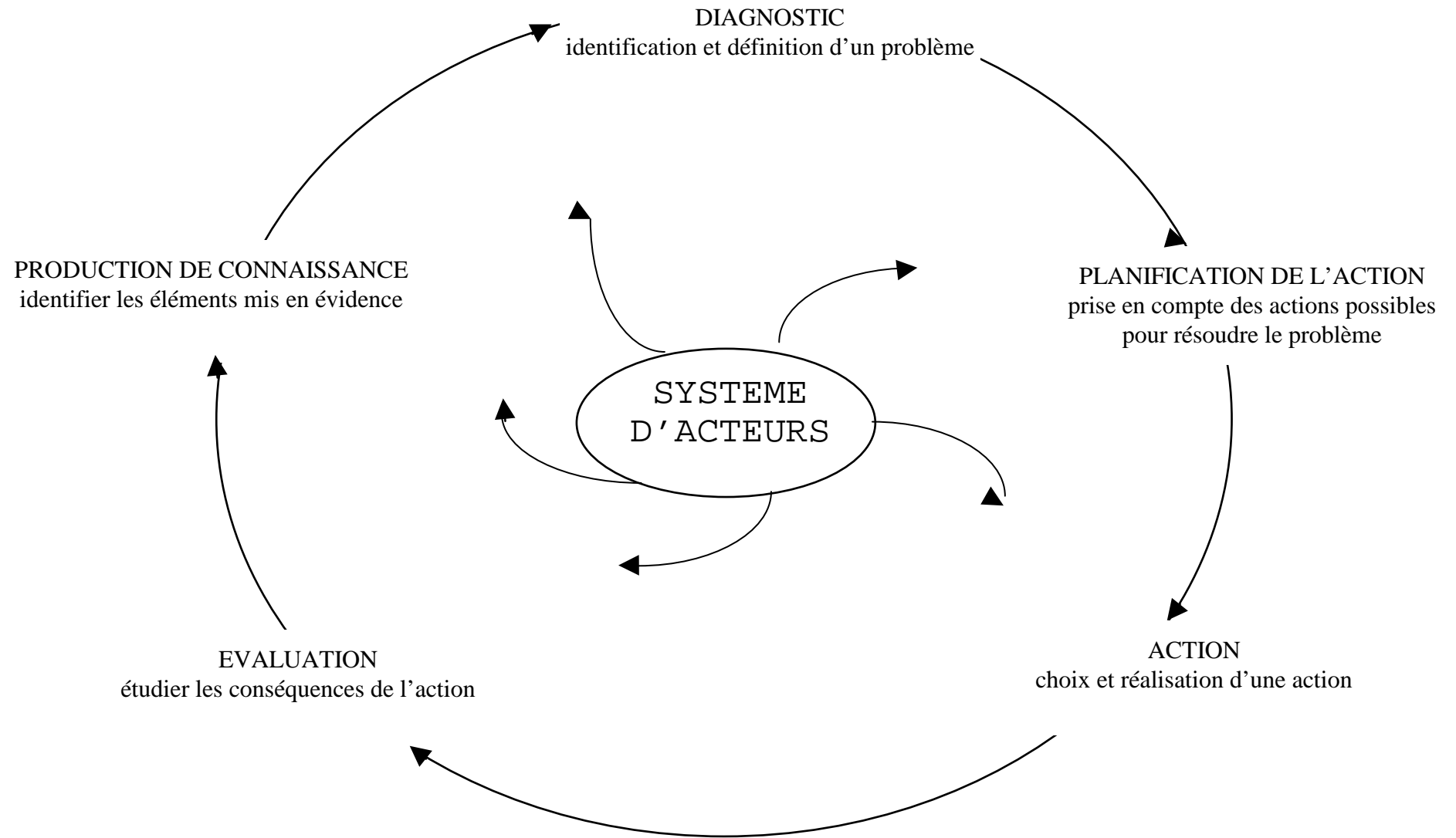


Figure 1: le processus cyclique de la recherche action <sup>7</sup>

	<b>RECHERCHE TRADITIONNELLE</b>	<b>RECHERCHE OPERATIONNELLE</b>	<b>RECHERCHE ACTION</b>
<b>OBJECTIF DIRECT</b>	connaissance	décision optimale	décision optimale
<b>RESULTATS</b>	universels	situationnels	situationnels
<b>SOUS-PRODUITS</b>		modèle mathématique universel	modèle comportemental universel
<b>TYPE DE PROBLEMES</b>	techniques et/ou sociaux	dimension technique prépondérante	dim. sociale et comportementale prépond.
<b>APPROCHE</b>	généralement focalisée	systémique	systémique
<b>HYPOTHESES</b>	généralement statiques	dynamiques	dynamiques
<b>POSITION ACTEURS</b>	externe au processus	externe au processus	certains participent au processus
<b>POSITION CHERCHEURS</b>	neutres	neutres	engagés
<b>ZONE DE RECHERCHE</b>		représentative	favorable
<b>DUREE</b>	variable	variable	long terme

Figure 2: caractéristiques comparées de la recherche traditionnelle, de la recherche opérationnelle, et de la recherche action (d'après Pierre Mercenier)

La recherche action présente certaines caractéristiques qui pallient, au moins partiellement, les carences de la science positiviste<sup>7</sup>:

Elle est orientée vers le futur, traitant de problèmes humains concrets et tentant de leur apporter une solution. L'homme et les ensembles humains sont reconnus comme des systèmes mus par des objectifs et des idéaux. La recherche action est en étroite relation avec la recherche planificatoire (opérationnelle) qui l'enrichit, et réciproquement.

Elle prend en compte l'histoire, qui est un des facteurs déterminants du diagnostic. Une situation observée n'est jamais qu'un moment ponctuel d'un processus diachronique. Comprendre le cheminement complète le diagnostic en fournissant des éléments d'hypothèses explicatives.

Elle est collaborative, reconnaissant et même nécessitant l'étroite interdépendance des chercheurs et des acteurs (définis par Susman et al. comme "système client"); le processus de recherche est toujours fonction des besoins et compétences des deux parties. Cette dépendance réciproque implique de la part des chercheurs l'obligation (difficile) de pouvoir expliciter leurs propres valeurs et leur propre éthique par rapport à celles des acteurs.

Elle implique le développement du système. Le processus cyclique encourage le développement de la capacité d'un système à faciliter, maintenir et réguler le diagnostic, l'action et l'évaluation. Il s'agit d'une démarche "problem solving" basée sur l'apprentissage et l'action, visant à mettre sur pied des structures et des processus appropriés.

Elle génère une théorie à partir de l'action. En évaluant le diagnostic d'un problème et en faisant l'inventaire des solutions possibles avant de planifier celle qui semble la plus adéquate, elle contribue au développement d'une théorie en estimant les actions prises en fonction de cette théorie (il s'agit donc bien d'une démarche hypothético-déductive, qui fonde le statut de la recherche action comme une science<sup>7</sup> ce que d'aucuns ont voulu longtemps lui dénier).

Elle est agnostique dans la mesure où, en mettant sur pied et en évaluant des actions basées sur un diagnostic auquel ont contribué une théorie et des actions antérieures, elle réévalue et reformule sans cesse ses hypothèses de départ et leurs théories génératives.

Elle est situationnelle puisque le diagnostic de la situation présente constitue la première étape du cycle, et prend toujours en compte les acteurs, les chercheurs, le contexte, et leurs interrelations. L'action la plus appropriée découle d'une connaissance antérieure mais pas de la répétition d'actions antérieures adéquates, puisqu'elle dépend de son propre environnement.

Enfin, et surtout, elle est éthique: *"La connaissance est une aventure qui appelle le plein emploi des qualités personnelles et, dans ce sens, elle exige le développement des qualités de conscience pour débusquer, contrôler, contourner, voire refouler l'anthropo-*

*socio-ethno-égo-centrisme. Seul un sujet conscient d'être sujet peut lutter contre sa subjectivité. Seul un sujet conscient d'être sujet peut concevoir son auto-égo-centrisme et tenter de se décentrer par l'esprit, en s'inscrivant dans un circuit trans-subjectif supérieur qui va s'appeler l'amour de la vérité. Dès lors le mot d'éthique de la connaissance prend son sens (car quel sens le mot d'éthique peut-il avoir lorsqu'il n'y a pas de sujet?). Il implique, avec la passion pour la vérité et l'auto-réflexion critique, l'éthos subjectif vers et pour l'objectivité. L'éthique de la connaissance, au lieu de venir d'on ne sait quelle grâce, comme c'est le cas dans l'univers nihilisé du positivisme et du pragmatisme scientifique, vient alors de l'exigence intérieure profonde du sujet chercheur"(Edgar Morin) <sup>10</sup> .*

## **V. La recherche sur le terrain des soins primaires en Belgique**

### **A. Le passé:**

La recherche en soins de santé primaires est un terrain particulièrement pauvre dans notre pays: peu d'intervenants, peu de références, pas de centre organisé, pas d'accès à une documentation spécifique etc. Les chercheurs désireux de s'impliquer ont donc dû développer des stratégies d'action particulières pour s'approprier une connaissance et acquérir une compétence: lectures et mise sur pied de méthodes d'accès aux divers documents, réflexions sur les méthodologies de recherche en soins de santé primaires, essais-erreurs sur le terrain, participation à des groupes de travail internationaux et insertion dans des réseaux de recherche hors Belgique, développement de collaborations synergiques, constitution d'un tissu de personnes-ressources ou référentes etc.

Les étapes suivies se retrouvent fidèlement, avec un certain décalage dans le temps, dans l'article de Mulder<sup>11</sup> introduisant le numéro de "Huisarts en Wetenschap" consacré à un des derniers congrès de la WONCA:

une première phase (1956-1970) pendant laquelle il n'existait pas de recherche en médecine générale. Le modèle était hospitalier, dérivé de la médecine nosographique ou, dans sa forme ultime, des statistiques de mortalité. La pensée psycho-sociale en profita pour s'imposer sur ce terrain non investi. Son plus grand apport fut de faire chanceler le paradigme bio-médical, mais un petit peu au détriment des réalités somatiques. "Même si la main de l'homme n'est pas une patte, s'il vous plaît, Messieurs les Médecins, ne lâchez pas la viande!" (Jean Gagnepain).

une deuxième phase (1970-1980) caractérisée par l'influence prédominante des sociologues et des psychologues (en chair et en os, et pas seulement en pensée) dans les départements de recherche en médecine générale. C'est à ce moment qu'apparurent les termes de global, continu, intégré etc. Les recherches, essentiellement qualitatives, étaient surtout axées sur les aspects émotionnels, sur les tâches, rôles et compétences des travailleurs de santé. Penser était plus important que compter.

une troisième phase (1980-1985) de déblocage: on semblait découvrir que la pensée quantitative n'était pas plus l'apanage des médecins et des réductionnistes que la pensée quantitative celle des psycho-sociologues. On pouvait enfin envisager la coexistence harmonieuse de phases quantitatives et qualitatives au cours d'un même processus de recherche en fonction des nécessités. La WONCA commença de jouer un rôle fondamental dans la coordination internationale des chercheurs en médecine de famille et mit sur pied toute une série de groupes de travail notamment pour construire un certain nombre d'outils standardisés et spécifiques, facilitant la communication: l'ICPC (International Classification of Primary Care), les cartes d'évaluation de statut fonctionnel (les WONCA-COOP charts) etc.

la quatrième phase (après 1985) d'épanouissement et de synthèse: coexistence de différents types de recherche, de différents types de chercheurs et prise en compte d'aspects multiples, notamment économiques. Un sujet tend à se détacher par l'intérêt que lui porte une majorité de chercheurs: la qualité des soins et l'assurance de qualité. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les standards, les guidelines, les peer-review, les audit etc. En 1990 aux Pays-Bas, un tiers des projets de recherche traitait d'assurance de qualité.

A l'analyse, on peut sans doute dire que la recherche en soins primaires est à un tournant: celui de la synthèse et du syncrétisme. L'objectif, ambitieux, est de pouvoir maîtriser, au moins conceptuellement, les différents types de recherche, d'en cerner leur complémentarité (plutôt que leur antagonisme), et surtout d'en préciser les domaines d'application et les spécificités réciproques. Ces différentes méthodes de recherche ne s'inscrivent pas dans un ensemble hiérarchisé de valeurs paradigmatiques différentes, mais témoignent d'une diversité de moyens d'approche et d'analyse pour une variété de domaines et d'éléments à étudier.

A une espèce de problèmes correspond une méthodologie de recherche optimale pour des résultats optimaux: "la balance et la toise sont deux outils de mesure utiles, mais il vaut mieux utiliser la balance pour peser et la toise pour mesurer que le contraire".

La période qui s'achève a donc été caractérisée par l'occupation d'un terrain vierge et par le règne des sociologues et de la recherche-action qualitative.

La période qui s'annonce, tout en n'oubliant pas les ressources, les expériences, les mérites du passé voudrait, dans la continuité, élargir les champs explorés, diversifier les méthodes de recherche utilisées, introduire plus systématiquement une dimension quantitative aux problèmes traités, servir de support ou de relais à des actions visant à soutenir ou promouvoir la politique de santé dans laquelle nous nous inscrivons, traiter d'assurance de qualité, garantir le volet (micro)-épidémiologique et de santé publique, et veiller à l'appropriation des recherches par les travailleurs de santé eux-mêmes <sup>12</sup>.

## **VI. Conclusions:**



La période actuelle est probablement comme une balise, un moment-clé dans l'histoire du développement de la recherche. Les apports théoriques qui précèdent devraient de prendre conscience, si ce n'est déjà fait, de la richesse actuelle et potentielle de ce domaine.

## **Bibliographie:**

- <sup>1</sup> Paul R, Rainsberry N. Values, Paradigms and Research in Family Medicine. *Family Practice* 1986; 3(4): 209-15
- <sup>2</sup> McWhinney I R. Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Family Practice* 1984; 1: 3-8
- <sup>3</sup> Guilbert J J. Le raisonnement du chercheur et du clinicien. *Méd et Hyg* 1994; 52: 670
- <sup>4</sup> Popper K. *The logic of scientific discovery*. London: Hutchinson, 3rd edition, 1968
- <sup>5</sup> Elstein A S. *Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning*. Cambridge (Mass): Harvard University Press 1978
- <sup>6</sup> Hempel C G. *Aspects of Scientific Explanation, and other Essays in the Philosophy of Science*. New York, Free Press 1965
- <sup>7</sup> Susman G I, Everd R D. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly* 1978; 23: 582-603
- <sup>8</sup> Hogarth J. *Glossary of Health Care Terminology*. Regional Office for Europe, WHO Copenhagen 1978; 368-70
- <sup>9</sup> Norton P G, Stewart M, Tudiver F et al. *Primary Care Research. Traditional and innovative approaches*. Sage Publications 1991
- <sup>10</sup> Norton P G, Stewart M, Tudiver F et al. *Primary Care Research. Traditional and innovative approaches*. Sage Publications 1991
- <sup>11</sup> Mulder J D. Science and general practice. The role of medical research in the development of general practice. *Huisarts Wet* 1993; 36 (Suppl): 1-4
- <sup>12</sup> Backer P. National and International Research in the Future in General Practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11 Suppl. 2: 4-6