

UNIVERSITE DE LYON 1  
FACULTE DE MEDECINE



REPRESENTATIONS DE LA RECHERCHE EN  
MEDECINE GENERALE : **l'étude RepR**

**Jean- Sébastien CADWALLADER**  
**Directeur de mémoire : Dr Laurent LETRILLIART- Lyon 1**  
**ANNEE 2009- 2010**

Master 2 recherche Santé et Populations- *Evaluation et Recherche Clinique* (Pr COLIN - Lyon 1)  
Laboratoire d'accueil : SANTE INDIVIDU SOCIETE (S.I.S. EA 4129) (Pr MATILLON - Lyon 1)

<b>1. CONTEXTE.....</b>	<b>6</b>
1.1. LA LOI D'INVERSE OPPORTUNITE.....	6
1.2. LE PROBLEME DES PUBLICATIONS.....	6
1.3. LES ENJEUX DE LA RECHERCHE EN MG .....	7
1.4. QUESTION, OBJECTIFS.....	7
<b>2. METHODES.....</b>	<b>8</b>
2.1. SCHEMA D'ETUDE.....	8
2.2. ECHANTILLONS.....	8
2.2.1. Types d'acteurs.....	8
2.2.2. Entretiens collectifs.....	8
2.3. RECUEIL DES DONNEES.....	8
2.3.1. Modération.....	9
2.3.2. Observation.....	9
2.4. LE CANEVAS D'ENTRETIEN.....	9
2.5. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES .....	9
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>10</b>
3.1. ECHANTILONS ANALYSES.....	10
3.2. SPECIFICITE DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE.....	11
3.2.1. De populations.....	11
3.2.1.1. Diversité des problèmes de santé.....	11
3.2.1.2. Stades précoces.....	11
3.2.1.3. Co morbidités.....	11
3.2.2. De domaines.....	11
3.2.2.1. Epidémiologie.....	11
3.2.2.1.1. Influence de l'environnement.....	11
3.2.2.1.2. Maladies émergentes.....	11
3.2.2.2. Evaluation des procédures.....	12
3.2.2.2.1. Education.....	12
3.2.2.2.2. Prévention .....	12
3.2.2.3. Evaluation de la qualité des soins.....	12
3.2.2.3.1. Pratique des médecins généralistes.....	12
3.2.2.3.2. Relation médecin patient.....	12
3.2.3. De méthodes.....	12
3.2.3.1. Quantitative.....	12
3.2.3.1.1. Etudes cout efficacité.....	12
3.2.3.1.2. Etudes interventionnelles.....	12
3.2.3.1.3. Etudes observationnelles.....	12
3.2.3.2. Qualitative.....	13
3.2.3.3. Combinaison de méthodes.....	13
3.3. INTERET POUR LA SANTE DE LA POPULATION.....	13
3.3.1. Amélioration de la qualité des soins .....	13
3.3.2. Amélioration de l'adhésion aux soins.....	13
3.3.3. Economie de sante.....	13
3.4. RECONNAISSANCE DES ACTEURS.....	14
3.4.1. Patient.....	14
3.4.2. Investigateur.....	14
3.4.3. Chercheur.....	14

3.4.3.1.	Reconnaissance académique.....	14
3.4.3.2.	Reconnaissance dans la rémunération.....	14
<b>3.4.4.</b>	<b>Discipline.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5.</b>	<b>RISQUES.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5.1.</b>	<b>Ethique.....</b>	<b>15</b>
3.5.1.1.	Confidentialité.....	15
3.5.1.2.	Industries de la santé.....	15
3.5.1.3.	Assurance maladie.....	15
<b>3.5.2.</b>	<b>Instrumentalisation.....</b>	<b>16</b>
3.5.2.1.	Investigateur.....	16
3.5.2.2.	Chercheur.....	16
3.5.2.3.	Discipline.....	16
<b>3.5.3.</b>	<b>Positionnement du chercheur.....</b>	<b>16</b>
3.5.3.1.	Enjeux de pouvoir.....	16
3.5.3.2.	Clivage entre chercheurs et praticiens.....	17
<b>3.5.4.</b>	<b>Scientification de la médecine générale.....</b>	<b>17</b>
<b>3.6.</b>	<b>FAISABILITE.....</b>	<b>18</b>
<b>3.6.1.</b>	<b>Conditions.....</b>	<b>18</b>
3.6.1.1.	Formation.....	18
3.6.1.1.1.	Formation des chercheurs.....	18
3.6.1.1.2.	Formation des investigateurs.....	18
3.6.1.2.	Collaborations.....	18
3.6.1.2.1.	Expertise méthodologique.....	18
3.6.1.2.2.	Expertise médicale.....	18
3.6.1.3.	Financements.....	19
3.6.1.3.1.	Institutions privées.....	19
3.6.1.3.2.	Institutions associatives.....	19
3.6.1.3.3.	Institutions publiques.....	19
<b>3.6.2.</b>	<b>Facteurs facilitants.....</b>	<b>19</b>
3.6.2.1.	Légitimité.....	19
3.6.2.2.	Accès aux données.....	20
3.6.2.3.	Valorisation des médecins généralistes.....	21
<b>3.6.3.</b>	<b>Obstacles.....</b>	<b>21</b>
3.6.3.1.	Liées aux représentations.....	21
3.6.3.1.1.	Image de la recherche médicale.....	21
3.6.3.1.1.1.	<i>Méconnaissance</i> .....	21
3.6.3.1.1.2.	<i>Vision réductrice</i> .....	21
3.6.3.1.1.3.	<i>Méfiance</i> .....	22
3.6.3.1.2.	Image de la recherche en médecine générale.....	22
3.6.3.1.2.1.	<i>Une vision limitée</i> .....	22
3.6.3.1.2.2.	<i>Une réalité internationale méconnue</i> .....	22
3.6.3.1.3.	Un problème de motivation.....	23
3.6.3.1.3.1.	<i>Patients</i> .....	23
3.6.3.1.3.2.	<i>Médecins</i> .....	23
3.6.3.2.	Liées à la pratique.....	23
3.6.3.2.1.	Investigateur.....	23
3.6.3.2.1.1.	<i>Temps</i> .....	23
3.6.3.2.1.2.	<i>Rémunération</i> .....	24
3.6.3.2.1.3.	<i>Charge administrative</i> .....	24
3.6.3.2.1.4.	<i>Exercice isolé</i> .....	24
3.6.3.2.1.5.	<i>Disparité d'exercice</i> .....	24
3.6.3.2.2.	Chercheur.....	25

3.6.3.2.2.1.	<i>Financement</i> .....	25
3.6.3.2.2.2.	<i>Triple mission</i> .....	25
3.6.3.2.3.	Discipline.....	25
<b>3.6.4.</b>	<b>Solutions envisagées.....</b>	<b>26</b>
3.6.4.1.	Organisation de la recherche.....	26
3.6.4.1.1.	Réseaux.....	26
3.6.4.1.2.	Ancrage dans la pratique clinique.....	26
3.6.4.1.3.	Informatisation.....	26
3.6.4.1.4.	Formation.....	26
3.6.4.1.5.	Collaborations multidisciplinaires.....	27
3.6.4.1.6.	Aide logistique.....	27
3.6.4.1.7.	Unités de recherche.....	27
3.6.4.1.8.	Financements.....	27
3.6.4.1.9.	Communication.....	27
3.6.4.2.	Organisation du système de soins.....	27
3.6.4.2.1.	Regroupement des professionnels de santé.....	27
3.6.4.2.2.	Diversification des modes de rémunération.....	28
3.6.4.2.3.	délégation de tâches.....	28
3.6.4.2.4.	revalorisation du rôle des médecins généralistes.....	28
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
4.1.	<b>LA LEGITIMITE.....</b>	<b>29</b>
4.1.1.	<b>une reconnaissance croissante.....</b>	<b>29</b>
4.1.2.	<b>l'émergence d'une discipline scientifique.....</b>	<b>31</b>
4.1.3.	<b>l'acquisition d'une légitimité.....</b>	<b>31</b>
4.2.	<b>L'ENRACINEMENT DANS LA PRATIQUE CLINIQUE.....</b>	<b>33</b>
4.2.1.	<b>une force.....</b>	<b>33</b>
4.2.2.	<b>une faiblesse.....</b>	<b>33</b>
4.3.	<b>DES ELEMENTS STRUCTURANTS.....</b>	<b>35</b>
4.3.1.	<b>une organisation des soins.....</b>	<b>35</b>
4.3.2.	<b>les réseaux de recherche .....</b>	<b>36</b>
4.3.3.	<b>les motivations des investigateurs.....</b>	<b>36</b>
4.4.	<b>LA VALIDITE DE L'ETUDE.....</b>	<b>37</b>
4.4.1.	<b>les points forts.....</b>	<b>37</b>
4.4.2.	<b>le problème de la saturation.....</b>	<b>38</b>
4.4.3.	<b>la représentation des femmes.....</b>	<b>38</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
<b>6.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>43</b>

## **ABBREVIATIONS**

**ANR** : agence nationale de la recherche  
**C** : consultation  
**CHU** : cité hospitalo- universitaire  
**CIC**: centre d'investigation clinique  
**CNGE** : collège national des généralistes enseignants  
**CNU**: conseil national des universités  
**DES**: diplôme d'études spécialisées  
**DIU**: diplôme interuniversitaire  
**DMG** : département de médecine générale  
**DMP** : dossier médical partagé  
**DU** : diplôme universitaire  
**EBM**: evidence based medicine  
**ECA**: enseignant clinicien ambulatoire  
**ECG**: électrocardiogramme  
**EGPRN**: European general practice research network  
**FIQCS**: fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins  
**FMC** : formation médicale continue  
**HAS** : haute autorité de santé  
**HTA** : hypertension artérielle  
**IEC** : inhibiteur de l'enzyme de conversion  
**IMG** : interne en médecine générale  
**INSERM** : institut nationale de la santé et de la recherche médicale  
**INVS** : institut national de veille sanitaire  
**IRMG** : institut de recherche en médecine générale  
**MAPA** : mesure ambulatoire de la pression artérielle  
**MG**: médecine généraliste/ médecine générale  
**OGC** : organisme gestionnaire conventionnel  
**PCR** : polymerase chain reaction  
**PH** : praticien hospitalier  
**PHRC** : programme hospitalier de recherche clinique  
**PIB** : produit intérieur brut  
**SFMG**: société française de médecine générale  
**URCAM** : union régionale des caisses d'assurance maladie  
**URML** : union régionale des médecins libéraux  
**WONCA** : organisation mondiale des médecins généralistes  
**WONCA Europe**: branche européenne de la WONCA

# 1. CONTEXTE

## 1.1. LA LOI D'INVERSE OPPORTUNITE

Une conférence d'experts issus de la WONCA a défini en 2003<sup>1</sup> à Kingston (Canada) la recherche en soins primaires par ses champs d'action, ses objectifs, les méthodes utilisées. Selon ces experts, l'objectif principal de la recherche en soins primaires est d'améliorer l'état de santé de la population générale par la sommation de l'état de santé de chaque individu qui la compose. Elle est peu développée dans certains pays, notamment en France, alors que la majorité des problèmes de santé relève des soins primaires.<sup>2</sup> Les ordonnances Debré de 1958 (Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale), en concentrant la recherche médicale dans les établissements hospitalo-universitaires, ont contribué à cette situation. Décrite sous le terme de «loi d'inverse opportunité»,<sup>3</sup> elle contribue au déficit de données scientifiques pertinentes en médecine générale<sup>4</sup> rendant difficile l'élaboration et l'application de recommandations de bonne pratique clinique.<sup>5</sup> Cependant l'état français publie le 28 juillet 2008 un décret rendant légitime la filière universitaire de médecine générale, et le 29 avril 2009 l'obligation légale de l'organiser, notamment par la titularisation de professeurs associés de médecine générale.<sup>6</sup>

## 1.2. LE PROBLEME DES PUBLICATIONS

La sous-représentation de la recherche en médecine générale, particulièrement évidente en France, se traduit par un déficit de publications de travaux de recherche en soins primaires dans les revues françaises et internationales.<sup>7</sup> Entre 1960 et 2003, 50 288 citations issues de 15 revues internationales de médecine générale sont présentes dans la base de données Medline<sup>7</sup>, ce qui ne représente qu'un vingtième du nombre total de citations relatives au champ de la cardiologie par exemple. Au niveau européen, le nombre de publications de travaux de recherche en médecine générale est très variable selon les pays.<sup>8</sup> Entre 1999 et 2006, alors que la Grande Bretagne a publié de façon stable 9% des articles en rapport avec la médecine générale indexés dans Medline, les Pays Bas 7%, la Belgique de façon croissante 2 à 5%, la France n'était à l'origine que d'1% des articles en rapport avec la médecine générale, sans tendance à une augmentation durant cette période.

Le comité d'interface de l'Inserm pour la médecine générale, sous la direction de Gérard de Pouvourville,<sup>9</sup> a identifié dans la période 1999-2000 114 articles issus de la revue *Exercer* et de la *Revue du praticien médecine générale*. Ces publications concernaient le plus souvent l'identification des spécificités de la pratique de la médecine générale (32%),

suivie des travaux de recherche clinique (16%), de prévention et de promotion pour la santé (11%), et d'épidémiologie (10%), confirmant les résultats d'une précédente évaluation.<sup>10</sup>

### **1.3. LES ENJEUX DE LA RECHERCHE EN MG**

L'intégration « option médecine générale » dans la sous-section **CNU 58-01** de Médecine Interne en 2007 a officialisé un lien entre les disciplines de médecine générale et de médecine interne. De ce point de vue, il semble, dans la situation actuelle en France, que la recherche universitaire en médecine générale est liée académiquement à la médecine interne. D'un autre point de vue, l'INSERM considère la recherche en médecine générale comme relevant du champ de la recherche en santé publique, puisqu'elle intervient sur la santé de populations.<sup>11</sup> Malgré la diversité des pratiques de la médecine générale en fonction des pays, l'objectif consensuel de la recherche en soins primaires est bien en définitive l'amélioration de la qualité des soins primaires.<sup>12</sup> Hector Falcoff précisait déjà en 1999 qu'au-delà d'être un facteur d'autonomie et de légitimation pour la discipline médecine générale, la recherche en médecine générale représentait un enjeu de santé publique et une nécessité pour le système de soins.<sup>13</sup>

Certaines études ont déjà tenté d'explorer les attitudes des acteurs de santé vis-à-vis de la recherche en médecine générale, mais tantôt à l'aide d'un questionnaire fermé incomplet<sup>14</sup> ou bien sur une population trop restreinte d'acteurs de santé.<sup>15</sup> Des facteurs tels que la motivation et le problème de recrutement des patients ont déjà été évoqués mais sans approfondir sur les problématiques spécifiques à la recherche en médecine générale.<sup>16</sup>

Il s'avère qu'une approche qualitative soit la plus appropriée pour explorer, comprendre et interpréter les représentations d'un objet telle que la recherche en médecine générale.<sup>17</sup> Le but ici est d'explorer et décrire un phénomène, non pas de quantifier. En effet, l'objet recherche en médecine générale n'est pas suffisamment défini et un questionnaire fermé serait incomplet et influencerait directement les réponses. Il est nécessaire de s'intéresser aux représentations de l'ensemble des catégories d'acteurs de santé concernées par cette problématique.

### **1.4. QUESTION, OBJECTIFS**

Quelles sont les représentations de la recherche en médecine générale chez les différents acteurs ?

L'objectif principal est de décrire les représentations de la recherche en médecine générale chez les différents acteurs concernés et l'objectif secondaire de comparer ces représentations et identifier les obstacles et les facteurs facilitants de la recherche en médecine générale en France.

## **2. METHODES**

### **2.1. SCHEMA D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens collectifs<sup>18 19</sup> (« focus groups ») afin d'explorer et de décrire les représentations de la recherche en médecine générale.

Ils permettent d'étudier la variété des opinions et sentiments des acteurs sur ce sujet, de mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus, d'objectiver les facteurs associés aux opinions, les comportements ou les motivations dans un environnement favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.

### **2.2. ECHANTILLONS**

Il s'agit de faire interagir dans les entretiens collectifs des acteurs concernés par le sujet, en les regroupant le cas échéant selon leur discipline et leur implication en recherche en soins primaires.

#### **2.2.1. Types d'acteurs**

On étudie ici 4 catégories d'acteurs :

- Médecins généralistes sans activité de recherche en soins primaires (MG)
- Médecins généralistes avec une activité de recherche en soins primaires (MGU)
- Chercheurs d'autres disciplines (sociologie, épidémiologie, pharmacologie, spécialités médicales, sciences...) (U)
- Patients (P)

#### **2.2.2. Entretiens collectifs**

Les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné, complété par la technique de la « boule de neige », c'est-à-dire l'identification des personnes connues par des personnes auxquelles on se réfère mais aussi par mailing et courrier dans différentes villes françaises (Lyon, Tours, Lille, Boulogne Sur Mer,). Le but était d'étendre sur le plan national les entretiens diversifiant le recrutement selon certains critères (âge, sexe), afin de recueillir un maximum d'opinions des médecins jeunes et plus âgés jusqu'à saturation des données.

### **2.3. RECUEIL DES DONNEES**

Le contenu des entretiens a été enregistré à l'aide d'un matériel audiophonique simple (2 dictaphones). Les entretiens collectifs se sont déroulés par soirée, dans un lieu calme et propice à la discussion, sans événement extérieur pouvant modifier l'ambiance de confiance mutuelle, dans les villes de Boulogne Sur Mer, Lille, Lyon, Tours.

Les participants ont été rappelés une semaine avant chaque date déterminée afin d'évaluer la possibilité de leur présence et leur expliquer les conditions de la séance.

Les participants, dans la mesure du possible, ne connaissaient pas la question précise de recherche, afin de ne pas influencer leurs opinions et leurs discours.

### **2.3.1. Modération**

Tous les entretiens collectifs sont animés par un modérateur.<sup>20</sup> Les modérateurs sélectionnés, de profils diversifiés (médecin, enseignant) avaient une expérience des entretiens collectifs ou des compétences en animation de groupe.

Préalablement aux entretiens, le protocole de recherche leur a été exposé et le canevas d'entretien commenté. Des consignes leur ont été données et résumées sous forme de fiche distribuée préalablement (Annexe 1).

### **2.3.2. Observation**

Tous les focus groups ont été suivis par un observateur. Le but de l'observateur est de rapporter le langage non verbal et invisible à l'enregistrement audio.

Une fiche méthodologique a été remise à chaque observateur (Annexe 2).

## **2.4. LE CANEVAS D'ENTRETIEN**

Un canevas (ou grille) d'entretien a été fourni aux modérateurs et aux observateurs.

Il contenait 7 questions ouvertes. (Annexe 3). Pour les 4 types d'acteurs, le canevas d'entretien était relativement similaire afin de pouvoir comparer les participants au sein et entre les catégories d'acteurs. Il a peu évolué durant les entretiens.

- C'est quoi la recherche en médecine ?
- C'est quoi la recherche en médecine générale ? (terrain, type d'études, objectifs)
- Quel est l'intérêt (avantages et inconvénients) d'une telle recherche (pour les patients, les médecins, la discipline) ?
- Quels en sont les facteurs facilitants, les difficultés ?
- Quel environnement (collaborations, structures, financements) pour la recherche en médecine générale ?
- Quelle place pour les médecins généralistes dans cette recherche en médecine générale ?
- Quelle formation pour les chercheurs en médecine générale ?

## **2.5. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES**

L'analyse est constructiviste et selon la méthode de théorisation ancrée selon Glaser.<sup>21</sup>

Elle a été réalisée, sur le texte retranscrit (verbatim), les notes recueillies par ceux-ci durant la séance, les synthèses des modérateurs et observateurs, par deux chercheurs selon une approche inductivo-déductive, reposant sur l'encodage des données recueillies et sur la formulation d'hypothèses à partir des données et à l'aide du **logiciel N Vivo 8**.<sup>22</sup>

### 3. RESULTATS

#### 3.1. ECHANTILONS ANALYSES

57 personnes ont été recrutées dans 9 entretiens collectifs à travers la France, de Janvier 2010 à Mai 2010 dont les caractéristiques sont listées dans le tableau 1. La taille des effectifs a permis la saturation des données et la diversité du recueil de données.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

	<b>Patients (P) n=15</b>	<b>Médecins généralistes (MG) n=17</b>	<b>Médecins généralistes universitaires (MGU) n=14</b>	<b>Autres universitaires (U) n=11</b>
<b>Age médian</b>	58 ans (39 à 75)	58 ans (28 à 62)	48,5 ans (28 à 62)	54,5 ans (34 à 70)
<b>Sexe</b>				
Masculin	7 (47%)	16 (94%)	7 (50%)	10 (91%)
Féminin	8 (53%)	1 (6%)	7 (50%)	1 (9%)
<b>Région</b>				
Nord Pas de Calais	8 (53%)	7 (40%)	0	0
Indre et Loire	7 (47%)	5 (30%)	7 (50%)	11 (100%)
Rhône Alpes	0	5 (30%)	7 (50%)	0
<b>Lieu d'habitation/d'exercice</b>				
Rural	6 (40%)	7 (40%)	6 (43%)	-
Urbain	9 (60%)	10 (60%)	8 (57%)	-
<b>Spécialité</b>				
Médicale	-	-	-	5 (45,5%)
Chirurgicale	-	-	-	1 (9%)
Autres	-	-	-	5 (45,5%)
<b>Secteur conventionnel</b>				
Secteur 1	-	14 (82,3%)	14 (100%)	-
Secteur 2	-	3 (17,7%)	0	-
<b>Pathologie chronique</b>				
Oui	7 (47%)	-	-	-
Non	8 (53%)	-	-	-
<b>Enseignant clinicien ambulatoire</b>				
Oui	-	7 (40%)	14 (100%)	-
Non	-	10 (60%)	0	-

## 3.2. SPECIFICITE DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

### 3.2.1. De populations

#### 3.2.1.1. Diversité des problèmes de santé

Elle est perçue par les 4 catégories d'acteurs dans le domaine ambulatoire des pathologies les plus courantes aux plus graves.

**MG10** : « *c'est pour ça que je parlais de la définition de la recherche qui intéresse pas les autres [...]un grand champ ! c'est un grand champ de bobologie mais c'est vachement important la bobologie* ».

**MGU5** : « *On a un tutti frutti par rapport aux autres spécialités...* »

**U9** : « *l'originalité d'une recherche en médecine générale, elle serait pas dans les éléments ou les composants, elle serait dans le mélange.* »

#### 3.2.1.2. Stades précoces

La spécificité perçue ici par les médecins est la prise en charge des patients à la genèse de leurs maladies aux symptômes nuancés.

**MGU2** : « *justement dans le champ épidémiologique, on voit les malades au début de leur maladie et il y a aucune description du comportement des gens, du devenir qu'ils peuvent avoir, il y a énormément de travaux à faire sur le début des maladies* »

**U9** : « *Parce que, entre ce qu'on va considérer comme un trouble dépressif majeur significatif et puis ce qu'on peut considérer comme une dysthymie, ou même pas comme une dysthymie, mais la tristesse ordinaire etc. Ca c'est une question qui me semble à la fois socialement brûlante et pour laquelle les généralistes ont une compétence que les psychiatres, par définition ne peuvent pas avoir.* »

#### 3.2.1.3. Co morbidités

Il apparaît que certains médecins généralistes soulignent l'importance en médecine générale d'étudier les pathologies entrecroisées et existant de façon simultanée.

**MG8** : « *quand certains s'intéressent qu'à une seule spécialité, nous on s'intéresse aux interactions entre différents organes, entre différentes spécialités, et ça ça intéresse pas les autres.* »

**MG11** : « *qui suit le plus de diabétiques hypertendus ? Ben c'est nous !* »

### 3.2.2. De domaines

#### 3.2.2.1. Epidémiologie

##### 3.2.2.1.1. Influence de l'environnement

L'avantage décrit par les 4 catégories d'acteurs du champ d'action de la recherche en MG est l'étude du patient dans son milieu de vie

**MGU3** : « *Ça me vient spontanément. Ce serait étudier le patient dans son élément. Et c'est ce que font les chercheurs quand ils veulent observer leurs sujets dans leur milieu naturel...* »

Il peut prendre en compte l'aspect social personnel et professionnel

**P7** : « *il peut faire une corrélation entre le milieu social, de travail et du mal et du stress au travail et de ce que ça peut amener en dehors de l'hôpital et plein de choses interfèrent sur le corps humain...* »

**U8** : « *alors que là vous êtes plus à prendre le malade dans sa globalité, dans son environnement et tout ça. Ce qui sous-entend peut-être des outils...* »

##### 3.2.2.1.2. Maladies émergentes

Certains MGU voient dans la recherche en MG la création d'une discipline médicale à part entière des maladies naissantes

**MGU5** : « *peut être qu'on va pouvoir créer un nouveau domaine qu'est le néo, qui est un peu le début des maladies émergentes et on pourra s'imposer dans ce domaine car on est les seuls ! Il n'y a que nous qui pourront les voir...* »

### 3.2.2.2. Evaluation des procédures

#### 3.2.2.2.1. Education

La prise en charge longitudinale des patients atteint d'une maladie chronique incitent les médecins généralistes à évoquer une recherche sur l'éducation.

**MG6** : « *Essentiellement de l'éducation diététique, puisque le diabète est une grande cause nationale, les patients sont les plus à même de connaître leurs habitudes alimentaires, on peut faire de grands travaux* »

#### 3.2.2.2.2. Prévention

Du fait de l'émergence des pathologies, la prévention semble essentielle pour les 4 catégories d'acteurs, en particulier les patients.

**P12** : « *est-ce que le rôle du, du généraliste euh, la recherche ne devrait pas peut, peut-être être euh menée au niveau de la prévention de, des maladies* »

### 3.2.2.3. Evaluation de la qualité des soins

#### 3.2.2.3.1. Pratique des médecins généralistes

L'évaluation des pratiques est un domaine récurrent décrit par certains MG mais au-delà de cela c'est l'étude des spécificités de la pratique des MG qui est un thème récurrent des verbatim.

**MG11** : « *pour affiner la pratique en MG, je pense que c'est ça la recherche EN MG* »

**U2** : « *la recherche en médecine générale elle est probablement plus, enfin d'après ce que je vois, et mon expérience en tout cas à travers les thèses, elle est plus centrée sur les pratiques de la médecine générale* »

#### 3.2.2.3.2. Relation médecin patient

Certains MG et patients estiment que la communication du MG est un élément prédominant à étudier.

**P8** : « *ben j'ai l'impression que le domaine de recherche n'aurait rien à voir avec les praticiens spécialistes dans une matière c'est un généraliste donc je vois sa recherche plutôt sur la relation patient/ médecin* »

**MG16** : « *Après ça peut englober, ça peut être la relation entre le médecin et le patient, ça peut être la relation entre le médecin et la demande de la maladie dans son cabinet, le médecin et les traitements, le patient et...* »

## 3.2.3. De méthodes

### 3.2.3.1. Quantitative

#### 3.2.3.1.1. Etudes cout efficacité

La place du MG en premier recours incite certains acteurs à évoquer une recherche sur les dépenses de santé.

**MGU3** : « *cela nécessite des études cout efficacité et c'st peut être ça le nerf de la guerre entre guillemets.* »

**P12** : « *Moi je reviens sur la recherche justement[...]c'est d'essayer de, de rechercher, de maintenir le, la même qualité de soin, à des coûts moindres finalement .* »

**U4** : « *Ca ne peut être que des analyses « coût-efficacité »* »

#### 3.2.3.1.2. Etudes interventionnelles

Les essais interventionnels et sur les médicaments sont régulièrement évoqués.

**U4** : « *Mais en réalité tous les essais pragmatiques, ils sont très nombreux en fait, sont faits par le médecin de ville, on va dire.* »

#### 3.2.3.1.3. Etudes observationnelles

Les études de cohorte et transversales sont assez spécifiques de la recherche en MG pour certains acteurs.

**U1** : « *Je crois que la spécificité de la recherche en médecine générale, c'est l'étude descriptive.* »

### 3.2.3.2. Qualitative

Les méthodes qualitatives sont plutôt l'apanage de la MG d'après certains acteurs, amenant même certains universitaires à confondre le champ d'action de la recherche en MG avec les méthodes qualitatives.

**U2** : « *Donc j'ai l'occasion de découvrir par ce biais la recherche qualitative, donc, euh en médecine générale puisque c'est de ça qu'on va parler tout à l'heure* »

**MGU4** : « *il y a aussi l'observation qualitative par les entretiens des patients pour voir comment les patients ressentent les choses.* »

**MG13** : « *je crois que c'est quelque chose d'essentiel en ce moment, la recherche ça peut être de la recherche sociologique.* »

### 3.2.3.3. Combinaison de méthodes

Le MG est identifié comme au cœur de l'interface individu société et un besoin de méthodes combinées semble préférable en MG d'après certains acteurs universitaires.

**MGU4** : « *une base méthodologique, des connaissances sur les méthodes quanti et quali pour aborder des thématiques plus centrées patients, le quali a un poids important mais après je me dis qu'il faut être efficace et pour être efficace il faut connaître une thématique dans toutes ses dimensions* »

## 3.3. INTERET POUR LA SANTE DE LA POPULATION

### 3.3.1. Amélioration de la qualité des soins

Les différents acteurs de santé y voient un intérêt dans l'amélioration de la santé de la population globale et donc une action forte de santé publique, en privilégiant une médecine fondée sur les preuves.

**MG11** : « *moi je la vois comme faire avancer les choses et améliorer probablement à la fois la pratique des médecins et la santé des gens... on est pas dans la recherche fondamentale,* »

**MGU14** : « *Ce serait d'avoir enfin des recommandations appliquées à notre pratique. Par exemple. Plutôt que des choses qui sont inadaptables dans nos cabinets quand on exerce.* »

Le médecin généraliste joue alors un rôle important de réutilisation des données récentes de la science.

**P5** : « *Son rôle maintenant est de digérer en retour et de recevoir des infos et d'en faire une sorte de synthèse donc la recherche c'est une recherche qu'il pratique pour l'exercice quotidien de son métier...pour le bénéfice sur notre santé...* »

**U6** : « *Je crois que vous avez un grand rôle en recherche épidémiologique pour définir les questions prioritaires pour la population française dans des pathologies qui ne sont pas vues à l'hôpital* »

### 3.3.2. Amélioration de l'adhésion aux soins

Certains MG et patients sont conscients que celle-ci peut apporter un discours scientifique recevable, actualisé et argumenté.

**P4** : « *comment la recherche peut elle apporter quelque chose dans le contact avec le médecin et le bénéfice que je peux avoir dans mon quotidien...* »

**MG2** : « *améliorer la prise en charge du patient... par exemple pour revenir à l'histoire du marketing on a évolué... avant ils voulaient un antibiotique pour leur angine et maintenant tu peux leur prouver par des arguments scientifiques que l'antibiotique est pas automatique... On a été aidé par les médias mais je pense que c'est quand même une issue de la recherche en MG qui nous a permis de limiter l'antibiothérapie dans toutes les viroses qu'on soignait avant *larga manu* avec les antibiotiques...* »

### 3.3.3. Economie de sante

Un des objectifs de la recherche en médecine générale est l'optimisation des coûts de santé en gardant un niveau de soins suffisant pour la collectivité.

**MG11** : « *la recherche en MG c'est de chercher la meilleure façon de soigner selon qu'il y ait des pressions économiques: comment soigner au meilleur coût, c'est l'efficience.* »

**MGU5** : « *il y a aussi l'amélioration de la santé des gens. Quelqu'un en bonne santé coûte moins cher à notre société...* »

### 3.4. RECONNAISSANCE DES ACTEURS

#### 3.4.1. Patient

La recherche en MG est un moyen d'après certains médecins généralistes de valoriser leur patient, et expriment même la possibilité de les rémunérer en cas d'inclusion.

**MG3** : « le premier collaborateur c'est le patient. Il faut son consentement ... je suis médecin référent, voilà traitant, plein de trucs...et qui permet de faire accepter au premier collaborateur le patient de rentrer dans la recherche »

**MG4** : « même si on sait qu'il y a un intérêt intellectuel, financier, revalorisation, image de marque pour le médecin, ça doit être la même chose pour les patients. Ceux qui s'engagent dans un protocole de recherche, 3 mois de mutuelle gratuite... »

#### 3.4.2. Investigateur

Les différents acteurs universitaires estiment que les MG tirent un bénéfice à être investigateur pour leur pratique et devraient être valorisés même financièrement pour ce rôle de recrutement.

**MGU6** : « On a tous été sensibilisés à la recherche par nos rôles d'investigateurs ce qui est révolutionnaire, du moins avant quand recruter un MG pour la recherche était étonnant. »

**MGU10** : « J'avais fait faire une thèse sur le sujet, pff ... dans les années 95, un truc comme ça, sur « la participation comme investigateur est elle une bonne formation continue ? » »

**U4** : « Celui-là a besoin de connaissances méthodologique, je dirais, très solides, pour être capable de poser la bonne question et de faire le truc etc. (U5: C'est un métier) L'investigateur doit être très rigoureux. Et servile, on va dire aussi. »

**U11** : « A l'hôpital par exemple, les études institutionnelles, on va financer du temps de personnel pour aider à faire l'étude mais les investigateurs ne vont pas être indemnisés à l'inclusion. En médecine générale la problématique est peut-être un petit peu différente »

#### 3.4.3. Chercheur

##### 3.4.3.1. Reconnaissance académique

D'après certains acteurs universitaires, les chercheurs en MG sont reconnus s'ils publient dans le cadre de leur discipline, et la spécificité de celle-ci va se construire au fur et à mesure de ces publications et de la reconnaissance des chercheurs en MG par leurs pairs.

**MGU3** : « un autre aspect de la question : qu'est ce qui fait qu'on est reconnu chercheur en médecine car c'est aussi le fait que les autres personnes dans certains domaines nous considèrent comme chercheur »

**U4** : « Ben ça veut dire que la recherche, c'est pas publié. (**M4 : Il faut la publier ?**) Il faut, c'est le minimum ! (**M4 : Ca n'existe que si c'est publié ?**) Ah ben de toute façon oui, par définition, ça n'existe que si c'est publié et c'est pas suffisant, il faut en plus que ce soit lu. Et que ce soit appliqué. Sinon ça sert à rien, d'accord ? »

**U7** : « Vous êtes reconnus, vous avez un nom, vous avez une revue qui publie vos trucs, vous avez des bailleurs de fonds qui vous vous connaissent et puis ça fonctionne comme ça. Oui, y'a une auto-agrégation qui se forme. »

**U1** : « Mais je crois que la recherche et la publication des travaux, ou des recherches, c'est le meilleur moyen de montrer son efficacité réelle en tant que médecin généraliste aussi, dans son domaine et dans son secteur. »

##### 3.4.3.2. Reconnaissance dans la rémunération

Elle est primordiale pour les MG qui y voient un moyen de reconnaître leur travail de recherche.

**MG2** : « je conçois pas la recherche comme du bénévolat...la rémunération est un problème... Ni un inconvénient ni un avantage mais je pense que c'est important d'en parler, c'est la reconnaissance d'un travail... »

**MGU12** : « Et pour ce qui est des chercheurs, de ceux qui font la conception et de ceux qui vont chercher de l'argent, ..., il faudrait qu'ils soient soit correctement rémunérés, ce qui est à peu près jamais le cas, soit une autre solution qui serait bien, ce serait salarié. »

### 3.4.4. Discipline

La spécificité de la discipline ne semble exister en grande partie que par la recherche, indispensable à l'amélioration de la qualité des soins en rapport avec le champ étudié.

**MG2** : « *crédibiliser la discipline vis-à-vis des autres disciplines autres que la MG pour montrer qu'il existe une recherche spécifique en MG avec des résultats qui vont dans le sens de la santé publique et qui ont des résultats qui ont des résultats probablement différents des recherches des spécialité hospitalières, »*

**MG13** : « *Alors l'objectif de la recherche ça pourrait être aussi de rechercher qu'est ce qu'il y a de spécifique dans l'activité d'un médecin généraliste ? »*

**MGU2** : « *une spécialité sans recherche n'est pas une spécialité... »*

Certains médecins généralistes universitaires trouvent dans la recherche une perspective « militante ».

**MGU10** : « *Voilà. Et puis la troisième chose, c'est euh, et ça c'est le vieux combat des vieux militants, euh c'est, c'est la discipline universitaire, si y'a pas de recherche, y'a pas de discipline universitaire. »*

## 3.5. RISQUES

### 3.5.1. Ethique

#### 3.5.1.1. Confidentialité

Certains acteurs tels que les MG estiment que la recherche en MG a comme conséquence le partage de données des patients, pouvant relever du secret médical, constituant un éventuel danger pour le patient.

**MG11** : « *Si on arrivait à mettre en place le truc comme le DMP...tu l'envoies par internet et toi tu t'en occupes quasiment pas, le DMP est quelque part, un concentrateur. Mr untel il est diabétique tes pas obligé d'avoir son identité, tu vois ce qu'il a comme traitement, mais nous on serait que des acteurs inconscients et t'imagines la banque de données sans enquiquiner les médecins avec des tas de papiers ! Tu pourrais presque le faire ! Tu peux tout recouper ! »*

#### 3.5.1.2. Industries de la santé

L'intervention de l'industrie pharmaceutique dans la recherche en médecine générale peut représenter pour des acteurs de toutes les catégories un risque identifié de réutilisation des données.

**MG2** : « *faut que ce soit transparent, il y a des conflits d'intérêts et on risque de repartir sur les labos en disant « tu fais ça pour faire du fric par les labos ». Donc le financement doit être transparent... savoir d'où vient l'argent, d'où il vient et ce qu'il donne... »*

**MGU6** : « *c'est l'utilisation des données qui m'embête et c'est au responsable de l'étude d'être vigilant, c'est là le risque... »*

**P12** : « *Voilà. Alors est-ce qu'il n'y a pas conflit d'intérêt, alors il y a certainement des, des laboratoires euh pharmaceutiques qui font un travail euh, euh très honnêtes mais lorsqu'il ya euh derrière de, gros intérêts en jeu, est-ce que le problème de la recherche médicale n'est pas faussé par ces gros intérêts ? »*

**U4** : « *Parce que le but, c'est de sponsoriser leur traitement, pour démontrer qu'il est meilleur que l'autre et puis le vendre. »*

#### 3.5.1.3. Assurance maladie

Pour certains MG, la sécurité sociale peut intervenir de façon inappropriée sur les objectifs de cette recherche.

**MG13** : « *Moi je suis assez, euh je suis assez méfiant quand même, si la sécu fourre son nez là-dedans. Je ne suis pas sûr que l'objectif de recherche de médecine générale soit la même que les objectifs de la sécurité sociale »*

### 3.5.2. Instrumentalisation

#### 3.5.2.1. Investigateur

Certains MG au même titre que certains patients estiment que le MG doit rester dans un rôle d'investigateur, collecteur de données et pose ainsi la question du leadership de la recherche en MG.

**MG10** : « *ben savoir ce qu'ils font des informations qu'on leur donne c'est pas notre problème, c'est des statisticiens, des épidémiologistes qui vont traiter des données valables... »*

**MG11** : « *mais t'es chiant ! Arrête ! Je m'en fous je recueille juste les données...je vais contribuer...moi je veux pas faire de la recherche...je fais juste une passe décisive en foot mais c'est pas moi qui fait le but ! »*

**P4** : « *je suis surpris d'entendre cela. Parce qu'un médecin, euh un médecin a du temps à passer avec ses patients, il a une tâche à accomplir au jour le jour face à ses patients, face à la maladie, et peut être que son rôle de chercheur en l'occurrence se limite à la remontée d'informations. Peut être bien je sais pas... »*

Certains MGU sont d'ailleurs en désaccord avec cette conception et y voient un risque pour les investigateurs.

**MGU10** : « *La cohorte des généralistes. La tête n'est pas du tout à ça. La cohorte des généralistes ne reconnaît pas les généralistes universitaires et continue à s'identifier à des PU PH de quand ils étaient petits et pense que la bonne parole ne peut venir que d'eux. Donc on n'aura pas gagné dans qu'on sera pas, tant que les généralistes universitaires ne seront pas la, les référents des généralistes, ça .... »*

#### 3.5.2.2. Chercheur

Certains MGU craignent une mauvaise collaboration des MG avec les acteurs intervenant dans le champ de celle-ci avec des divergences d'opinion

**MGU4** : « *avec les anthropologues... il faut surtout qu'on arrive à se comprendre car on a des concepts différents un Peu et il faut apprendre à se connaître et il y a des fois plus d'ouvertures et d'a priori favorables, et la culture en sciences humaines il faut se la farcir dans certains domaines... »*

Ceci peut aller jusqu'au cloisonnement de la discipline, en marge des autres spécialités.

**MGU9** : « *Oui, y'a des protocoles des PHRC qui euh, qui, en tout cas concerneraient plutôt une population ambulatoire qu'une population hospitalière et c'est vrai que dans la plupart des PHRC, euh même si c'est par exemple un PHRC de cardio, il va s'entourer d'un néphro, de toutes les spécialités qui pourraient graviter autour du sujet de recherche. Et c'est vrai que les médecins généralistes, ben pour l'instant y'en a pas et ils ne font qu'appel à des réseaux de médecins généralistes des fois pour augmenter le recrutement parce que justement ça peine un peu quoi... »*

#### 3.5.2.3. Discipline

Certains MG et MGU soulignent le problème d'inadéquation possible entre les objectifs de recherche posés par d'autres disciplines et la réalité de terrain en MG.

**MG13** : « *Moi je trouve que ce qui est terrifiant dans ce domaine c'est que finalement y'a des gens qui recherchent pour nous. (MG16 : Oui !)* »

**MGU2** : « *et on a une pertinence dans la construction de la recherche...c'est-à-dire qu'il y a des questions qui sont posées à l'hôpital pour les MG qui ne sont pas adaptées à ce qu'on voit et on n'aurait pas poser de la même façon et pour nous une question est mal formulée par un spécialiste même si elle est pertinente et les résultats ne seront pas adaptables au champ de la MG. »*

### 3.5.3. Positionnement du chercheur

#### 3.5.3.1. Enjeux de pouvoir

L'accès à l'université peut poser des problèmes de compétition détectés par certains patients

**P9** : « Si, si une idée est un peu iconoclaste euh, peut-être que, en haut la faculté comme on dit euh, verrait ça d'un mauvais œil. »

**P2** : « il aurait du mal à s'imposer parmi les spécialistes et serait vu comme un amateur. »

Du fait de la valorisation académique et financière, les postes de titulaires sont vus comme précieux et limités, et la recherche est un moyen selon l'aveu de certains universitaires d'accéder à ce « privilège »

**U4** : « Moi je crois qu'on part dans la recherche dite universitaire pour laquelle, comme vous disiez tout à l'heure, on fait de la recherche pour avoir des publications, pour être nommé, pour avoir des points et machin... On a publié, on a nos points, c'est terminé, on va être nommé, on est tranquille. »

**U2** : « Moi j'ai fait de la recherche pour devenir titulaire. »

Le discours de spécificité de la recherche en MG porté par les MGU est d'après certains d'entre eux mal interprété par les autres universitaires, qui voient d'un mauvais œil l'entrée de la MG à l'université.

**MGU13** : « C'est-à-dire que, quand on a besoin de patient de médecine générale, il faut des médecins généralistes à la conception parce que sinon on va faire des bêtises, ils peuvent pas entendre ça comme autre chose que des paroles militantes. Alors que c'est des paroles scientifiques. Ils disent « ah ouais les généralistes ils veulent absolument se mettre partout ... » c'est pas ça, c'est ce qu'il faut sur le plan scientifique, et ça c'est quand même un... Moi je trouve ça quand même un petit peu pénible. A partir du moment où tu revendiques la place qui scientifiquement te revient, on oublie le scientifique pour garder le revendicateur. Et t'apparais toujours militant. »

De ce fait, certains MGU intègrent des domaines utiles en MG et peu utilisés par les universitaires en place, échappant ainsi à la compétition « farouche ».

**MGU4** : « la quali c'est quelque chose qui fait que comme dans l'université médicale il n'est pas reconnu, comme dans la pédagogie on s'est implanté dans le domaine pédagogique car le terrain était vide c'était plus facile de s'implanter et dans le quali c'est la même chose. Dans le quanti il y a trop de beau monde, de la concurrence et à mon avis on est des opportunistes ! (rires) »

### 3.5.3.2. Clivage entre chercheurs et praticiens

Un autre risque repéré par certains MGU est celui de créer un corps disciplinaire éloigné du terrain, au sein par exemple des nouveaux chefs de clinique en MG

**MGU6** : « c'est la problématique des chefs de clinique ! on essaye de les former à la connaissance scientifique au détriment quelque part d'une activité clinique... je n'ai pas les idées claires là-dessus mais je sens un certain danger là quand même. »

**MGU10** : « je serais très inquiet de voir arriver un corps de chercheurs universitaires euh mono, heu, enfin qui fasse pas de soins en médecine générale. »

Certains MG ne semblent d'ailleurs pas au courant de la présence de certains MG à l'université.

**MG9** : « qui est un chercheur en MG ? Les professeurs de MG ? Les profs de MG font de la recherche !! ...MG8 : ça doit exister ça quand même... »

### 3.5.4. Scientification de la médecine générale

Certains MG et patients craignent que le développement d'une telle recherche pourrait nuire à la notion du singulier et de la prise en compte de l'originalité de chaque situation de soins en ville.

**P2** : « si on fait une recherche scientifique on se spécialise et on s'échappe de la MG et il s'éloigne de la pratique quotidienne et il s'éloigne de ses patients... »

**MG13** : « Maintenant ça exclut le malade comme un, euh comme une entité personnelle, enfin ça a un coté un peu impersonnel effectivement, les conférences de consensus. »

## 3.6. FAISABILITE

### 3.6.1. Conditions

#### 3.6.1.1. Formation

##### 3.6.1.1.1. Formation des chercheurs

Elle passe par un enracinement des chercheurs dans la pratique, et certains MGU évoquent ainsi la complémentarité nécessaire entre le jeune chercheur formé aux méthodes et le MG senior rompu à la pratique quotidienne

**MGU4** : « *on a toujours ce schéma d'avoir toujours ce lien entre un ancien de la MG entre guillemets, ce senior qui a l'expérience et le junior de la MG qui a peut être plus de compétences en matière de recherche mais qui acquiert progressivement son expérience. Le couple formation expérience, connaissances, formation à la recherche et pratique clinique.* »

Le fait de participer à l'enseignement de la MG semble un élément essentiel, voire favorisant pour se former à la recherche.

**MG13** : « *Mais y'a un facteur favorisant qui est très clair, qu'on a tous trouvé d'ailleurs, c'est d'être maître de stage.* »

##### 3.6.1.1.2. Formation des investigateurs

Les MG doivent se former à la collecte de données et l'inclusion des patients.

**MG14** : « *T'as besoin d'une formation « recueil de données ».* »

**U5** : « *Après, pour la mise en place des études, donc y'a le problème de la formation des investigateurs.* »

#### 3.6.1.2. Collaborations

La collaboration rappelée par un des acteurs universitaires est le propre de la recherche médicale avant tout.

**U9** : « *C'est vrai que là, ce que je disais pour commencer, c'est ce qui me frappe le plus dans la recherche euh médicale, c'est que en fait elle est collaborative au sens où tu sais d'où tu es, tu sais comment tu dois te servir des compétences des autres.* »

##### 3.6.1.2.1. Expertise méthodologique

Les collaborations évoquées surtout par certains MGU et MG sont de l'ordre de l'épidémiologie et la biostatistique pour les études sur la collectivité et les sciences humaines pour l'étude centrée sur l'individu.

**MG17** : « *Oui mais dans la recherche en médecine générale pourquoi inclure que des médecins généralistes en soit, qu'on soit le centre de la recherche oui, et ça peut être des sociologues aussi, ça peut être une étude pluridisciplinaire* »

**MGU6** : « *pour les collaborations je suis pour, car il faut qu'on ait des biostatisticiens compétents,* »

Les aides logistiques dans le recueil de données y figurent aussi.

**MG13** : « *Moi je pense qu'en fait c'est plutôt des informaticiens qu'il faudra mettre sur le coup hein ; sur un logiciel particulier qu'on puisse intégrer si tu veux sur nos propres logiciels pour pouvoir tirer des données, moi je pense que c'est ça, tirer des données et faire des statistiques.* »

##### 3.6.1.2.2. Expertise médicale

Certains MGU, MG et patients trouvent essentiels les collaborations avec des acteurs en contact rapproché avec la MG, en vue d'une mutualisation des outils de recherche et compétences.

**MGU3** : « *moi je pense à plusieurs domaines de collaboration. Des équipes de recherche hospitalo universitaires, pharmaciens de ville, auxiliaires de vie* »

**MGU6** : « *avec des spécialistes d'organe libéraux aussi, piloté par les URML et on peut avoir recours pour l'écho par exemple...* »

**P2** : « *oui je vois le kiné qui peut avoir un avis sur le traitement... et qui fasse remonter l'information au médecin traitant et on essaye de généraliser et travailler sur des expériences de part et d'autre et c'est nécessaire et pratique...et plus facile à mettre en place que la recherche avec les laboratoires en collaboration...* »

### 3.6.1.3. Financements

#### 3.6.1.3.1. Institutions privées

L'industrie alimentaire et pharmaceutique reste une solution pour certains acteurs de financement.

**MG3** : « *j'ai une idée qui me revient...les autres spécialistes dépendent beaucoup des labos et vachement impliqués, nous en soins primaires, et la population générale on pourrait travailler avec les agro alimentaires. Boire 5 ml de lactel tous les matins ça diminue l'ostéoporose, ou des trucs autres, boire Danacol...les industries agro alimentaires... (Rires)* »

**P10** : « *Ah...Moi je vois plus, enfin, moi, je vois plus euh quand même une euh participation importante des labos.* »

#### 3.6.1.3.2. Institutions associatives

Les associations de médecins dans les domaines disciplinaires, professionnels, mutualistes sont évoquées.

**MG14** : « *Ben les unions régionales de médecins libéraux, enfin ils font de la recherche.* »

**MGU2** : « *les mutuelles, les sociétés savantes* »

#### 3.6.1.3.3. Institutions publiques

Les Institutions abordées sont multiples : l'INSERM, le CNRS, le CIC, l'OGC, l'université, le FICQS,... depuis les structures de recherche existantes aux fonds publics de la santé.

**MG3** : « *la faculté...la faculté de médecine... c'est pas la faculté de médecine spécialisée, c'est la faculté de médecine qui peut bien payer... Pourquoi la sécurité sociale ne fiancerait pas ça ?* »

**P5** : « *On peut aussi faire intervenir l'éducation avec le CNRS* »

## 3.6.2. Facteurs facilitants

### 3.6.2.1. Légitimité

La plupart des MGU, universitaires et MG estiment que l'intégration de la MG à l'université par décret est un pas supplémentaire pour sa reconnaissance et que les MG ont une place centrale dans celle-ci.

**U6** : « *C'est ce que l'on disait tout à l'heure, la médecine générale y a gagné dans la voie pour la mener à la recherche parce que la médecine générale est devenue une spécialité universitaire, qu'elle peut s'appuyer sur les méthodologies qui existent comme nous quand on a besoin, on va au CIC, on va voir le méthodologiste pour monter une enquête grâce aux universitaires.* »

**U7** : « *Alors moi je vais être assez pragmatique. Pour moi la recherche en médecine générale, c'est la recherche que font les médecins généralistes. C'est une définition qui me paraît assez pertinente.* »

Certains MG considèrent que la recherche émerge de la pratique des MG et de ce fait ils ont une place centrale dans la réalisation des travaux de recherche et doivent s'imposer.

**MG11** : « *il faut savoir si la recherche en MG appartient aux MG ? Dans ces cas là oui ! Elle appartient aux MG ! On va pas encore remettre un hospitalo machin, c'est des généralistes !* »

**MG13** : « *D'abord ils sont obligés de partir de nous au départ puisque il va falloir fixer les objectifs de la recherche. Pou fixer les objectifs de la recherche, il va falloir aller demander aux généralistes ce qui les intéresse le plus. Hein ? Parce que si ce sont par exemple je ne sais pas moi des hospitaliers qui décident de ce qui est utile aux médecins généralistes, là il y a déjà un biais au départ. Donc déjà les objectifs de la recherche doivent être définis par le généraliste* »

Les sociétés savantes de médecine générale ont même le devoir pour un universitaire en pédiatrie de publier des recommandations en MG.

**U2** : « Voilà ! Donc normalement la société savante de médecine générale devrait dire « voilà, nous avons fait des travaux dans notre... sur tel ou tel sujet, et voici les recommandations que notre société propose donc pour la prise en charge de telle ou telle pathologie, par exemple, ou tel ou tel malade » ».

### 3.6.2.2. Accès aux données

L'atout en recherche identifié par quelques MG et patients est l'accès à une population importante en nombre, beaucoup plus que la population hospitalière.

**P9** : « Un médecin généraliste va toucher une population beaucoup plus importante. »

**MG3** : « On voit les patients qui sortent de l'hôpital... mais aussi avant donc on a un énorme potentiel, toute la population malade ou pas d'ailleurs qui viennent au cabinet et qui viennent avec un symptôme et on a l'occasion en recherche en MG de cibler une population immense... »

**MG10** : « ça fait des années que je pense que les MG sont les seules populations professionnels à avoir contact avec toute la population... »

**MG11** : « Parce que l'hôpital quand il veut tester son IEC correctement comment il va faire ? Toi t'as la matière première, la recherche que tu peux faire là dedans, c'est énorme, ben tiens... Il y a combien de diabétiques en France, 7 ou 8 millions ? T'imagines le potentiel qu'on a là-dessus ? »

**MGU9** : « Oui, pareil, la généralisabilité des résultats. Non, le fait de, ben ça rejoint ce que tu dis (Elle désigne MGU14) des choses plus applicables et puis surtout à une majorité de population et pas au, je ne sais plus le pourcentage que c'est, ce petit pourcentage de patient qui passe par le circuit hospitalier, »

La diversité perçue de la population et ses problèmes de santé est aussi un avantage clair sur le secteur hospitalier

**MGU3** : « le côté intéressant c'est que le patient peut être recruté par n'importe quel motif de consultation et donc un panel beaucoup plus important... »

Si bien que certains universitaires y voient une opportunité d'ouverture sur le secteur ambulatoire, peu étudié par les autres spécialités.

**MGU10** « un certain nombre de responsables universitaires non généralistes, ont compris que la médecine générale devait s'appuyer sur une recherche ... ça les intéresse bien aussi, ça les arrange parce que comme dans leur spécialité propre ils sont complètement coincés, ils peuvent plus rien faire, ils se disent qu'ils vont investir le champs de la médecine générale »

**U6** : « Vous, vous avez les patients. En tant que médecins généralistes, vous avez les patients. »

Certains acteurs partagent lors des entretiens leurs expériences positives par rapport à la faisabilité de la recherche

**MG2** : « j'ai participé à quelques études de médecine générale qui m'a permis de montrer que c'était possible en tant que MG de participer à des études et c'est pourquoi je suis à ce focus group aujourd'hui sur la recherche en MG. »

Mais aussi une pharmacologue professeur des universités qui relate l'absence de différence de contraintes de recherche entre la ville et l'hôpital, hormis la logistique

**U8** : « Et j'en ai fait un autre sur rhinopharyngite euh chez des enfants qui en avaient plein, question de tout venant, est-ce que si on leur donne des antibiotiques, ce qu'on faisait à tous les coups, est-ce que, par rapport à un placebo, est-ce qu'on faisait mieux ? Autrement dit est-ce qu'on évite les otites etc. ? Contre placebo en ville, chez des nourrissons ! C'était pas rien ! Ben moi, sur ces deux expériences, je peux dire que c'est exactement la même chose. C'est-à-dire c'est la même méthodologie, c'est les mêmes problèmes, c'est, c'est la même passion de certains et le même refus d'autres. »

Quelques patients et MG évoquent que la relation proche entre le MG et son patient est une condition facilitante à l'inclusion de ceux-ci dans un protocole de recherche.

**P14** « **M4** : vous accepteriez de participer à une recherche si, un autre médecin que votre médecin, vous la proposait ?

**P14**: Moi je crois que je donnerais priorité au médecin euh, classique... »

**MG10** : « beaucoup d'études phase 3 ou 4 les patients ils ont quand même confiance en toi parce que tu sors de ton placard un flacon non étiqueté dans la boîte blanche et tu colles

*l'étiquette dans le cahier d'observation, s'ils le prennent c'est parce qu'ils ont confiance en toi, ils t'aiment... »*

Certains expriment même une forme de surprise devant la facilité à inclure certains patients.

**MGU12** : *« tous les novices on arrivait avec ce type de prévention en se disant « mais comment tu fais ? » des gens que tu connais pour leur dire bon ben « jusqu'ici vous étiez mon patient, maintenant vous allez être mon cobaye », en gros c'est ça hein (MGU9 : Tout à fait ça, ouais !), et les gens qui étaient en face et qui l'avez déjà fait disaient « mais attends tu vas voir, ils sont ravis, ça pose aucun problème ». Pis après ben t'essaie, tu vois qu'ils sont ravis, que ça pose aucun problème. »*

### 3.6.2.3. Valorisation des médecins généralistes

Elle passe par une image positive auprès des patients qui ont le sentiment qu'être chercheur rend le médecin plus compétent en soins.

**P1** : *« si j'ai un médecin chercheur je le garde...(rires) »*

**P5** : *« En ce qui concerne le souhait de mon médecin de faire de la recherche, j'aurais tendance à dire bravo car il a son métier à cœur et qu'il veut évoluer pour lui même mais surtout pour ses patients »*

**P2** : *« on pourrait faire apparaître une grande différence et il pourrait mettre sur sa plaque « chercheur et chef de projet » et il aurait plus de clients que les généralistes qui disent ne pas avoir le temps... »*

**MG8** : *« l'avantage pour la population c'est de voir que son MG est à la pointe du système... »*

**MGU14** : *« Donc je réponds que je suis enseignante et chercheuse à la faculté et ça suscite plutôt de mon point de vue de l'émerveillement... »*

Le plaisir et l'émulation intellectuelle sont des conséquences positives pour les MG de participation à la recherche.

**MGU4** : *« Le chercheur en médecine...s'est spécialisé dans un champ de la médecine qui l'intéresse mais aussi fait de rencontres dans les études et dans les secteurs qui j'espère le passionnent et il y a un côté un peu rencontre... »*

**U5** : *« Voilà, donc après, moi je trouve que la recherche, ça peut être un moyen de s'amuser pour un médecin généraliste. Enfin moi je vois ça comme ça. La vie sans plaisir, c'est la merde, hein ! »*

## 3.6.3. Obstacles

### 3.6.3.1. Liées aux représentations

#### 3.6.3.1.1. Image de la recherche médicale

##### 3.6.3.1.1.1. Méconnaissance

MG6, médecin généraliste dans le Nord ne sait pas comment procéder pour rapporter un cas rare d'une maladie et ne communique donc pas.

**MG6** : *« Et là j'avoue que j'aurai bien... que faire.... Ou envoyer pour dire ça ? Ben j'aurais bien pianoté pour l'envoyer effectivement dans un centre de référence à Lille pourquoi pas... pour publier à mon niveau ce cas là et...parce que l'envoyer à un spécialiste qu'est ce qui va me répondre ? »*

MG14, médecin d'Indre et Loire estime que la recherche en MG est le suivi des effets indésirables des médicaments créés par les laboratoires.

**MG13** : *« Alors je ne sais pas tout, mais j'ai vu des propositions d'études de laboratoires. Je veux dire c'est.... MG14 : Oui, c'est de la recherche. MG13 : Oui, mais c'est affligeant ! MG14 : Mais c'est de la recherche ! »*

P15, retraitée et ancienne femme de médecin considère que seule la fabrication du médicament consiste en de la recherche médicale.

**P15** : *« En principe le chercheur c'est celui qui a fait la recherche pour créer ce médicament. Ca a été fait en amont. »*

##### 3.6.3.1.1.2. Vision réductrice

Beaucoup de MG et de patients ont la même représentation du chercheur en médecine au sein de son laboratoire, chercheur sur le médicament et éloigné des perspectives de la pratique, rendant difficile la représentation d'un

chercheur praticien. Pasteur, Professeur Tournesol,... sont tour à tour évoqués.

**MG8** : « *ben est ce que c'est recherche scientifique avec tout ce que ça veut dire derrière : le chercheur derrière son microscope, la personne qui suit une seule et même idée* »

**MG13** : « *Donc moi je suis un peu d'accord avec lui, la recherche ça m'évoque plutôt une spécialité pointue et des avancées euh techniques qui s'éloignent beaucoup de la pratique de la médecine générale.* »

**MG14** : « *Tout à fait, parce qu'après... Donc en médecine ça m'évoque plutôt un gars avec des cheveux ébouriffés, une blouse blanche euh... dans sa pailasse et puis et puis* »

**P9** : « *Donc euh, le symbole de la recherche c'est un gros mot, euh, que tout le monde connaît euh, c'est Pasteur en train de trouver euh, le vaccin contre la rage.* »

MG16 a même du mal à se représenter simplement un chercheur en médecine

**« M6 : pour vous c'est quoi la recherche en médecine, qu'est ce que vous imaginez quand on vous dit un chercheur en médecine ou la recherche en médecine ?**

**MG16** : *J'ai pas d'idées particulières non plus. Pour moi c'est un vaste point d'interrogation, la question. Ca, ça recoupe, enfin oui, ça englobe un petit peu ce qu'on vient de dire et en même temps heu... Non ça m'évoque pas, rien de précis et rien de défini. Donc j'ai pas de réponse à cette question.* »

#### 3.6.3.1.1.3. Méfiance

En particulier certains patients considèrent la recherche médicale comme un danger pour la santé, et certains MG une possibilité pour l'industrie de les influencer dans leur pratique, voire les manipuler.

**MG4** : « *Notre profession a trop souffert d'être du bidon, avec ce qui s'apparente à de l'achat déguisé, ce qui du coup a dévalorisé l'idée de la recherche par pas mal de liens. Faire de la recherche en MG c'est une étude bidonnée pour toucher un chèque et des achats de réduction, on me l'a dit souvent ça* »

**P11** : « *Ben on peut se poser la question sur euh, euh comment sont testées euh, les molécules, euh, qu'est-ce qui...Comment on autorise, enfin, moi je suis pas dans ce domaine donc, comment on autorise en fait la mise sur le marché d'une molécule, d'un médicament si euh quelques euh, années ou quelques dizaines d'années plus tard on, on les retire* »

#### 3.6.3.1.2. Image de la recherche en médecine générale

##### 3.6.3.1.2.1. Une vision limitée

Certains MG et universitaires (biologie moléculaire) ont une définition du champ d'action de la recherche en MG par défaut en regard des autres disciplines, limitant son champ à celui des autres.

**MG8** : « *la recherche en MG c'est tout ce qui est abandonné par les spécialistes* »

**U7** : « *je dirais aussi, par définition, par euh comment dirais-je par, reflet ou par inversion, c'est tout ce que les autres ne font pas et qui reste.* »

##### 3.6.3.1.2.2. Une réalité internationale méconnue

Certains hospitalo-universitaires en spécialité médicale considèrent la recherche en MG comme récente et innovante alors qu'elle est implantée depuis des décennies dans d'autres pays pour d'autres acteurs (l'exprimant plus loin dans l'analyse)

**U1** : « *la recherche en médecine générale me paraît récente...Mon point de vue personnel, c'est que la recherche clinique en médecine générale représente une innovation,* »

**U2** : « *Et donc finalement on pourrait opposer une recherche plus ancienne et plus historique donc euh hospitalière, ou plutôt hospitalo-universitaire, et une recherche plus récente en médecine dite ambulatoire, ou libérale, ou je sais pas comment vous voulez l'appeler,* »

### 3.6.3.1.3. Un problème de motivation

#### 3.6.3.1.3.1. Patients

Certains patients ont la crainte de participer à des protocoles de recherche, craignant la randomisation et la possibilité de perte de chance. A la question « participeriez vous à un protocole de recherche ? », P5 et P4 répondent

**P5** : « ben pour moi non...

**P4** : moi je refuserais. Je refuse déjà de me faire vacciner contre la grippe car je ne sais pas ce qu'il ya dedans... »

P2 soulève l'image du cobaye et P13 la randomisation.

**P2** : « si ça se trouve on le fait déjà, car on retire bien des médicaments du marché comme le ketum... Et on se dit on a servi de cobaye alors ? »

**P13** « On va peut-être vous donner un traitement A qui va pas forcément vous soigner, après il va y avoir le B ». La question qu'on va se poser c'est « est-ce que le A, ben si il me soigne pas, est-ce qu'il va pas non plus aggraver » ? »

**MG2** : « si tu veux inclure un patient dans un programme de recherche, il va dire « ça craint ! Je vais ptet pas être soigné de la même façon, avoir une perte de chance », ça peut être un inconvénient majeur pour le patient d'accepter d'être inclus dans un programme de recherche »

Certains MG évoquent que du fait de leur activité libérale, le patient est un client potentiel et ses désirs de consommation sont parfois opposés aux preuves issues de la recherche

**MG4** : « Il me vient une parole comme ça c'était « la médecine est devenue scientifique mais les patients sont pas devenus scientifiques ce qui fait que c'est toujours compliqué. »

**MG6** : « on est manipulé

**MG5** : les patients nous manipulent... »

**MG2** : « J'ai un patient qui m'a engueulé comme ça l'autre jour : avant on le faisait maintenant on le fait plus, ça a changé ! C'est vrai qu'il y a l'humain derrière et leur expliquer que ça a changé c'est pas toujours facile. »

#### 3.6.3.1.3.2. Médecins

Certains MG se voient comme des obstacles potentiels à l'inclusion de leur patient en soulignant la possibilité de démotivation.

**MG12** : « en dehors des têtes pensantes de la faculté en MG, peut être ce qui bloque c'est nous médecins de terrain soyons déjà motivés ou intéressés par ce thème de recherche en MG ? Est ce que nous on peut apporter notre pierre à l'édifice ? »

**MGU6** : « l'implication du médecin est quand même liée au ressenti et s'il pense que c'est pas indispensable on va pas être très efficace et le patient va sortir du protocole »

Certains universitaires le perçoivent aussi chez les MG

**U3** : « mais l'immense majorité, dans mon esprit, travaille et considère que la recherche n'est pas l'essentiel. »

MG2 fait part d'une expérience négative vis-à-vis de l'inclusion aux autres participants de l'entretien

**MG2** : « t'as déjà essayé d'inclure un patient dans un programme de recherche ?

**MG5** : Non...

**MG2** : ben c'est pas évident, franchement c'est pas facile... »

La trop grande charge des protocoles est évoquée

**U8** : « Donc pour moi, avec euh... C'est vrai que c'est des sécurités de fait à une époque où ça se mettait en place mais pas de façon aussi drastique que maintenant. Y'avait quand même le consentement signé etc. »

### 3.6.3.2. Liées à la pratique

#### 3.6.3.2.1. Investigateur

##### 3.6.3.2.1.1. Temps

Le manque de temps est évoqué par toutes les catégories d'acteurs, de façon intense et répétée

**MG1** : « *mais on sait que c'est chronophage et il faut l'accepter d'emblée sinon on va mal participer et pas bien le faire... le temps est un frein vraiment à beaucoup de confrères pour participer à une recherche... à un travail de recherche... »*

**MGU12** : « *Et puis ce que, ce dont MGU10 n'a pas parlé là c'est la question du temps. La question du temps qui est un problème majeur pour les investigateurs, les gens viennent dire ouais je suis venu en tant qu'investigateur... »*

**U6** : « *Euh ce qui vous, ce qui vous manque encore, et je crois que ça a été relevé, c'est le temps. Je pense parce que ce que je connais de la médecine générale que je n'ai jamais pratiquée, c'est que c'est extrêmement chronophage »*

**P1** : « *Ils ont tellement de patients qu'ils peuvent pas faire de la recherche... »*

L'activité de recherche peut empiéter sur la disponibilité pour le patient

**P5** : « *pour ma part je dirais que la première réaction est plutôt négative car on aime tous que son MG soit disponible au moment où on en a besoin... »*

#### 3.6.3.2.1.2. Rémunération

De façon récurrente et intense, les 4 catégories d'acteur évoquent que la particularité française de rémunération à l'acte du MG est un frein à l'intégration d'une activité de recherche dans sa pratique

**MGU3** : « *on a la contrainte temporelle mais comme on est des libéraux qui dit temps dit argent donc le libéral est un obstacle majeur hein... »*

**P15** : « *Et puis, et puis et puis euh... Moi j'ai du mal à croire que ça puisse se passer dans le privé. Pour moi la recherche médicale, c'est toujours euh le, les hôpitaux, les, les grands... »*

**U7** : « *En fait c'que t'es en train de dire, c'est qu'il y aura pas une recherche en médecine générale sans que les généralistes soient des fonctionnaires. »*

#### 3.6.3.2.1.3. Charge administrative

La plupart des MG évoquent le fait que leur métier est « pollué » par la charge administrative, et les protocoles de recherche sont vécus de la même façon

**MG4** : « *Et puis si tu fais un protocole de recherche où tu vas faire exactement la même chose mais c'est un protocole de recherche tu vas te retrouver avec une tartine de trucs à faire alors comment veux tu que le patient adhère ? »*

**MG14** : « *La recherche ! Un problème supplémentaire... (Dit avec un ton amusé) »*

MGU5, Lyonnaise, fait état de son expérience négative

**MGU5** : « *je suis donc une grosse victime de cette étude, c'est l'INSERM qui m'a envoyé cela le jour. C'est sur les facteurs de risque de la grippe et le jour où le gouvernement avait décidé qu'il y avait une épidémie, ce jour là j'ai reçu trois tonnes de carton avec des classeurs et des sachets à mettre au frigo ».*

#### 3.6.3.2.1.4. Exercice isolé

L'isolement engendré par l'activité libérale est perçue par certains MG comme un frein

**MG13** : « *c'est pas à l'échelle d'un cabinet isolé, par exemple, qu'on va avoir un panel suffisant de malades pour tirer des conclusions générales. »*

**MGU7** : « *l'isolement. On est pas dans une équipe et on est habitué à être seul et donc le travail en équipe, indispensable en recherche on sait pas faire... »*

#### 3.6.3.2.1.5. Disparité d'exercice

L'exercice individuel de la MG prédominant en France est ressenti comme un obstacle important, surtout dans le recueil de données harmonisées.

**MGU6** : « *on a un corps de médecins professionnels très inhomogène et c'est dur de cadrer la recherche et mettre des gens dans un cadre alors que tout les oppose c'est dur et ça explique beaucoup d'échec »*

**MGU8** : « *Enfin, moi je pense, la principale difficulté c'est que euh... C'est une spécialité qui est jeune et euh qu'a pas été ni enseignée, ni structurée de la même manière en fonction des gens qui exercent là encore à l'heure actuelle »*

### 3.6.3.2.2. Chercheur

#### 3.6.3.2.2.1. Financement

Cet inconvénient n'est pas perçu comme spécifique à la MG mais a une place prédominante

**MGU13** : « la troisième cause de difficultés c'est euh, c'est pas tellement la conception des protocoles et tout ça, c'est de trouver des financeurs pour euh, voilà pour heu pour arriver au bout de nos idées, parce que les idées, je crois que ça, c'est pas difficile, on en a pleins, des questions aussi ... »

U7 évoque même la lourdeur administrative des demandes de financement.

**U7** : « Pourquoi ça s'est fait comme ça et pourquoi maintenant on est dans une période totalement opposée où le moindre financement, le moindre projet vous demande des efforts effarants, où il faut justifier, où les postes, vous entendez le discours général hein, on est sous-dotés et on veut nous diminuer encore de moitié de nos postes. C'est quand même une question incroyable. »

#### 3.6.3.2.2.2. Triple mission

Certains MGU sont plus attirés par l'enseignement que la recherche, ce qui donne des difficultés d'effectuer les deux de façon parallèle, mais certains MGU la craignent. MGU4 perçoit cela chez ses collègues, les incitant à en faire

**MGU4** : « MGU4, professeur associé, depuis 12 ans dans le DMG ; je suis en groupe dans la banlieue lyonnaise et dans le DMG je suis responsable de la commission recherche et j'aide à stimuler, catalyser, violenter les enseignants du DMG pour remplir les fonctions de recherche qui me semblent essentiels dans le cadre de notre discipline. »

**MGU5** : « quand on recrute nos ECA on leur parle de la part soins, recherche, enseignement et il y en a que ça titille et qui ont peur... »

Les chefs de clinique semblent une population pour laquelle le défi de la triple mission soins enseignement recherche est d'actualité. MGU13 l'évoque

**MGU13** : « Pour continuer ce que dit MGU10... En plus euh, quand ils sont recrutés heu, ils sont recrutés heu je parle après le clinicat, hein, soit ils vont faire de l'enseignement, de la pédagogie, soit ils vont faire de la recherche, alors qu'en médecine générale on est quand même obligé de faire les trois. »

#### 3.6.3.2.3. Discipline

Le manque de publications de travaux de recherche est évoqué par de nombreux acteurs, et perçus par les patients avec des difficultés pour le MG de faire remonter l'information.

**P5** : « oui mais je me demande si le MG peut faire remonter l'information très haut, par exemple publier dans les journaux, je sais pas s'il le peut, à moins d'être déjà connu, je me demande si sa recherche ne s'arrête pas à lui-même ou aux gens qu'il connaît. »

Pour certains acteurs, en particulier les universitaires, il semble qu'en plus du manque de supports dédiés en France à la recherche en MG, les revues déjà en place ne sont soit pas appropriées à la majorité des MG, soit diffusées seulement dans un cercle restreint de chercheurs

**U3** : « Dont un des bons exemples, c'est quand même ce qui est publié très régulièrement, mais c'est toujours les mêmes personnes, dans la revue du praticien en médecine générale »

**U2** : « comme la revue « Exercer », mais dans laquelle on publie aussi pas uniquement des travaux de recherche biomédicaux, mais aussi des travaux pédagogiques, par exemple sur l'enseignement en médecine générale. C'est une revue qui est plus centrée, je dirais plus pour les enseignants, je dirais, de médecine générale, que pour les médecins généralistes de terrain. »

### 3.6.4. Solutions envisagées

#### 3.6.4.1. Organisation de la recherche

##### 3.6.4.1.1. Réseaux

Les réseaux de recherche sont régulièrement évoqués par les différentes catégories de médecins lors des entretiens, en prenant l'exemple des pays qui ont fait leur preuve dans la collecte de données en soins primaires. La Hollande, le Canada et la Grande Bretagne sont cités.

**U8** : « *Les anglais ! Ils ont une base de médecine générale et publient comme des fous ! U11 : Oui ils ont un système de santé qui fait que y'a la base... Et souvent ils recommandent les médecins généralistes qu'ils y incluent, enfin... Vraiment je trouve le BMJ, c'est un bon exemple.* »

La notion de relais dans la recherche avec des rôles bien définis pourrait apporter une organisation pérenne de ces réseaux

**MG2** : « *une structure avec en bas : les éléments qui apportent la formation, on va prendre le MG , il y aurait un superviseur qui collecte l'info au niveau régional et départemental et qui lui-même,... l'enverrait à un collecteur national, c'est ça un réseau...* »

##### 3.6.4.1.2. Ancrage dans la pratique clinique

Pour éviter le clivage des chercheurs et praticiens et l'instrumentalisation certains MG et MGU expriment le souhait que la recherche soit enracinée dans la pratique

**MG13** : « *Ben si on veut le faire en médecine générale, faut que ça vienne des cabinets, parce que sinon là c'est terminé, c'est râpé !* »

**MGU12** : « *Ca je pense que ce qui est incontournable, c'est de faire du soin. Ca je vois pas comment on peut enseigner de la médecine générale ou faire de la recherche en médecine générale sans faire de soins.* »

Ceci n'est pas remis en cause par U11, biostatisticien qui reprend cette idée.

**U11** : « *les bonnes questions, elles sont posées par les gens qui sont sur le terrain. Et après, donc la place est évidente, c'est eux qui vont poser les questions, puis après ils sont aidés, enfin par des spécialistes, enfin peu importe, tout ça, c'est... (M4 : Ca, c'est la collaboration)* »

##### 3.6.4.1.3. Informatisation

Elle prend une place essentielle dans le réseau de recherche pour la standardisation dans le recueil de données, et certains souhaitent qu'elle soit automatisée, diminuant les contraintes de maintenance

**MGU13** : « *Euh... (Elle réfléchit) Un système de soin adapté à ça, avec un peu comme la Grande Bretagne, tu vois avec des DATA, des logiciels, ce que MGU8 disait, des logiciels similaires pour tout le monde avec des recueils de données automatiques* »

##### 3.6.4.1.4. Formation

La formation de méthodes de recherche est un élément essentiel perçu par la plupart des acteurs de santé, en évoquant la nécessité de diversifier les compétences

**MGU4** : « *il faudrait un cursus commun et une base commune pour les chercheurs MG mais...des compétences partagés. Des meilleurs en bio statistiques, d'autres en démarche qualitative, d'autres en semi quanti, d'autres des études d'intervention. D'autres un peu santé publique pour qu'il y ait un panel de gens qui travaillent de manière à partager des projets et des angles d'attaque*»

La lecture critique d'analyse d'articles est évoquée comme une étape dans la formation des chercheurs

**U4** : « *Bon il faut pas mélanger investigateur et chercheur. L'investigateur doit être très rigoureux. Et servile, on va dire aussi. Et après, y'a celui qui va lire tout ça et qui a besoin, ben de la lecture critique d'article.*

La formation en tant qu'investigateur peut s'avérer pour certains MG comme une opportunité pour rebondir dans la pratique

**MG6** : « entre parenthèses j'ai la sensation que beaucoup de gens s'isolent et participent de moins en moins à la formation. Alors continuer à se former, s'évaluer et éventuellement faire de la recherche ça me paraît redynamiser un métier et des conditions qui s'essouffent... »

#### 3.6.4.1.5. Collaborations multidisciplinaires

En particulier avec les acteurs des soins primaires elle permettrait une meilleure approche du patient dans la recherche en MG

**MG5** : « peut on y inclure à part médecin/ patient, quelqu'un d'autre ? Infirmières, kinés, orthophonistes ? »

#### 3.6.4.1.6. Aide logistique

Au même titre que les autres disciplines, des assistants de recherche clinique semblent indispensables dans le suivi des protocoles ambulatoires

**U8** : « Voilà, il faut prévoir un budget, quelqu'un qui s'occupe de tout ce qu'il faut faire pour que ça marche.... Donc il faut des assistants de recherche... »

#### 3.6.4.1.7. Unités de recherche

Quelques MGU évoquent la création d'unités de recherche centrées sur la MG, en rapport avec la faculté par le biais du département de médecine générale

**MGU5** : « avec un service universitaire de médecine générale universitaire ambulatoire. C'est une étiquette qui fait rentrer de facto la recherche en MG. »

**MGU4** : « Une équipe d'accueil en MG. On peut imaginer qu'on organise des unités de recherche de MG, des équipes d'accueil sur des thématiques centrées patient. »

**MGU10** : « Si tu veux parler de conception, il faut des laboratoires de recherche en médecine générale (MGU12 : Du département...) à la fac »

#### 3.6.4.1.8. Financements

Inspirés des PHRC, les programmes ambulatoires (PARC ou PMGRC) ont été évoqués dans 3 entretiens collectifs différents par les universitaires

**MGU6** : « il faut des PARC (insiste sur le a). Des programmes ambulatoires de recherche clinique... »

**U6** : « Le Programme de Médecine Générale de la Recherche Clinique. Vous vendez ça à l'INVS, qui eux chapeautent aussi bien la médecine hospitalière que la médecine non hospitalière pour avoir des financements pour après aller approfondir cette recherche »

#### 3.6.4.1.9. Communication

Le retour d'informations au sein du réseau avec une interaction réciproque est une solution à la pérennisation de celui-ci, d'après certains MG

**MG5** : « le réseau doit aller dans les 2sens : le haut de la pyramide doit solliciter le bas mais il faut aussi que le bas demande de l'aide en haut et avoir un retour rapidement... »

La problématique des revues est soulevée par certains universitaires, qui estiment que celles indexées à grand impact factor doivent être le support privilégiée de la recherche en MG, sans la cloisonner à une revue dédiée.

**U7** : « Donc s'il n'existe pas de corpus de revues reconnues euh ou alors il faut essayer par un biais quoi d'y rentrer. Par exemple des revues de médecine comme le Lancet, le New England et le Jama, c'est des revues de médecine générale aussi, clairement. »

### 3.6.4.2. Organisation du système de soins

#### 3.6.4.2.1. Regroupement des professionnels de santé

Pour se dégager du temps et diversifier leur activité, certains MG et MGU rapportent le caractère primordial du regroupement des médecins, voire de tous les acteurs de soins primaires.

**MGU5** : « l'avenir me paraît prometteur pour la recherche en MG avec des maisons médicales qui fleurissent, avec ses réunions, il suffit qu'il y ait des volontés de rassemblement. Le pluridisciplinaire me semble plus intéressant encore... »

**MG13** : « La recherche pour moi ça implique un groupement des gens, parce qu'on peut pas faire de recherche par soi-même, »

Avec une structure accueillant des universitaires en MG

**MGU6** : « si on travaillait en équipe et pour rester sur les collaborations, je verrais bien un MG chercheur avant tout chercheur et vrai chercheur, et à côté un vrai MG qui vont travailler ensemble et s'aider mutuellement... »

Ce qui ne semble pas vu de façon négative par certains patients

**P5** : « si les médecins étaient tous en cabinet et qu'il y a une permanence et accès à l'ensemble des données sur l'ordinateur, pourquoï pas... »

#### 3.6.4.2.2. Diversification des modes de rémunération

Le mode de rémunération à l'acte perçu comme un obstacle, de nombreux acteurs proposent un éventail de rémunération inspiré des autres pays

**MG11** : « on pourrait garder une partie de paiement à l'acte et puis on va de plus en plus vers un paiement à la capitation, faut pas se leurrer, ou sur la forfaitisation : forfait de prise en charge pour les vaccins, pour la recherche... on est payé tant par an. Ça permettrait d'améliorer le revenu des médecins... »

#### 3.6.4.2.3. délégation de tâches

Le transfert de compétences est une solution évoquée par quelques MG de 2 entretiens collectifs, donnant l'occasion d'après eux de travailler avec les acteurs de soins primaires mais aussi de se dégager du temps pour d'autres activités que le soin.

**MG13** : « Nan mais le regroupement de maisons médicales ne va pas se faire comme le regroupement de médecins isolés mais ensemble. Ça va se coupler à mon avis avec une modification des tâches. Avec notamment toute une série de tâches qui vont être retirées de la médecine générale et qui vont être déplacées sur les auxiliaires de santé. »

**MGU13** : « c'était sur la délégation des tâches par exemple. Si on vient à avoir comme en Hollande des nurses qui vont faire les frottis, peser les bébés, etc., effectivement la définition de la médecine générale va un tout petit peu se modifier et du coup euh un certain nombre de questions de recherche vont être différentes. »

#### 3.6.4.2.4. revalorisation du rôle des médecins généralistes

Certains MG estiment que la valorisation de la recherche en MG passe par une revalorisation des MG et s'étonnent de l'image de non spécialité encore présente d'après MG16

**MG16** : « Mais jusque là on n'avait pas l'impression qu'on existait en terme d'entité, nous en tant que généralistes. Est-ce que vous trouvez pas curieux justement qu'aujourd'hui on soit obligé de réclamer une reconnaissance en spécialité ? »

Les universitaires en sciences fondamentales ont perçu cette image de spécialité nécessaire au système de soins

**U10** : « Evidemment, y'a pas de différence, la médecine générale est une spécialité. »

**U9** : « Mais les généralistes, ils sont beaucoup plus pertinents au sens où ils voient beaucoup plus de gens qui seront plutôt de ce niveau-là, enfin qui relèveront plutôt de ce niveau-là. »

## 4. DISCUSSION

### 4.1. LA LEGITIMITE

#### 4.1.1. une reconnaissance croissante

En reprenant les données des verbatim des quatre catégories d'acteurs, la légitimité de la recherche en médecine générale n'est pas remise en cause.

La légitimité a été décrite sous des termes différents selon les catégories d'acteurs. La plupart des médecins généralistes se définissaient comme les bénéficiaires de cette recherche et avaient donc une place privilégiée dans l'élaboration de cette recherche. La plupart des médecins généralistes universitaires lors des entretiens y voyaient un intérêt pour l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques des médecins généralistes, par l'élaboration de questions de recherche appropriées. Certains patients exprimaient même que cette recherche se rapprochait plus de leurs besoins réels en répondant à des problèmes d'ordre médical mais aussi social et environnemental. Des universitaires des autres disciplines estimaient que la recherche en médecine générale naissait de la pratique clinique et la pertinence des travaux dans ce domaine devait être jugée en priorité par les médecins généralistes. Certains universitaires allaient plus loin encore que la notion de légitimité en insistant sur la responsabilité qu'ont les médecins généralistes universitaires envers la population à publier des recommandations de bonne pratique, issue de la recherche en médecine générale.

La spécificité de la recherche en médecine générale est en revanche débattue et les représentations qu'en ont les quatre acteurs sont diverses. Tout d'abord beaucoup de médecins généralistes et de patients trouvaient que la recherche médicale était éloignée de la pratique clinique car l'image qu'ils en avaient était celle d'un chercheur dans son laboratoire, rendant difficile la réflexion sur la recherche en médecine générale.

Certains universitaires des disciplines éloignés de la pratique clinique ne voyaient pas de spécificité en termes de question de recherche mais plutôt en termes de spécificité de terrain et de méthode. Certains universitaires allaient même jusqu'à confondre la recherche en médecine générale avec la recherche qualitative, domaine dans lequel les médecins généralistes se sont implantés et acquièrent progressivement une légitimité. Les universitaires n'accordaient pas trop d'importance à définir la spécificité de la recherche en médecine générale, puisqu'elle se définissait d'après eux a posteriori par autoaggrégation ; c'est-à-dire qu'une discipline scientifique se développe au fur et à mesure des travaux publiés dans un champ donné. Cette définition a posteriori est un mécanisme identifié dans l'histoire des disciplines scientifiques médicales basées sur la pratique et l'observation.<sup>23</sup> C'est

ce que soulignait un éditorial du Lancet en 2003 au titre provocateur dans lequel les médecins de soins primaires sont invités à « faire de la recherche plutôt qu'en parler ». <sup>24</sup> Selon Gérard De Pourville, un tiers des travaux français réalisés dans les années 1990 à 2000 par des médecins généralistes cherchaient à délimiter le champ de la médecine générale les domaines de recherche en médecine générale, représentant plus d'articles que les travaux de recherche clinique publiés à cette période. <sup>9</sup> Mais beaucoup de médecins généralistes des entretiens collectifs soulignaient l'importance des études de prévalence et de description des pathologies rencontrées en soins primaires.

La plupart des patients en revanche avait une vision réductrice de la recherche en médecine générale. Certaines compétences des médecins généralistes identifiées par les patients étaient vues comme spécifiques au champ de la médecine générale, notamment la communication, l'aspect relationnel. Ceci était en opposition avec l'opinion de beaucoup de médecins généralistes qui considéraient la recherche en médecine générale comme transversale, intéressant les aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

Cette spécificité était décrite par les médecins généralistes universitaires dans la diversité des méthodes utilisables et surtout la combinaison de travaux quantitatifs et qualitatifs pour aborder plusieurs aspects du même problème de santé.

C'est donc une spécificité relative de la recherche en médecine générale qui émerge des entretiens.

Il est possible de faire une analogie entre la spécificité relative de la recherche en médecine générale et la spécificité de la médecine générale, thèse d'ailleurs développée par Géraldine Bloy en 2010 dans un livre au titre évocateur «singuliers généralistes ». <sup>25</sup> Elle décrit pour beaucoup de médecins généralistes la difficulté à délimiter leurs compétences spécifiques, se définissant régulièrement par défaut des autres disciplines. La médecine générale serait tout ce qui ne touche pas aux autres spécialités.

Ainsi les médecins généralistes se sont imposés progressivement dans des domaines de recherche peu occupés par d'autres universitaires à la faculté. Géraldine Bloy évoque la pédagogie médicale, dans laquelle les médecins généralistes sont devenus pionniers et ont acquis une certaine spécificité de recherche en pédagogie avec des méthodes d'animation centrée sur l'apprentissage en rupture avec les techniques habituelles, faute de pouvoir s'imposer dans des champs cliniques trop restreints.

#### **4.1.2. l'émergence d'une discipline scientifique**

La reconfiguration permanente de l'espace social de la santé a contribué à l'émergence des disciplines scientifiques au fur et à mesure de l'institutionnalisation de la médecine et de nombreux enjeux de pouvoir ont façonné l'histoire des disciplines.<sup>26</sup> Cette « véritable histoire intellectuelle de l'art médical » a amené dès le XIX<sup>ème</sup> siècle la naissance des « physiopathologistes », dans la lignée de la médecine expérimentale, avec certaines figures ayant le désir « obsessionnel » de développer de véritables laboratoires d'observation des maladies dans une perspective nosographique.<sup>23</sup> La naissance des spécialisations et de la recherche scientifique sont issues pour beaucoup de « mandarins » tels qu'Addison, Hodgkin, Bright, qui ont persévéré dans la « conquête de la médecine scientifique », mettant en retrait certaines autres spécialités émergentes à l'époque.<sup>27</sup>

La médecine générale n'échappe pas à cette évolution façonnée par des personnes identifiées comme pionnières dans le domaine des soins primaires, à l'image de Chris Van Weel aux Pays Bas ou Paul Wallace en Grande Bretagne, tous deux professeurs en médecine générale et à l'origine de nombreux travaux de recherche en soins primaires internationaux.

L'avènement des technologies de santé dans les années 1960 a amené le « morcellement » de disciplines jusque là généralistes comme la chirurgie digestive au profit de la gastroentérologie interventionnelle, mais aussi comme la médecine générale.<sup>27</sup> Les spécialistes de domaines fondamentaux se sont alors imposés à l'université, notamment par les ordonnances Debré en 1958 faisant naître en France un certain hospitalo-centrisme, délaissant la médecine générale hors du champ de la recherche en France.

La loi hôpital patients santé territoire<sup>28</sup> définit les soins de premier recours en précisant les missions des médecins généralistes dans le cadre de la médecine de proximité et en fait un enjeu d'importance sur le plan sanitaire. La société actuelle glisse naturellement vers un paradigme de prévention ce qui peut profiter à la recherche en médecine générale. Même si la prévention n'est pas le seul domaine de recherche en médecine générale, la volonté de la population et les fonds publics qui en découlent ont une empreinte intense sur la construction d'une discipline scientifique telle que la médecine générale et de sa recherche.

#### **4.1.3. l'acquisition d'une légitimité**

Il existe une légitimité de principe mais aussi une légitimité qui s'acquiert par la qualité des travaux de recherche.

En France, moins de la moitié des études abouties réalisées en médecine générale arrivent à la publication dans des revues scientifiques, qu'elles soient indexées ou non.<sup>29</sup> Ceci a comme conséquence l'absence de visibilité des travaux de recherche amenant un déficit de légitimité par rapport aux autres disciplines. Comme l'ont exprimé de nombreux universitaires des autres disciplines dans les entretiens collectifs, la recherche en médecine générale est définie par les publications et sa spécificité s'acquiert par l'augmentation des publications de bon niveau. Ce déficit de travaux de recherche publiés s'explique par le manque de formation des médecins généralistes mais aussi par l'absence de revues françaises indexées spécifiques à la médecine générale. Les revues actuelles de recherche en médecine générale en France telles que la « revue du praticien médecine générale » et « exercer » sont en effet non indexées. L'amélioration du nombre de publications passe donc par la création d'une revue indexée spécifique.

La nouvelle réforme de l'ECN (examen classant national) a mis en valeur la lecture critique d'analyse d'articles, indispensable à la prise de recul par rapport aux données issues de la science, et par extension aux recommandations de bonne pratique. Le DES de médecine générale doit être basé dans son contenu pédagogique sur des travaux de recherche en médecine générale.

La formation des chercheurs en master et en thèse contribue au renforcement de cette légitimité, permettant aux médecins généralistes d'élaborer des travaux de recherche pertinents pour la pratique clinique.<sup>30</sup>

Au cours des entretiens collectifs, certains médecins généralistes universitaires ont soulevé le fait que la légitimité peut être renforcée par leur intégration dans des équipes de recherche déjà existantes (type INSERM ou CIC). Cette collaboration amène une reconnaissance du travail des médecins généralistes inclus dans des protocoles transversaux intéressant plusieurs disciplines.

La collaboration sur le terrain de la médecine générale est également un facteur de renforcement supplémentaire décrit dans les entretiens. Elle se ferait dans le cadre de cabinets à vocation universitaire accueillant des étudiants lors de leurs stages et des chercheurs recrutant les patients pour les protocoles. Ce système de collaboration est depuis longtemps le fruit d'une réflexion des médecins généralistes universitaires, décrit dans le rapport de Gérard de Pouvourville comme des services universitaires de médecine générale ambulatoire.<sup>9</sup>

## **4.2. L'ENRACINEMENT DANS LA PRATIQUE CLINIQUE**

### **4.2.1. une force**

D'après les quatre catégories d'acteurs de santé seules les questions de recherche issues de la pratique étaient pertinentes et amenaient des travaux de recherche de qualité et applicables dans une discipline telle que la médecine générale. En effet le patient est le matériel principal de la recherche en médecine générale et l'objectif est bien l'amélioration de la santé par l'amélioration de la qualité des soins. Certains patients des entretiens collectifs soulignaient la confiance qu'ils avaient envers leur médecin généraliste et donc leur accord à participer à des travaux de recherche s'il leur proposait. Ceci concorde avec des travaux réalisés au Danemark dans les réseaux de recherche déjà établis.<sup>31</sup>

Certains médecins généralistes ont exposé dans les entretiens l'importance de diversifier leur activité en s'investissant dans la maîtrise de stage en ambulatoire. Or la formation des praticiens à la recherche et dans l'enseignement ont déjà été décrits comme des moyens d'améliorer directement leur pratique quotidienne, leur faisant prendre du recul.<sup>32</sup> Cet avantage a une action de lutte contre l'épuisement professionnel, ce qui a déjà été retrouvé concernant la formation médicale continue dans d'autres pays.<sup>33</sup>

La question de la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche soulevée par de nombreux médecins généralistes universitaires dans les entretiens souligne l'importance à leurs yeux de poursuivre une activité clinique. Cette volonté de poursuivre une activité clinique a déjà été retrouvée dans des travaux allemands, soulevant alors la question de la faisabilité.<sup>34</sup>

### **4.2.2. une faiblesse**

Le manque de temps est un élément récurrent rappelé dans l'ensemble des entretiens collectifs par l'ensemble des acteurs. Quelques patients évoquaient même que la recherche ne permettait pas au médecin d'être disponible le rendant moins efficace. Ce manque de temps pour se consacrer à la recherche est une conséquence de la mission de disponibilité des médecins généralistes dans leur pratique clinique. Ces résultats concordent avec une étude allemande ayant déjà repéré ces obstacles temporels à la réalisation de travaux de recherche.<sup>34</sup>

Les difficultés de recrutement des patients et des médecins décrits par ces deux catégories d'acteurs se posaient plus dans le domaine ambulatoire qu'à l'hôpital du fait d'une lourdeur administrative et de suivi plus complexe. Ceci concorde avec un article britannique mettant en évidence l'importance d'augmenter les infrastructures

d'inclusion en ville.<sup>36</sup> L'intégration d'attachés de recherche clinique au sein des cabinets et une organisation de l'inclusion des patients est à réaliser. L'hôpital possède ces infrastructures lui permettant d'assumer des protocoles complexes.

Un autre obstacle d'inclusion spécifique à la médecine générale décrit par certains médecins généralistes dans les entretiens était la relation trop intimiste des médecins généralistes avec leurs patients, en accord avec des travaux britanniques. La création d'infrastructures permettrait une randomisation plus systématique et une inclusion de patients faite par d'autres médecins généralistes du réseau ou bien les attachés de recherche clinique employés à cet effet.<sup>16</sup>

En France, les initiatives de travaux de recherche par des médecins généralistes n'aboutissent jusqu'à présent à la publication que de très peu d'articles n'atteignant pas les standards de publication, du fait de ces nombreux problèmes logistiques rappelés d'ailleurs par les acteurs des entretiens collectifs, à savoir la disponibilité, la charge de travail lors de l'inclusion, le consentement éclairé à signer, les visites de suivi des patients amenant des problèmes d'ordre méthodologique avec de nombreux perdus de vue.<sup>13</sup>

Le mode de rémunération dans un contexte de paiement à l'acte était une particularité française ressentie selon l'ensemble des acteurs comme un obstacle majeur à la réalisation des protocoles de recherche en ville. La diversification des modes de rémunération était une solution apportée par les acteurs. Ce résultat concorde avec la volonté gouvernementale de restructurer le paiement à l'acte en France. Dans le rapport Guy Vallencien,<sup>35</sup> les experts en font même une priorité avec la création d'une enveloppe dédiée à partir des fonds publics et une large communication auprès des professionnels de santé.

L'impossibilité de réaliser les missions d'enseignement de soins et de recherche de façon concomitante dans l'emploi du temps des médecins généralistes universitaires français amène certains d'entre eux à privilégier leur activité universitaire en diminuant leur temps de pratique. La titularisation des professeurs d'université en médecine générale et la création des postes de chef de clinique en médecine générale<sup>6</sup> a permis un investissement plus important des médecins généralistes intéressés, ne représentant qu'une minorité.

Le risque de créer un corps disciplinaire de médecins généralistes universitaires détaché de la pratique clinique était une préoccupation récurrente dans les entretiens collectifs surtout formulées par les professeurs associés de médecine générale qui surveillent l'évolution des jeunes chercheurs formés à la recherche mais débutant leur activité clinique.

Certains médecins généralistes acceptent tout de même les missions d'investigateur sans pour autant pouvoir ou vouloir s'investir dans la conception des protocoles de recherche comme dans d'autres spécialités, mais les conditions d'exercice ambulatoire décrites précédemment en sont responsables.

Ainsi le risque de participer à des études non pertinentes en médecine générale commanditées uniquement par d'autres spécialités semble à l'heure actuelle présente en France.

## **4.3. DES ELEMENTS STRUCTURANTS**

### **4.3.1. une organisation des soins**

Souvent décrite par la plupart des médecins généralistes lors des entretiens, la collaboration de tous les acteurs des soins primaires au sein de cette réorganisation du système de soins amène la conception de protocoles de recherche concertés, diversifiés avec des objectifs complémentaires. Ceci est un atout dans la recherche en médecine générale qui demande des collaborations diversifiées et complémentaires d'après les médecins généralistes britanniques.<sup>37</sup> L'étude DRIM réalisée en France en 2009 suggère cette nécessité d'équipes multidisciplinaires.<sup>38</sup> Il existe un consensus actuel scientifique et politique de créer des équipes multidisciplinaires soumis à un cahier des charges spécifique en lien avec l'ARS (agence régionale de santé) et devant présenter, surtout dans les zones déficitaires, un projet précis de mission sanitaire et sociale.<sup>35</sup>

Beaucoup d'acteurs évoquaient l'informatisation du système de soins de façon plus efficace. Certains médecins généralistes y voyaient un moyen de faire remonter une information issue de sa pratique quotidienne et beaucoup de médecins généralistes universitaires un moyen de collection des données plus efficace.

Le regroupement des médecins généralistes avec d'autres acteurs de soins primaires tels que les professions paramédicales au sein de réseaux informatisés, avec une harmonisation du système électronique a déjà été repéré comme un élément favorisant la disponibilité des acteurs et le recueil des données issues des dossiers des patients.<sup>36</sup> Cette démarche de structuration du système de soins permettrait d'éviter l'isolement de l'exercice quotidien, la disparité d'exercice décrite dans les entretiens.

Au-delà de libérer du temps pour le généraliste le transfert de compétences serait un atout pour améliorer la qualité des soins et la réalisation de travaux de recherche en médecine générale.<sup>39</sup>

### **4.3.2. les réseaux de recherche**

Dans les pays où des efforts de structuration de la recherche en médecine générale dans les années 70 à 90 sur le plan logistique et financier ont été réalisés, la production de travaux de recherche et de publications indexées a augmenté dans la décennie correspondante, notamment en Australie, Hollande, Grande Bretagne et Etats-Unis.<sup>40 41 42</sup> La participation des acteurs de soins primaires s'est diversifiée, évitant comme en France la concentration de la publication des travaux de recherche à un nombre limité de chercheurs.<sup>43</sup>

Dans les pays tel que la Hollande et l'Australie, l'investissement de l'argent public et notamment des fonds des assurances maladie a permis un financement conséquent des protocoles de recherche en soins primaires, avec la création de fonds dédiés, mélangeant des institutions publiques et privées.<sup>44 45</sup> En France le FICQS existe déjà mais beaucoup d'universitaires des entretiens collectifs ont mis en valeur la notion de « programmes ambulatoires de recherche clinique », réforme d'ailleurs en cours dans le cadre de la loi HPST.<sup>28</sup>

L'ancrage académique de la médecine générale dans l'université est un élément essentiel supplémentaire pour la production de travaux de recherche en soins primaires avec un développement des formations académiques des investigateurs et chercheurs dans des pays comme la Grande Bretagne.<sup>46</sup>

Les attachés de recherche clinique évoqués par certains médecins généralistes universitaires semblent être un élément essentiel pour éviter la concentration des tâches administratives des chercheurs et investigateurs.

### **4.3.3. les motivations des investigateurs**

La variation des thèmes et des méthodes serait un élément favorisant la participation des médecins généralistes aux travaux de recherche, associant des domaines diversifiés.<sup>38</sup> Ceci respecte la diversité de la discipline et valorise les compétences des investigateurs.

La participation des médecins généralistes dès l'élaboration de la question de recherche serait une condition nécessaire à une inclusion performante des patients dans les études.<sup>38</sup> Beaucoup de médecins généralistes de l'étude ont mis en évidence l'importance du retour d'informations, en imaginant un réseau de recherche dans lequel ils auraient été collecteurs de données mais recevant en échange les résultats des travaux et les données des autres médecins. Cette approche déjà décrite de type « bottom up », venant de la base, valoriserait le rôle des médecins généralistes qui ont un accès privilégié aux patients.<sup>47</sup>

La valorisation financière des investigateurs était décrite par la plupart des médecins généralistes. Un financement systématique pour le travail d'inclusion des patients a déjà été perçu dans d'autres pays comme un élément déterminant de motivation des investigateurs non seulement à effectuer les visites d'inclusion, mais aussi effectuer des formations à la recherche, soit dans le cadre du protocole soit de façon plus générale avec l'acquisition de méthodes de recherche.<sup>30</sup>

#### **4.4. LA VALIDITE DE L'ETUDE**

##### **4.4.1. les points forts**

Très peu de travaux sur l'identification des facteurs facilitants et des obstacles de la recherche en médecine générale avaient été réalisés à partir de l'étude des représentations. Les études qualitatives retrouvées dans la littérature sur les opinions des acteurs de santé concernant la recherche en médecine générale ne traitaient que d'une catégorie d'acteurs, que ce soit les médecins généralistes universitaires<sup>15</sup> ou des médecins généralistes non universitaires.<sup>16</sup>

Aucune étude retrouvée n'incluait des universitaires d'autres disciplines sur le sujet de la recherche en soins primaires. Ainsi, il a pu être mis en évidence que la légitimité de la recherche en médecine générale n'était pas remise en cause par les autres universitaires, mais que la spécificité n'était pas identifiée. Ils soulignaient l'importance des publications des travaux de recherche en médecine générale pour la rendre visible et reconnue.

De la même façon aucune étude n'avait étudié les représentations des patients sur la recherche en médecine générale. Ils identifient le mode de rémunération des médecins généralistes comme un obstacle à la recherche. Ils exprimaient leur méfiance vis-à-vis des protocoles de recherche en médecine générale mais faisaient confiance en leur médecin. Malgré son manque de disponibilité, les patients appréciaient un médecin chercheur car ils l'identifiaient comme une personne compétente.

Concernant les médecins généralistes universitaires les résultats étaient assez similaires avec une étude allemande qualitative n'interrogeant que les médecins généralistes enseignants.<sup>15</sup> Mais cette étude n'apportait aucun éclairage concernant la crainte des médecins généralistes par rapport à l'industrie pharmaceutique, responsable selon eux d'une méfiance des médecins généralistes vis-à-vis de la recherche. Le thème des publications n'était pas abordé dans cette étude allemande alors que beaucoup de médecins généralistes universitaires y voient une priorité pour la pérennité de la discipline.

Concernant les médecins généralistes, les autres études qualitatives traitant des médecins généralistes ne s'étaient focalisés que sur le thème de la dépression comme sujet de recherche et donc retraçaient le contexte aux difficultés d'inclusion des

patients dépressifs. La méfiance des médecins généralistes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique n'était pas soulignée.

La littérature retrouve de nombreuses études descriptives transversales par questionnaire fermé. Celles-ci semblent insuffisantes sur le plan méthodologique pour recueillir la diversité des opinions.<sup>14</sup>

En effet, Robinson retrouvait que 91% des médecins généralistes voyaient un intérêt majeur à la recherche en médecine générale, mais les résultats quantitatifs ne reflétaient pas une réalité plus complexe. Bien que la motivation soit un facteur facilitant, l'image de la recherche médicale est très limitée et éloignée des pratiques des médecins généralistes qui gardent une méfiance vis-à-vis des travaux de recherche commandités soit par l'hôpital soit par l'industrie pharmaceutique.

L'autre avantage de l'étude était la diversité des acteurs inclus sur le plan régional et disciplinaire, amenant des diversités de réponses et d'interaction.

#### **4.4.2. le problème de la saturation**

Seuls deux entretiens collectifs ont été réalisés chez les universitaires non généralistes, avec un entretien collectif réalisé à Tours avec des universitaires non cliniciens et un autre à Tours avec des universitaires cliniciens. Il faudrait probablement approfondir le recueil de données dans ces catégories d'acteurs qui sont difficiles d'accès avec des disciplines très diversifiées. Mais ce résultat de recueil de 11 universitaires était tout de même satisfaisant.

Les entretiens collectifs auraient pu être complétés d'entretiens individuels pour des personnes opposées farouchement ou à l'inverse favorables, ainsi que les présidents des structures telles que les sociétés savantes, les syndicats professionnels.

#### **4.4.3. la représentation des femmes**

Dans le groupe des médecins généralistes et des autres universitaires, les femmes étaient peu représentées (moins de 10% des participants). D'autres études ont démontré que la motivation à la participation aux protocoles de recherche n'était pas liée avec le sexe.<sup>38 39</sup> Le déficit de participation est probablement dû d'une part au manque de disponibilité des femmes médecins généralistes ou universitaires aux horaires où les entretiens collectifs étaient réalisés, mais aussi par leur sous-représentation parmi les universitaires.

## 5. CONCLUSION

La légitimité de la recherche en médecine générale n'est contestée ni par les médecins généralistes universitaires ni par les universitaires des autres disciplines concernés. Cependant sa spécificité demeure relative et différemment décrite selon les acteurs, à l'image de la spécificité relative de la discipline.

La recherche en médecine générale est reconnue par la majorité des acteurs comme une recherche appliquée pour laquelle les questions scientifiques émergent de la pratique clinique, le « matériel d'étude » est le patient dans son milieu naturel.

Le système de soins français jusqu'à présent n'a pas favorisé le développement d'une recherche de haut niveau en soins primaires en raison de la méconnaissance des enjeux et d'obstacles pratiques.

Les obstacles pourront être surmontés grâce à une meilleure formation scientifique des étudiants en médecins et des médecins généralistes, de réseaux de recherche en soins primaires, au regroupement multidisciplinaire autour de systèmes d'information partagés, et à la diversification des modes de rémunération des médecins généralistes.

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rosser WW, VAN Weel C. Preliminary summary report: WONCA invitational conference. Kingston:WONCA meeting;2003.
2. White K. The ecology of medical care: origins and implications for healthcare research. *Health Serv Res* 1997;**32**:11-21.
3. Pereira Gray D. Research in general practice: law of inverse opportunity. *BMJ* 1991;**302**:1380-2.
4. Suarez-Varela MM, Llopis-Gonzalez A, Bell J, Tallon-Guerola M, Perez-Benajas A, Carrion-Carrion C. Evidence based general practice. *Eur J Epidemiol* 1999;**15**:815-9.
5. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;**362**:1225-30.
6. [Arrêté fixant la procédure de recrutement des professeurs des universités de médecine générale et des maîtres de conférences des universités de médecine générale et les modalités de constitution des dossiers et de dépôt des candidatures pour le recrutement des chefs de clinique des universités de médecine générale]. Paris:Public law. April 29 2009.
7. Mendis K, Solangaarachchi I. PubMed perspective of family medicine research: where does it stand? *Fam Pract* 2005;**22**:570-5.
8. Pouchain D, Druais PL, Renard V, Huas D. [Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients]. *Exercer* 2008;**84**:130-4.
9. De Pouvourville G. [Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France: Propositions. Rapport remis à Monsieur le Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre Délégué à la Recherche]. Paris:Technical Report,2006. 41p.
10. Levasseur G, Schweyer FX. [La recherche en médecine générale en France: enjeux et perspectives]. *Cah Socio Démo Med* 2001;**41**:47-80.
11. Minvielle E, De Pouvourville G. [La mesure de la qualité des soins: un défi et un enjeu de santé publique]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;**49**:113-5.
12. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ* 2005;**331**:1121.
13. Moquet M, Falcoff H. [La recherche en médecine générale: une nécessité pour la réorganisation du système de soins]. *Rev Prat Med Gen* 1999;**13**:953-9.
14. Robinson G, Gould M. What are the attitudes of general practitioners towards research? *Br J Gen Pract* 2000;**50**:390-2.
15. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Family Practice* 2004;**5**:31.

16. Mason VL, Shaw A, Wiles NJ, et al. GPs' experiences of primary care mental health research: a qualitative study of the barriers to recruitment. *Fam Pract* 2007;**24**:518–25.
17. Pope C Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;**311**:42-5.
18. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. [S'approprier la méthode du focus group]. *Rev Prat Med Gen* 2004;**645**:382-4.
19. Blanchet A, Gotman A. [L'enquête et ses méthodes : l'entretien]. Paris:Sociologie 128, Nathan Université;1992.125p.
20. Krueger RA. Focus groups. A practical guide for applied research. London:Sage Publications;1994.110p.
21. Charmaz K. Grounded Theory: Objectivist and constructivist methods. London:Thousand Oaks,Sage;2000.536p.
22. Bazeley P. Qualitative analysis with Nvivo. London:Sage Publications;2008.232p.
23. Grmek MD. [Histoire de la pensée médicale en Occident: du romantisme à la science moderne]. Paris:Seuil;1997.390p.
24. Anonymous. Is primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003;**361**:977.
25. Bloy G, Schweyer FX. [Singuliers généralistes]. Rennes:Presses de l'EHSP;2010.423p.
26. Aïach P, Fassin D. [Les métiers de la santé ; Enjeux de pouvoir et quête de légitimité]. Paris:Broche, Economica ;1994.364p.
27. Weisz G. Divide and Conquer: a comparative history of medical specialization. Oxford: Oxford University Press;2006.44p.
28. [Arrêté portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires].Paris:Public law. July 21 2009.
29. Nugues S, Boisnault P. [Etat de la recherche en médecine générale]. Paris: Medical thesis, University of Paris VII, 2004. 87p.
30. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D, Rethans J. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRN meeting. *Fam Pract* 2004;**21**:587-93.
31. Håkansson A, Beckman A, Hansson EE, Merlo J, Månsson N. Research methods courses as a means of developing academic general practice. Fifteen years' experience from Sweden and Denmark. *Scand J Prim Health Care* 2005;**23**:132-6.
32. Huas D, Wallace P. [La participation comme investigateur à un travail de recherche est-elle une forme efficace de formation médicale continue]? *Pedagogie médicale* 2002;**1**:14-8.
33. Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008;**58**,15-9.

34. Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 2008;**26**:1–8.
35. Vallencien G. [le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions. Rapport remis à Madame la Ministre de la Santé et des Sports]. Paris:Technical Report. 2010.55p.
36. Bower P, Wallace P, Ward E, Graffy J, Miller J, Delaney B, et al. Improving recruitment to health research in primary care. *Fam Pract* 2009;**26**:391-7.
37. Thomas P, Graffy J, Wallace P, Kirby M. How primary care networks can help integrate academic and service initiatives in primary care. *Ann Fam Med* 2006;**4**:235-9.
38. Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. How do French general practitioners consider participating in primary care research: The DRIM study. Lyon: Medical thesis, University of Lyon I, 2010. 76p.
39. Bagley B. The New Model of Family Medicine: What's in it for you. *Family Practice Management* 2005;**12**:59-63.
40. Van Der Weyden MB. Australian general practice: time for renewed purpose. *Med J Aust* 2003;**179**:6-7.
41. Askew DA, Clavarino AM, Glasziou PP, Del Mar CB. General practice research: attitudes and involvement of Queensland general practitioners. *Med J Aust* 2002;**177**:74-7.
42. Ward AM, Lopez DG, Kamien M. General practice research in Australia, 1980–1999. *Med J Aust* 2000;**173**:608-11.
43. Starfield B. A framework for primary care research. *Fam Pract* 1996; **42**:181-5
44. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and primary care research. *J Am Board Fam Med* 2007;**20**:518-26.
45. Del Mar C, Askew D. Building family/general practice research capacity. *Ann Fam Med* 2004;**2Suppl2**; S35-40.
46. Graffy J. Engaging family practitioners in research: are we getting it right? *Fam Pract* 2008;**25**:69-70.
47. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. *BMJ* 2001;**322**:588-590.

## 7. ANNEXES

### ANNEXE 1

#### Guide d'entretien à l'attention des modérateurs

##### 1- Les qualités d'un bon modérateur

- a. Interroger
  - maintenez le groupe dans le contexte de la question
  - soyez en écoute attentive et active
  - soyez clair dans vos expressions
  - ayez un bon sens de l'humour
  - restez concentré en gardant les questions prédéfinies en tête
- b. Faciliter
  - exercez un contrôle discret et souple
  - invitez les participants à donner leur opinion
  - ne pas diriger : les participants sont volontaires !
- c. Repérer
  - interprétez rapidement le langage non verbal
  - soyez attentifs au respect mutuel de chaque participant
- d. Gérer
  - le temps
  - les conditions de la séance

##### 2- Avant la session

- a. Préparez vous mentalement
- b. N'arrivez pas à la dernière minute
- c. Faites un essai de fonctionnement du matériel
- d. Placez des feuilles vierges pour vous et l'observateur pour la prise de notes
- e. Accueillez les participants autour du buffet d'accueil
- f. Faites leur remplir les feuilles de présence en leur garantissant l'anonymat
- g. Observez les relations entre les participants
- h. Placez les en leur indiquant leur place en tenant compte des personnes à caractère plutôt dominant qui seront à placer à côté de vous et les personnes à caractère plutôt introverti en face de vous (pour stimuler et inhiber)

### 3- Pendant la session

#### a. Introduction

- demandez à l'observateur de lancer l'enregistrement
- Présentez vous ainsi que l'observateur
- Remerciez-les de leur présence
- Expliquez-leur que l'entretien va être enregistré
- Laissez les se présenter et rassurez les quant à l'anonymat.
- Expliquez la sélection des participants
- Introduisez la thématique du sujet
- Expliquez les règles simples de dialogue et de respect de l'autre (pas d'interruption, pas de jugement,...)
- Faites éteindre votre portable (n'oubliez pas le vôtre).

#### b. Déroulement

- Posez la première question du canevas d'entretien (« question brise glace ») que voici en essayant d'aborder l'ensemble des questions de la soirée pas forcément dans l'ordre:
  - ✓ C'est quoi la recherche en médecine?
  - ✓ C'est quoi la recherche en médecine générale? (terrain, type d'études, objectifs)
  - ✓ Quel est l'intérêt (avantages et inconvénients) d'une telle recherche (patients, médecin, discipline) ?
  - ✓ Quels en sont les facteurs facilitants, les difficultés ?
  - ✓ Quel environnement (collaborations, structures, financement) pour la recherche en médecine générale ?
  - ✓ Quelle place pour les médecins généralistes dans cette recherche en médecine générale ?
- Maintenez la dynamique de groupe
  - ✓ Participez le moins possible
  - ✓ Désignez les personnes qui s'annoncent (tour de tables)
  - ✓ Ecoutez attentivement
  - ✓ Soyez actifs dans l'écoute, montrez bien votre écoute,
  - ✓ Faites parler ceux qui ne disent rien lors de la soirée
  - ✓ Inhibez les participants trop loquaces
  - ✓ Lorsque vous devez intervenir, faites le avec tact et sans poser de questions nécessitant une justification (pourquoi ? c'est-à-dire ?...)
  - ✓ Prenez des notes afin de revenir sur certains éléments, suivre la grille et résumer à la fin

- c. à la fin de la session
  - Faites un résumé rapide
  - Demandez-leur s'ils ont encore des remarques
  - Signalez la fin de la séance
  - Remerciez-les encore une fois

#### **4- Après la session**

- a. Contrôlez l'enregistrement
- b. Partagez vos impressions avec l'observateur
- c. Faites une synthèse quelques jours après (assez rapidement) de vos impressions de la soirée sur une page libre en reprenant, si vous le souhaitez, la trame de la grille d'entretien
- d. Une réunion avec les investigateurs aura ensuite lieu.

***MERCI DE VOTRE PARTICIPATION***

## **ANNEXE 2**

### **Guide d'entretien à l'attention des observateurs**

#### **1- Les qualités d'un bon observateur**

- a. Décrire
  - Les attitudes
  - Le caractère et la personnalité
  - De façon objective
  - Les expressions
  - restez concentré !
  
- b. Se mettre en retrait
  - Ne révélez pas votre travail d'observation
  - Laissez le modérateur parler
  - Ne vous faites pas interpeller
  
- c. être discret
  - interprétez rapidement le langage non verbal
  - soyez attentifs au respect mutuel de chaque participant
  - Ne croisez pas trop les participants du regard
  
- d. Gérer
  - le temps
  - les conditions de la séance

#### **2- Avant la session**

- a. Préparez vous mentalement
- b. N'arrivez pas à la dernière minute
- c. Placez l'enregistreur près de l'observateur
- d. Placez le microphone au milieu de la table
- e. Faites un essai de fonctionnement du matériel avec le modérateur
- f. Placez des feuilles vierges pour vous et le modérateur pour la prise de notes
- g. Accueillez les participants autour du buffet d'accueil mais en retrait !
- h. Observez les relations entre les participants
- i. Installez-vous assez rapidement à votre place

### **3- Pendant la session**

- a. Introduction
  - Lancez l'enregistrement
  - Présentez vous uniquement si le modérateur ne l'a pas fait (sans révéler votre vrai rôle)
  - Ayez l'air détendu
  
- b. déroulement
  - Faites un schéma de la disposition de la table en plaçant tous les participants sans oublier le modérateur et vous-même !
  - Assurez-vous du bon fonctionnement de l'enregistrement
  - Suivez la grille d'entretien en cochant les thèmes abordés au cours de la soirée
  - Décrire les réactions des personnes, leurs expressions, leurs attitudes, lors de leur dialogue ou même en situation de silence
  - Faites des dessins, si vous le souhaitez
  - N'oubliez surtout pas de noter l'heure exacte de vos notes afin de les repérer sur l'enregistrement
  
- c. à la fin de la session
  - Faites un résumé rapide à partir de vos notes au modérateur de façon discrète
  - Attendez les éventuelles remarques «Avez-vous des remarques ou souhaiteriez vous ajouter des éléments que vous n'auriez pas eu le temps ou la présence d'esprit d'évoquer lors de la soirée ? »
  - Précisez au modérateur les questions non abordées dans la soirée
  - Remerciez les participants

### **4- Après la session**

- a. Contrôlez l'enregistrement
- b. Partagez vos impressions avec le modérateur
- c. Faites une synthèse quelques jours après (assez rapidement) de vos impressions de la soirée sur une page libre en reprenant, si vous le souhaitez, la trame de la grille d'entretien
- d. Une réunion avec les investigateurs aura ensuite lieu.

***MERCI DE VOTRE PARTICIPATION***

### **ANNEXE 3 : Canevas d'entretien**

- ✓ C'est quoi la recherche en médecine?
- ✓ C'est quoi la recherche en médecine générale? (terrain, type d'études, objectifs)
- ✓ Quel est l'intérêt (avantages et inconvénients) d'une telle recherche (patients, médecin, discipline) ?
- ✓ Quels en sont les facteurs facilitants, les difficultés ?
- ✓ Quel environnement (collaborations, structures, financement) pour la recherche en médecine générale ?
- ✓ Quelle place pour les médecins généralistes dans cette recherche en médecine générale ?
- ✓ Quelle formation pour les chercheurs en médecine générale ?