

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*Anne-Catherine SCHLEGEL-TRABUT*  
*Née le 30 mars 1981*

Présentée et soutenue publiquement le 2 mai 2013

## LES REPRESENTATIONS DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

### Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Patrice DIOT  
Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU  
Monsieur le Professeur Christian ANDRES  
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN J.  
MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD Ch.  
ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|     |                                |  |
|-----|--------------------------------|--|
| MM. | ALISON Daniel                  | Radiologie et Imagerie médicale  |
|     | ANDRES Christian               | Biochimie et Biologie moléculaire  |
|     | ANGOULVANT Denis               | Cardiologie  |
|     | ARBEILLE Philippe              | Biophysique et Médecine nucléaire  |
|     | AUPART Michel                  | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                 |
|     | BABUTY Dominique               | Cardiologie  |
| Mme | BARILLOT Isabelle              | Cancérologie ; Radiothérapie   |
| MM. | BARON Christophe               | Immunologie  |
|     | BAULIEU Jean-Louis             | Biophysique et Médecine nucléaire  |
|     | BERNARD Louis                  | Maladies infectieuses ; maladies tropicales                              |
|     | BEUTTER Patrice                | Oto-Rhino-Laryngologie   |
|     | BINET Christian                | Hématologie ; Transfusion  |
|     | BODY Gilles                    | Gynécologie et Obstétrique   |
|     | BONNARD Christian              | Chirurgie infantile  |
|     | BONNET Pierre                  | Physiologie  |
| Mme | BONNET-BRILHAULT Frédérique    | Physiologie  |
| MM. | BOUGNOUX Philippe              | Cancérologie ; Radiothérapie   |
|     | BRILHAULT Jean                 | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                |
|     | BRUNEREAU Laurent              | Radiologie et Imagerie médicale  |
|     | BRUYERE Franck                 | Urologie   |
|     | BUCHLER Matthias               | Néphrologie  |
|     | CALAIS Gilles                  | Cancérologie ; Radiothérapie   |
|     | CAMUS Vincent                  | Psychiatrie d'adultes  |
|     | CHANDENIER Jacques             | Parasitologie et Mycologie   |
|     | CHANTEPIE Alain                | Pédiatrie  |
|     | COLOMBAT Philippe              | Hématologie ; Transfusion  |
|     | CONSTANS Thierry               | Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement               |
|     | CORCIA Philippe                | Neurologie   |
|     | COSNAY Pierre                  | Cardiologie  |
|     | COTTIER Jean-Philippe          | Radiologie et Imagerie médicale  |
|     | COUET Charles                  | Nutrition  |
|     | DANQUECHIN DORVAL Etienne      | Gastroentérologie ; Hépatologie  |
|     | DE LA LANDE DE CALAN Loïc      | Chirurgie digestive  |
|     | DE TOFFOL Bertrand             | Neurologie   |
|     | DEQUIN Pierre-François         | Thérapeutique ; médecine d'urgence                                       |
|     | DESTRIEUX Christophe           | Anatomie   |
|     | DIOT Patrice                   | Pneumologie  |
|     | DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & Cytologie pathologiques                                       |
|     | DUMONT Pascal                  | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                 |
|     | FAUCHIER Laurent               | Cardiologie  |
|     | FAVARD Luc                     | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                |
|     | FOUQUET Bernard                | Médecine physique et de Réadaptation                                     |
|     | FRANCOIS Patrick               | Neurochirurgie   |
|     | FUSCIARDI Jacques              | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence         |
|     | GAILLARD Philippe              | Psychiatrie d'Adultes  |
|     | GOGA Dominique                 | Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie                                |
|     | GOUDEAU Alain                  | Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière                          |
|     | GOUPILLE Philippe              | Rhumatologie   |
|     | GRUEL Yves                     | Hématologie ; Transfusion  |
|     | GUILMOT Jean-Louis             | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire                               |
|     | GUYETANT Serge                 | Anatomie et Cytologie pathologiques                                      |
|     | HAILLOT Olivier                | Urologie   |
|     | HALIMI Jean-Michel             | Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique) |
|     | HERAULT Olivier                | Hématologie ; transfusion  |
|     | HERBRETEAU Denis               | Radiologie et Imagerie médicale  |
| Mme | HOMMET Caroline                | Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement                |
| MM. | HUTEN Noël                     | Chirurgie générale   |
|     | LABARTHE François              | Pédiatrie  |
|     | LAFFON Marc                    | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence         |
|     | LARDY Hubert                   | Chirurgie infantile  |
|     | LASFARGUES Gérard              | Médecine et Santé au Travail   |
|     | LEBRANCHU Yvon                 | Immunologie  |

|     |                         |   |
|-----|-------------------------|---|
|     | LECOMTE Thierry         | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie              |
|     | LEMARIE Etienne         | Pneumologie   |
| MM. | LESCANNE Emmanuel       | Oto-Rhino-Laryngologie                                      |
|     | LINASSIER Claude        | Cancérologie ; Radiothérapie                                |
|     | LORETTE Gérard          | Dermato-Vénérologie   |
|     | MACHET Laurent          | Dermato-Vénérologie   |
|     | MAILLOT François        | Médecine Interne  |
|     | MARCHAND Michel         | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                    |
|     | MARCHAND-ADAM Sylvain   | Pneumologie   |
|     | MARRET Henri            | Gynécologie et Obstétrique                                  |
|     | MEREGHETTI Laurent      | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière              |
|     | MORINIERE Sylvain       | O.R.L.  |
|     | MULLEMAN Denis          | Rhumatologie  |
|     | PAGES Jean-Christophe   | Biochimie et biologie moléculaire                           |
|     | PAINTAUD Gilles         | Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique          |
|     | PATAT Frédéric          | Biophysique et Médecine nucléaire                           |
|     | PERROTIN Dominique      | Réanimation médicale ; médecine d'urgence                   |
|     | PERROTIN Franck         | Gynécologie et Obstétrique                                  |
|     | PISELLA Pierre-Jean     | Ophthalmologie  |
|     | QUENTIN Roland          | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière              |
|     | ROBIER Alain            | Oto-Rhino-Laryngologie                                      |
|     | ROINGEARD Philippe      | Biologie cellulaire   |
|     | ROSSET Philippe         | Chirurgie orthopédique et traumatologique                   |
|     | ROYERE Dominique        | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
|     | RUSCH Emmanuel          | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention           |
|     | SALAME Ephrem           | Chirurgie digestive   |
|     | SALIBA Elie             | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
| Mme | SANTIAGO-RIBEIRO Maria  | Biophysique et Médecine Nucléaire                           |
| MM. | SIRINELLI Dominique     | Radiologie et Imagerie médicale                             |
|     | THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie   |
| Mme | TOUTAIN Annick          | Génétique   |
| MM. | VAILLANT Loïc           | Dermato-Vénérologie   |
|     | VELUT Stéphane          | Anatomie  |
|     | WATIER Hervé            | Immunologie.  |

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

|     |                           |                   |
|-----|---------------------------|-------------------|
| Mme | LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie | Médecine Générale |
|-----|---------------------------|-------------------|

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

|     |                    |                   |
|-----|--------------------|-------------------|
| MM. | HUAS Dominique     | Médecine Générale |
|     | LEBEAU Jean-Pierre | Médecine Générale |
|     | MALLET Donatien    | Soins palliatifs  |
|     | POTIER Alain       | Médecine Générale |

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

|      |                             |   |
|------|-----------------------------|---|
| Mmes | ANGOULVANT Theodora         | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie      |
|      | BAULIEU Françoise           | Biophysique et Médecine nucléaire                                       |
| M.   | BERTRAND Philippe           | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication |
| Mme  | BLANCHARD Emmanuelle        | Biologie cellulaire   |
|      | BLASCO Hélène               | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| M    | BOISSINOT Eric              | Physiologie   |
|      | CORTESE Samuele             | Pédopsychiatrie   |
|      | DESOUBEAUX Guillaume        | Parasitologie et mycologie  |
| Mmes | DUFOUR Diane                | Biophysique et Médecine nucléaire                                       |
|      | EDER Véronique              | Biophysique et Médecine nucléaire                                       |
| M.   | EHRMAN Stephan              | Réanimation médicale  |
| Mmes | FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et Cytologie pathologiques                                     |
|      | GAUDY-GRAFFIN Catherine     | Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière                        |
| M.   | GIRAUDEAU Bruno             | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication |

|      |                               |   |
|------|-------------------------------|---|
| Mme  | GOUILLEUX Valérie             | Immunologie   |
| MM.  | GUERIF Fabrice                | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
|      | GYAN Emmanuel                 | Hématologie, transfusion                                    |
| M.   | HOARAU Cyrille                | Immunologie   |
| M.   | HOURIOUX Christophe           | Biologie cellulaire   |
| Mmes | LARTIGUE Marie-Frédérique     | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière              |
|      | LE GUELLEC Chantal            | Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique         |
|      | MACHET Marie-Christine        | Anatomie et Cytologie pathologiques                         |
|      | MARUANI Annabel               | Dermatologie  |
| MM.  | PIVER Eric                    | Biochimie et biologie moléculaire                           |
|      | ROUMY Jérôme                  | Biophysique et médecine nucléaire in vitro                  |
| Mme  | SAINT-MARTIN Pauline          | Médecine légale et Droit de la santé                        |
| M.   | TERNANT David                 | Pharmacologie – toxicologie                                 |
| Mme  | VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière            |
| M.   | VOURC'H Patrick               | Biochimie et Biologie moléculaire                           |

### **MAITRES DE CONFERENCES**

|      |                 |                                   |
|------|-----------------|-----------------------------------|
| Mmes | BOIRON Michèle  | Sciences du Médicament            |
|      | ESNARD Annick   | Biologie cellulaire               |
| M.   | LEMOINE Maël    | Philosophie                       |
| Mme  | MONJAUZE Cécile | Sciences du langage - Orthophonie |
| M.   | PATIENT Romuald | Biologie cellulaire               |

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

|      |                       |                   |
|------|-----------------------|-------------------|
| Mmes | HUAS Caroline         | Médecine Générale |
|      | RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |
| M.   | ROBERT Jean           | Médecine Générale |

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

|      |                       |   |
|------|-----------------------|---|
| MM.  | BIGOT Yves            | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239         |
|      | BOUAKAZ Ayache        | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930    |
| Mmes | BRUNEAU Nicole        | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930   |
|      | CHALON Sylvie         | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| MM.  | COURTY Yves           | Chargé de Recherche CNRS – U 618                    |
|      | GAUDRAY Patrick       | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239         |
|      | GOUILLEUX Fabrice     | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239         |
| Mmes | GOMOT Marie           | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930   |
|      | HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – U 618                 |
| MM.  | LAUMONNIER Frédéric   | Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930    |
|      | LE PAPE Alain         | Directeur de Recherche CNRS – U 618                 |
| Mmes | MARTINEAU Joëlle      | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930   |
|      | POULIN Ghislaine      | Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930     |

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

|     |                  |                       |
|-----|------------------|-----------------------|
| Mme | DELORE Claire    | Orthophoniste         |
| MM. | GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |
|     | MONDON Karl      | Praticien Hospitalier |
| Mme | PERRIER Danièle  | Orthophoniste         |

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

|     |                 |                       |
|-----|-----------------|-----------------------|
| Mme | LALA Emmanuelle | Praticien Hospitalier |
| M.  | MAJZOUB Samuel  | Praticien Hospitalier |

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

|     |                  |                       |
|-----|------------------|-----------------------|
| Mme | BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier |
|-----|------------------|-----------------------|

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Diot**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de Thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon estime les plus profondes.

### **A Monsieur le Professeur Andres**

Vous aviez accepté de participer à ce travail de recherche il y a 3 ans et vous êtes présent à nouveau aujourd'hui pour le juger. Je vous remercie de votre bienveillante attention.

### **A Monsieur le Professeur Chantepie**

Vous aviez pris part à ma recherche il y a 3 ans également, et êtes présent aujourd'hui encore pour juger ce travail. Vous avez toute mon estime et ma gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Lebeau**

Merci de m'avoir proposé ce travail de thèse, il y a maintenant plus de 3 ans. Je n'ai pas toujours travaillé avec l'acharnement que tu aurais voulu me voir déployer, mais mon sujet m'a pourtant toujours passionné, et je te remercie pour ton soutien.

### **A Monsieur le docteur Cadwallader,**

Jean-Sébastien, tu es à l'origine de ce projet et j'espère que mon travail a pu t'être utile. Je te suis extrêmement reconnaissante pour tous les conseils et les encouragements que tu m'as prodigués. Trouve ici le témoignage de ma gratitude et de mon amitié sincère.

### **A tous les médecins, généralistes ou non, universitaires ou non, chercheurs, et patients ayant participé à ce travail de recherche,**

Je remercie chacun d'entre vous d'avoir accepté de m'aider et de me confier vos idées. Sans vous, cette thèse n'existerait pas.

### **A mes confrères,**

Merci de m'avoir confié vos patients. Grâce à la confiance que vous m'avez témoignée, j'ai pris mon envol et je suis fière de compter bientôt comme l'une des vôtres.

### **Aux patients,**

Pas encore « mes patients », mais bientôt je l'espère... Malgré tous vos maux, les grands comme les petits, les terribles comme les imaginaires, malgré vos réticences et nos discussions parfois âpres, malgré vos doutes et mes certitudes pas toujours bien fondées, malgré vos certitudes –foi d'internet- et mes doutes, (encore si nombreux, il va falloir faire de la recherche !) malgré le temps qui passe, trop vite pour certains, pas assez pour d'autres, malgré la vie, malgré la mort, j'espère que vous me ferez confiance, et je mettrai toujours tout en œuvre pour en être digne.

### **A mon père,**

Merci de m'avoir transmis tes valeurs, ton respect de la vie, ton enthousiasme à la défendre, ton sens du travail bien fait, ta volonté de te remettre en question, ton humour indétronable et tes fameux lapsus !

### **A ma mère**

Merci pour ton amour inconditionnel, infiniment précieux, tes conseils, ton attention aux petites comme aux grandes choses. Merci pour la confiance que tu places en moi chaque jour. Tu es mon modèle.

### **A ma sœur,**

Eternelle complice, rêveuse enjouée et reine des bons mots de fin de soirée, je te remercie pour ton soutien en toute chose, et te souhaite un avenir radieux.

### **A mon frère,**

Petit frère devenu grand avant même que je m'en sois rendue compte. Merci pour ton esprit, et ta clairvoyance. Et si tu t'envoles enfin, ne perd pas de vue tes racines. Je te souhaite le meilleur.

### **A ma grand-mère,**

Bien trop tôt disparue pour tout ce que j'avais encore à te dire et à te demander... J'aurais tant aimé que tu sois là aujourd'hui.... Tu me manques chaque jour...

### **A mon papi,**

Ta présence à mes côtés en ce jour tant attendu est un vrai bonheur. Sois fort et solide, encore et toujours, mais aussi un peu cœur d'artichaut, comme je te connais si bien... Merci pour tous tes chants qui sont autant de baumes pour mon cœur et dans ma mémoire...

### **A toute ma famille,**

Parce que j'espère que vous vous rendez compte de la chance qu'on a d'être si uni... Merci d'être vous !

**A ma belle-famille,**

Vous m'avez accueillie comme une fille, une sœur, une nièce... Je ne vous en remercierai jamais assez, et vous avez une place éternelle dans mon cœur.

**A tous mes ami(e)s, Sonia, Elodie, Olivier, Cécile, Lilian, Mathieu, Marie, Ivan, Emma, Paul, Julia, Sophie, Benoit, Thomas, Mika, Nadège, Joseph, Marylin, Nicolas, Hervé, Laetitia, Virginie, Mounir, Anaïs, Karen, Claire, Jérôme, Peggy, Corinne, Laure.... Innombrables !!**

D'enfance ou d'ailleurs, collègues ou rencontres de hasard, virtuels ou en chair et en os, vous être trop nombreux pour être tous nommés, malheureusement... Mais vous avez chacun une place privilégiée dans mon cœur... Merci pour toutes vos marques d'attention, vos petits mots, vos encouragements ! Je n'ai pas été très présente ces dernières semaines, mais je vous promets qu'on va rattraper ça !

**A Milo,**

Mon ange, mon cœur, mon petit homme au grand sourire, mon énergie de chaque instant, ma flamme vive, tu as changé toute ma vie...

**Enfin,**

**A François, mon amour,**

Itou qui que. Tu sais tout le reste et j'ai toute la vie pour te le dire...



## RESUME

Longtemps délaissée au profit de la recherche spécialisée dans les CHU, la recherche en médecine générale en France reste encore sous-développée actuellement, bien que la majorité des problèmes de santé relève des soins primaires.

Les objectifs de ce travail sont d'étudier et comparer les représentations de la recherche en médecine générale et d'identifier les freins et les facteurs facilitants de son développement. Les opinions des acteurs de santé ont été recueillies lors d'entretiens collectifs puis analysées par une méthode inductivo-déductive à l'aide du logiciel Nvivo9.

La légitimité de la recherche en médecine générale est incontestée mais des difficultés subsistent pour définir la spécificité de son domaine d'investigation. Et s'il est évident que les questions doivent s'ancrer dans la pratique, les sujets d'études peuvent être aussi bien le patient dans sa globalité que le fonctionnement sociologique des médecins généralistes. Il apparaît également que l'intérêt de cette recherche est de produire une médecine avec des applications permettant une amélioration de la qualité des soins.

Les principaux freins identifiés sont liés à une méconnaissance de la médecine générale et à des obstacles pratiques. Ceux-ci pourraient être dépassés par une meilleure formation à la recherche, le développement de réseaux et une informatisation systématique des cabinets médicaux. Pour le système de soin, un regroupement des professionnels de santé couplé à une délégation des tâches (dans le but d'alléger la charge de travail) et une réflexion sur un nouveau mode de rémunération sont évoqués.

**Mots-clés :** Recherche en médecine générale, soins primaires, recherche qualitative, amélioration de la qualité des soins, réseaux, délégation des tâches.

## SUMMARY

Research in general practice in France has traditionally been neglected for the benefit of specialized research conducted in hospitals. It still remains underdeveloped at the moment, although most health problems belong in primary care.

The aims of this study were to investigate the representations of research in general practice and to identify the obstacles and facilitators of its development. The opinions of the various categories of people involved in health care were collected in focus groups. An analysis with an inductive-deductive method was then conducted using the Nvivo9 software.

The legitimacy of research in general practice was undisputed but difficulties remained to define its specific areas of investigation. Obviously, the research questions should be grounded in the practice. The subjects of studies could be either the patient or the sociological roles of the general practitioners. The ultimate goal should be to provide caregivers with applications or tools that would improve the quality of care.

The main obstacles identified were linked to a lack of awareness of general practice and to practical barriers. These could be overachieved by better research training, networks development and standardized computerization of practices. For the health care system, a grouping of health professionals combined with task-shifting (in order to reduce the workload) and a reflection on new remuneration structures are considered.

**Keywords:** Research, general practice, primary care, qualitative research, quality of care, networks, task-shifting.

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION</b> .....                                    | <b>17</b> |
| <b>1.1 CONTEXTE</b> .....                                       | <b>17</b> |
| <b>1.2 QUESTION ET OBJECTIFS</b> .....                          | <b>18</b> |
| <b>2. METHODES</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>2.1 SHEMA D'ETUDE</b> .....                                  | <b>19</b> |
| <b>2.2 ECHANTILLONS</b> .....                                   | <b>19</b> |
| <b>2.2.1 Types d'acteurs</b> .....                              | <b>19</b> |
| <b>2.2.2 Entretiens collectifs</b> .....                        | <b>19</b> |
| <b>2.3 RECUEIL DE DONNEES</b> .....                             | <b>19</b> |
| <b>2.3.1 Modération</b> .....                                   | <b>19</b> |
| <b>2.3.2 Observation</b> .....                                  | <b>20</b> |
| <b>2.4 LE CANEVAS D'ENTRETIEN</b> .....                         | <b>20</b> |
| <b>2.5 RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES</b> .....         | <b>20</b> |
| <b>3. RESULTATS</b> .....                                       | <b>21</b> |
| <b>3.1 ECHANTILLONS ANALYSES</b> .....                          | <b>21</b> |
| <b>3.2 SPECIFICITES DE LA RECHERCHE EN MG</b> .....             | <b>22</b> |
| <b>3.2.1 Spécificités de populations</b> .....                  | <b>22</b> |
| 3.2.1.1 Des populations hospitalières et de MG différentes..... | 22        |
| 3.2.1.2 Une population importante et diversifiée.....           | 22        |
| 3.2.1.3 Des pathologies spécifiques.....                        | 22        |
| 3.2.1.4 Des pathologies vues aux stades précoces.....           | 22        |
| <b>3.2.2 Spécificités de domaines</b> .....                     | <b>23</b> |
| 3.2.2.1 Le patient.....   | 23        |
| 3.2.2.1.1 Le patient dans son environnement global.....         | 23        |
| 3.2.2.1.2 La prévention des maladies.....                       | 23        |
| 3.2.2.1.3 L'éducation thérapeutique.....                        | 23        |
| 3.2.2.2 Le médecin généraliste.....                             | 23        |
| 3.2.2.2.1 Etudier les pratiques spécifiques des MG.....         | 23        |
| 3.2.2.2.2 La sociologie de la MG.....                           | 23        |
| 3.2.2.2.3 La relation médecin-patient.....                      | 24        |
| 3.2.2.3 Les essais thérapeutiques.....                          | 24        |
| 3.2.2.4 Le système de soins.....                                | 24        |
| 3.2.2.5 La recherche épidémiologique.....                       | 24        |
| 3.2.2.6 Evaluation de la qualité des soins.....                 | 25        |
| <b>3.2.3 Spécificités de méthodes</b> .....                     | <b>25</b> |
| 3.2.3.1 Recherche quantitative.....                             | 25        |
| 3.2.3.1.1 Etudes descriptives.....                              | 25        |
| 3.2.3.1.2 Etudes interventionnelles.....                        | 25        |
| 3.2.3.1.3 Etudes coût-efficacité.....                           | 25        |
| 3.2.3.2 Recherche qualitative.....                              | 26        |

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>3.2.4</b> | <b>La recherche ambulatoire, une spécificité de la MG.....</b> | <b>26</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>INTERET POUR LA SANTE DE LA POPULATION.....</b>             | <b>26</b> |
| <b>3.3.1</b> | <b>Pour augmenter les connaissances biomédicales.....</b>      | <b>26</b> |
| <b>3.3.2</b> | <b>Pour améliorer la qualité des soins.....</b>                | <b>27</b> |
| <b>3.3.3</b> | <b>Pour avoir une meilleure efficacité économique.....</b>     | <b>28</b> |
| <b>3.4</b>   | <b>RECONNAISSANCE DES ACTEURS DE SANTE.....</b>                | <b>28</b> |
| <b>3.4.1</b> | <b>Reconnaissance du patient.....</b>                          | <b>28</b> |
| <b>3.4.2</b> | <b>Reconnaissance de l'investigateur.....</b>                  | <b>28</b> |
| <b>3.4.3</b> | <b>Reconnaissance du chercheur.....</b>                        | <b>29</b> |
| 3.4.3.1      | Reconnaissance académique.....                                 | 29        |
| 3.4.3.2      | Reconnaissance par la rémunération.....                        | 29        |
| <b>3.4.4</b> | <b>Reconnaissance de la discipline.....</b>                    | <b>29</b> |
| <b>3.5</b>   | <b>RISQUES.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>3.5.1</b> | <b>Conflits d'intérêt.....</b>                                 | <b>30</b> |
| 3.5.1.1      | L'industrie pharmaceutique.....                                | 30        |
| 3.5.1.2      | La sécurité sociale.....                                       | 30        |
| <b>3.5.2</b> | <b>Instrumentalisation.....</b>                                | <b>31</b> |
| 3.5.2.1      | De l'investigateur.....  | 31        |
| 3.5.2.2      | Du chercheur.....  | 31        |
| 3.5.2.3      | De la discipline.....  | 31        |
| <b>3.5.3</b> | <b>Positionnement du chercheur.....</b>                        | <b>32</b> |
| 3.5.3.1      | Enjeux de pouvoir.....   | 32        |
| 3.5.3.1.1    | Accéder à la titularisation.....                               | 32        |
| 3.5.3.1.2    | Compétition entre chercheurs.....                              | 32        |
| 3.5.3.1.3    | Des recherches iconoclastes.....                               | 33        |
| 3.5.3.2      | Clivage entre chercheur et praticien.....                      | 33        |
| <b>3.6</b>   | <b>FAISABILITE.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>3.6.1</b> | <b>Conditions indispensables à la recherche.....</b>           | <b>33</b> |
| 3.6.1.1      | La formation.....  | 33        |
| 3.6.1.1.1    | Formation des chercheurs.....                                  | 33        |
| 3.6.1.1.2    | Formation des investigateurs.....                              | 34        |
| 3.6.1.2      | Les collaborations.....  | 34        |
| 3.6.1.3      | Le financement.....  | 34        |
| 3.6.1.3.1    | Financements privés.....                                       | 35        |
| 3.6.1.3.2    | Financements associatifs.....                                  | 35        |
| 3.6.1.3.3    | Financements publics.....                                      | 35        |
| 3.6.1.4      | Les cabinets médicaux comme lieu de la recherche.....          | 36        |
| <b>3.6.2</b> | <b>Les facteurs facilitants de la recherche en MG.....</b>     | <b>36</b> |
| 3.6.2.1      | Une légitimité incontestée.....                                | 36        |
| 3.6.2.2      | L'entrée dans le milieu universitaire.....                     | 36        |
| 3.6.2.3      | Des patients motivés pour participer à la recherche.....       | 37        |
| 3.6.2.4      | Des MG motivés pour faire de la recherche.....                 | 37        |

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| 3.6.2.5      | Accès aux données.....                                    | 38        |
| <b>3.6.3</b> | <b>Les freins à la recherche en MG.....</b>               | <b>39</b> |
| 3.6.3.1      | Freins à la recherche liés aux représentations.....       | 39        |
| 3.6.3.1.1    | Représentations de la recherche en médecine.....          | 39        |
| 3.6.3.1.1.1  | <i>Méconnaissance et stéréotypes</i> .....                | 39        |
| 3.6.3.1.1.2  | <i>Vision réductrice</i> .....                            | 39        |
| 3.6.3.1.1.3  | <i>Méfiance des patients</i> .....                        | 39        |
| 3.6.3.1.2    | Représentations de la recherche en MG.....                | 40        |
| 3.6.3.1.2.1  | <i>Une vision par défaut</i> .....                        | 40        |
| 3.6.3.1.2.2  | <i>Une réalité internationale méconnue</i> .....          | 40        |
| 3.6.3.2      | Freins à la recherche liés à la pratique.....             | 40        |
| 3.6.3.2.1    | Pour l'investigateur.....                                 | 40        |
| 3.6.3.2.1.1  | <i>Manque de temps</i> .....                              | 40        |
| 3.6.3.2.1.2  | <i>Problème de disponibilité</i> .....                    | 41        |
| 3.6.3.2.1.3  | <i>Problème de la rémunération</i> .....                  | 41        |
| 3.6.3.2.1.4  | <i>Problème lié à l'exercice isolé</i> .....              | 42        |
| 3.6.3.2.1.5  | <i>Problème de prendre du recul</i> .....                 | 42        |
| 3.6.3.2.2    | Pour le chercheur.....                                    | 42        |
| 3.6.3.2.2.1  | <i>Le financement</i> .....                               | 42        |
| 3.6.3.2.2.2  | <i>La triple mission universitaire</i> .....              | 42        |
| 3.6.3.2.3    | Pour la discipline.....                                   | 43        |
| 3.6.3.2.3.1  | <i>La MG est une spécialité jeune</i> .....               | 43        |
| 3.6.3.2.3.2  | <i>Le manque de publication</i> .....                     | 43        |
| 3.6.3.2.3.3  | <i>Une logistique très lourde</i> .....                   | 44        |
| 3.6.3.3      | Freins à la recherche liés à un manque de motivation..... | 44        |
| 3.6.3.3.1    | Des médecins.....   | 44        |
| 3.6.3.3.2    | Des patients.....   | 45        |
| <b>3.6.4</b> | <b>Les solutions envisagées.....</b>                      | <b>45</b> |
| 3.6.4.1      | Organisation de la recherche.....                         | 45        |
| 3.6.4.1.1    | Ancrage dans la pratique.....                             | 45        |
| 3.6.4.1.2    | Développement de réseaux.....                             | 45        |
| 3.6.4.1.3    | Informatisation.....                                      | 45        |
| 3.6.4.1.4    | Aide logistique et infrastructure.....                    | 46        |
| 3.6.4.1.5    | Valorisation des thèses.....                              | 46        |
| 3.6.4.1.6    | Développer une ligne budgétaire de MG.....                | 46        |
| 3.6.4.2      | Organisation du système de santé.....                     | 46        |
| 3.6.4.2.1    | Regroupement des professionnels de santé.....             | 46        |
| 3.6.4.2.2    | Délégation des tâches.....                                | 47        |
| 3.6.4.2.3    | Remplacement et continuité des soins.....                 | 47        |
| 3.6.4.2.4    | Vers un nouveau mode de rémunération.....                 | 47        |
| 3.6.4.2.5    | Revalorisation du rôle des MG.....                        | 47        |
| <b>4.</b>    | <b>DISCUSSION.....</b>                                    | <b>48</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>UNE RECHERCHE NECESSAIRE.....</b>                      | <b>48</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>UNE RECHERCHE LEGITIME.....</b>                        | <b>48</b> |
| <b>4.3</b>   | <b>UNE DIFFICULTE A DEFINIR LA MEDECINE GENERALE.....</b> | <b>49</b> |

|               |   |           |
|---------------|---|-----------|
| <b>4.4</b>    | <b>UNE DIFFICULTE A DEFINIR LA SPECIFICITE DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE.....</b>        | <b>49</b> |
| <b>4.5</b>    | <b>LA RECONNAISSANCE DE LA MG PASSE PAR LA RECHERCHE, LA PUBLICATION ET L'ENSEIGNEMENT.....</b> | <b>50</b> |
| <b>4.6</b>    | <b>UNE RECHERCHE ANCREE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE.....</b>                                      | <b>51</b> |
| <b>4.7</b>    | <b>UNE RECHERCHE LIMITEE PAR DES OBSTACLES PRATIQUES.....</b>                                   | <b>51</b> |
| <b>4.7.1</b>  | <b>Le manque de temps.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>4.7.2</b>  | <b>Le mode de rémunération par le paiement à l'acte.....</b>                                    | <b>52</b> |
| <b>4.7.3</b>  | <b>La difficulté du recrutement.....</b>  | <b>52</b> |
| <b>4.7.4</b>  | <b>Les difficultés logistiques.....</b>   | <b>52</b> |
| <b>4.8</b>    | <b>UNE NECESSITE DE STRUCTURER LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE.....</b>                       | <b>53</b> |
| <b>4.8.1</b>  | <b>L'importance de la formation.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>4.8.2</b>  | <b>La création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de recherche.....</b>                | <b>53</b> |
| <b>4.8.3</b>  | <b>Un aménagement du financement.....</b>   | <b>54</b> |
| <b>4.9</b>    | <b>LE BESOIN DE RECHERCHE REpond A UNE DEMANDE DE LA SOCIETE.....</b>                           | <b>54</b> |
| <b>4.10</b>   | <b>LA VALIDITE DE L'ETUDE.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>4.10.1</b> | <b>Les points forts.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>4.10.2</b> | <b>Le problème de la saturation des données.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>4.10.3</b> | <b>La représentation des femmes.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>5.</b>     | <b>CONCLUSION.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>6.</b>     | <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>7.</b>     | <b>ANNEXES.....</b>   | <b>60</b> |
| <b>7.1</b>    | <b>ANNEXE 1 : Guide d'entretien à l'attention des modérateurs.....</b>                          | <b>60</b> |
| <b>7.2</b>    | <b>ANNEXE 2 : Guide d'entretien à l'attention des observateurs.....</b>                         | <b>63</b> |
| <b>7.3</b>    | <b>ANNEXE 3 : Canevas d'entretien.....</b>  | <b>65</b> |

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **AFSSAPS** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- **AMM** : Autorisation de mise sur le marché
- **ANR** : Agence nationale de la recherche
- **ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- **ARC** : Attaché de recherche clinique
- **CHU** : Centre hospitalo-universitaire
- **CIC** : Centre d'investigation clinique
- **CNGE** : Collège national des généralistes enseignants
- **DMP** : Dossier médical partagé
- **EBM** : Evidence based medicine
- **ECA** : Enseignant clinicien ambulatoire
- **FG** : Focus groups
- **FICQS** : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- **FIR** : Fonds d'intervention régional
- **FMC** : Formation médicale continue
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HU** : Hospitalo-universitaire
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **INVS** : Institut nationale de veille sanitaire
- **MG** : Médecine générale / Médecins généralistes
- **MGU** : Médecins généralistes universitaires
- **MHU** : Médecins hospitalo-universitaires
- **P** : Patients
- **PCR** : Polymerase chain reaction
- **PH** : Praticien hospitalier
- **PU** : Professeur des universités
- **PHRC** : Programme hospitalier de recherche clinique
- **PIB** : Produit intérieur brut
- **SFMG** : Société française de médecine générale
- **URML** : Union régionale des médecins libéraux
- **WONCA** : Organisation mondiale des médecins généralistes
- **WONCA EUROPE** : Branche européenne de la WONCA

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 CONTEXTE

La médecine générale (MG) occupe une place prépondérante dans le système de santé français. En tant que premier recours pour les patients, les médecins généralistes (MG) sont amenés à côtoyer une part importante de la population, et à faire face à une grande diversité de problèmes de santé. Egalement désignée selon les pays sous les appellations de « General Practice », « Family Medicine » ou « Primary Care », la médecine de soins primaires est une entité à part entière et ces divergences de nom sont davantage dues au système de santé qui les sous-tend qu'à des divergences conceptuelles à l'échelle internationale.<sup>1</sup>

La place prépondérante de cette discipline dans notre système de santé justifie l'existence d'un questionnement scientifique spécifique. Ainsi, la conférence de la WONCA à Kingston (Canada) en 2003<sup>2</sup> a défini la recherche en soins primaires comme un enjeu de santé publique dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé de la population générale par la sommation de l'état de santé des individus qui la compose.

En effet, la recherche est une condition nécessaire à une médecine de haute qualité.<sup>3</sup> Ce besoin de recherche est sous-tendu par le modèle de White<sup>4</sup> qui expose que tout système de santé équilibré se doit de répondre à l'ensemble des problèmes de santé d'une population et nécessite donc une répartition équitable des moyens nécessaires à la recherche.

Pourtant, alors que la majorité des problèmes de santé relève des soins primaires<sup>5</sup>, la recherche en médecine générale reste sous-développée en France. La majeure partie des ressources est consacrée à la recherche hospitalo-universitaire, bien que celle-ci concerne peu les spécificités de la population de médecine générale, à l'exception partielle des recherches épidémiologiques et de santé publique.

Cette situation paradoxale, décrite sous le terme de « loi d'inverse opportunité »<sup>6</sup> prend en partie naissance dans les ordonnances Debré de 1958<sup>7</sup>, qui ont concentré les recherches scientifiques dans les centres hospitalo-universitaires (CHU), développant ainsi les progrès des connaissances scientifiques spécialisées et leur diffusion, mais écartant du même coup les recherches ambulatoires de la recherche universitaire.

Ce manque de données scientifiquement pertinentes<sup>8</sup> fait qu'il existe une sous-utilisation du concept de médecine fondée sur les preuves (EBM) en médecine générale<sup>9</sup>. En effet, l'EBM situe la décision médicale à l'intersection des connaissances scientifiques, de la pratique du médecin et d'une éthique prenant en compte le patient dans sa globalité<sup>10</sup>. Or les recommandations actuelles sont issues majoritairement de la recherche hospitalo-



universitaire. Elles sont le plus souvent inadaptées à la population de médecine générale et donc difficiles à mettre en œuvre.

Malgré un contexte défavorable, à la fois par un manque de financement et de formation, les départements universitaires de médecine générale (DUMG), les sociétés savantes et les réseaux locaux ont malgré tout réussi à maintenir une recherche sur des questions cruciales de la médecine générale<sup>11</sup>. Malheureusement ces efforts méritoires n'ont pas donné lieu à une production suffisante de travaux de recherche, entraînant un déficit de publication tant au niveau national qu'international. Au niveau européen, le nombre de publications de travaux de recherche en médecine générale est très variable selon les pays<sup>12</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 de 2 à 5%, la France n'était à l'origine que de 1% des articles, sans tendance à une augmentation durant cette période.

L'entrée de la médecine générale dans la filière universitaire (décret du 28 juillet 2008) et l'obligation de l'organiser (décret du 29 avril 2009) participent à la légitimité de la médecine générale en tant que spécialité. Néanmoins, la médecine générale a tout autant besoin de gagner une reconnaissance académique que de développer une conscience d'elle-même en tant qu'entité, notamment par une culture de recherche basée sur ses propres méthodologies et ses propres structures de publication et d'information.

La recherche en médecine générale est donc à la fois un enjeu crucial de santé publique et un facteur d'autonomie et de légitimation pour la discipline<sup>13</sup>. Pourtant, malgré une attitude positive vis-à-vis de la recherche et de l'EBM<sup>14</sup> de la part des médecins généralistes, des contradictions apparaissent entre ce désir exprimé de recherche et la participation réelle aux travaux.<sup>15</sup>

Certaines études ont déjà tenté de préciser ces contradictions. Même s'il existe des problèmes complexes identifiés dans le développement de la recherche, notamment vis-à-vis du recrutement, du fait de la proximité du patient, de son approche globale et des conditions d'exercice<sup>16</sup>, certains problèmes n'ont pu être identifiés en raison de la méthodologie employée pour ces études (questionnaire fermé incomplet<sup>17</sup>, population trop restreinte interrogée).

Il apparaît donc que la recherche qualitative soit la méthode la plus à même de répertorier et de comprendre les représentations des acteurs de santé<sup>18</sup> qui sont à l'origine de ces contradictions.

## **1.2 QUESTION ET OBJECTIFS**

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

L'objectif principal est de décrire les représentations de la recherche en médecine générale chez les différents acteurs concernés et les objectifs secondaires sont de comparer ces représentations et d'identifier les freins et les facteurs facilitants à la recherche en médecine générale.

## **2. METHODES**

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

C'est une étude qualitative menée par entretiens collectifs, dits « focus groups »(FG), pour explorer et décrire les représentations de la recherche clinique en MG.

Ils permettent d'étudier la variété des opinions 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 contexte de discussion ouverte favorisant l'expression et l'échange d'opinions controversées.

### **2.2 ECHANTILLONS**

Les échantillons ont été composés en intégrant des acteurs du système de santé concernés par le sujet, en les regroupant selon leur discipline et leur implication dans la recherche.

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

5 catégories d'acteurs ont été distinguées :

- Médecins généralistes sans activité de recherche en soins primaires (MG)
- Médecins généralistes avec une activité de recherche en soins primaires (MGU)
- Médecins hospitaliers exerçant une activité de soins (MHU)
- Chercheurs d'autres disciplines (philosophe, statisticien, sciences médicales, pharmacologue...) (HU)
- Patients (P)

## **2.2.2 Entretiens collectifs**

Les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné.

## **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 entre avril et mai 2010, en après-midi ou en soirée, dans des lieux calmes, propices à la discussion, sans évènement extérieur pouvant modifier l'ambiance de confiance mutuelle, à Tours pour les médecins et les chercheurs, à Chenonceau (41) pour le groupe des patients.

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

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

### **2.3.2 Observation**

Tous les entretiens collectifs 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 d'entretien a été fourni aux modérateurs et aux observateurs.

Il contenait 7 questions ouvertes. (Annexe 3). Pour les 5 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, excepté pour le groupe des patients.

- 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 ?
- Une question supplémentaire a été posée aux patients : Comment pourriez-vous imaginer être utile pour développer la recherche? Pourriez-vous imaginer être à l'origine d'une question de recherche ?

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

L'analyse a été conduite selon la méthode de la théorisation ancrée de Glaser.<sup>21</sup>

Elle a été réalisée sur le texte retranscrit (verbatim), complété des notes recueillies par les modérateurs et observateurs durant la séance. L'approche était inductivo-déductive, reposant sur l'encodage des données recueillies et sur la formulation d'hypothèses à partir des données. Codage et analyse ont été réalisés à l'aide du **logiciel QSR-NVivo 9**.<sup>22</sup>

## **3. RESULTATS**

### **3.1 ECHANTILLONS ANALYSES**

30 personnes ont été recrutées dans 5 entretiens collectifs réalisés en région Centre, entre avril 2010 et Mai 2010 dont les caractéristiques sont listées dans le tableau 1. La taille des effectifs a permis la diversité du recueil de données.

**Tableau 1 :**Caractéristiques  
des participants

|   | <b>Patients<br/>(P)<br/>n=7</b> | <b>Médecins<br/>généralistes<br/>(MG)<br/>n=5</b> | <b>Médecins<br/>généralistes<br/>universitaires<br/>(MGU)<br/>n=7</b> | <b>Universitaires<br/>non<br/>médecins<br/>(HU)<br/>n=6</b> | <b>Médecins<br/>Hospitalo-<br/>universitaires<br/>(MHU)<br/>n=5</b> |
|---|---------------------------------|---|---|---|---|
| <b>Age médian</b>                           | 55 ans<br>(39 à<br>75)          | 51 ans<br>(de 42 à 56)                            | 46 ans<br>(de 28 à 59)  | 49 ans<br>(de 36 à 63)                                      | 55 ans<br>(de 34 à 70)  |
| <b>Sexe</b>                                 |                                 |   |   |   |   |
| Masculin                                    | 4 (57%)                         | 4 (80%)   | 4 (57%)   | 5 (83%)   | 5 (100%)  |
| Féminin                                     | 3 (43%)                         | 1 (20%)   | 3 (43%)   | 1 (17%)   | 0   |
| <b>Lieu<br/>d'habitation/d'exercice</b>     |                                 |   |   |   |   |
| Rural                                       | 6 (86%)                         | 2 (40%)   | 5 (71%)   | -   | 0   |
| Urbain                                      | 1 (14%)                         | 3 (60%)   | 2 (29%)   | -   | 5 (100%)  |
| <b>Spécialité</b>                           |                                 |   |   |   |   |
| Médicale                                    | -                               | -   | -   | -   | 3 (60%)   |
| Chirurgicale                                | -                               | -   | -   | -   | 2 (40%)   |
| Autres                                      | -                               | -   | -   | -   | -   |
| <b>Secteur conventionnel</b>                |                                 |   |   |   |   |
| Secteur 1                                   | -                               | 5 (100%)  | 7(100%)   | -   | -   |
| Secteur 2                                   | -                               | 0   | 0   | -   | -   |
| <b>Pathologie chronique</b>                 |                                 |   |   |   |   |
| Oui   | 4 (57%)                         | -   | -   | -   | -   |
| Non   | 3 (43%)                         | -   | -   | -   | -   |
| <b>Enseignant clinicien<br/>ambulatoire</b> |                                 |   |   |   |   |
| Oui   | -                               | 4 (80%)   | 7 (100%)  | -   | -   |
| Non   | -                               | 1 (20%)   | 0   | -   | -   |
| <b>Mode d'exercice</b>                      |                                 |   |   |   |   |
| Seul  | -                               | 3 (60%)   | 1 (14%)   | -   | -   |
| En groupe                                   | -                               | 2 (40%)   | 6 (86%)   | -   | -   |

## 3.2 SPECIFICITES DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

### 3.2.1 Spécificités de populations

#### 3.2.1.1 Des populations hospitalières et de MG différentes

Cette différence est ressentie par les patients et les chercheurs universitaires.

HU6 : « *Et ce sont probablement pas les mêmes études que celles qu'on fait à l'hôpital parce que ce sont pas les mêmes patients (Il insiste sur le mot). (...) et puis l'essai pragmatique où on prend le tout-venant quoi. Ben la médecine générale je mettrais plutôt dans la deuxième catégorie* »

**M1** : « ***C'est-à-dire, c'est pas les mêmes patients ? Si je comprends bien, c'est ça que vous voulez dire ?*** » P1 : « *C'est pas les mêmes patients, oui.* »

Un MGU établit même un parallèle avec les patients d'autres spécialités qui s'exercent en ambulatoire.

MGU7 : « *Pour autant, je pense qu'ils sont confrontés à la même chose que nous, c'est que les patients hospitalisés dans les services de neurologie ne sont pas les mêmes que les patients qui consultent un neurologue en ville.* »

#### 3.2.1.2 Une population importante et diversifiée

Les patients insistent sur ces deux aspects et un philosophe décrit l'originalité de la médecine générale par sa diversité.

P1 : « *Un médecin généraliste va toucher une population beaucoup plus importante.* »

P7 : « *Beaucoup plus diverse surtout.* »

HU4 : « *l'originalité d'une recherche en médecine générale, elle serait pas dans les éléments ou les composants, elle serait dans le mélange.* »

#### 3.2.1.3 Des pathologies spécifiques

Les chercheurs universitaires décrivent les pathologies qui font le quotidien des MG et qui devraient donc être étudiées par les MG.

HU3 : « *Non, mais y'a toutes les maladies que ne voient que les généralistes.* »

HU2 : « *C'est les lumbagos, c'est ces pathologies archi-courantes que tu peux voir à l'hôpital mais c'est pas les mêmes que tu vois à l'hôpital et en ville. La pathologie courante, moi j'ai du mal à imaginer que la migraine, l'insomnie ne soient pas évaluées en médecine générale par exemple.* »

HU3 : « *la dépression banale, enfin si tant est que ça soit banal, doit être évaluée chez vous. Donc à vous de dire « mon problème quotidien, c'est la dépression, c'est le mal de dos ».* »

#### 3.2.1.4 Des pathologies vues aux stades précoces

Une des spécificités de la MG est de pouvoir traiter les pathologies dès les premiers symptômes.

P1 : « *Si on fait de la recherche sur l'hôpital, c'est des gens qui ont déjà une maladie un petit peu avancée. (Acquiescement de M1) Alors que la recherche euh, d'un médecin généraliste c'est de prendre euh au départ.* »

HU4 : « *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. Ça, 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.* »

### 3.2.2 Spécificités de domaines

#### 3.2.2.1. Le patient

##### 3.2.2.1.1 Le patient dans son environnement global

Tous les acteurs du système de santé conçoivent la MG comme la seule spécialité qui prend le patient comme un ensemble global, incluant son corps, son psychisme, son environnement social.

MHU1 : « *Je crois que la spécificité de la recherche en médecine générale, c'est l'étude descriptive. C'est la description des symptômes, c'est la description de l'état du patient, de son environnement psycho-social* »

MG1 : « *Qui sont toute une série de tâches euh, notamment sociales, notamment d'accompagnement. Donc qui sont vraiment spécifiques de la médecine générale* »

HU5 : « *Est-ce que ça ne devrait pas relever aussi de la globalité de la personne, parce que le médecin généraliste est pratiquement le seul à voir un patient global, ou de manière globale.* »

##### 3.2.2.1.2 La prévention des maladies

Les patients évoquent une recherche sur la prévention des maladies.

P4 : « *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 ? »*

### 3.2.2.1.3 L'éducation thérapeutique

Les médecins hospitaliers évoquent une recherche sur l'éducation thérapeutique.

MHU5 : *« L'éducation thérapeutique de Me Bachelot, enfin que Me Bachelot a officialisé est une chose remarquable. Et c'est là où peut-être y'a un créneau terrible pour la médecine générale. »* (...) MHU4 : *« Evaluer l'éducation thérapeutique, c'est de la recherche. »*

### 3.2.2.2. Le médecin généraliste

#### 3.2.2.2.1 Etudier les pratiques spécifiques des médecins généralistes

Ce thème de recherche importe beaucoup aux médecins hospitaliers et aux MG.

MHU4 : *« 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 »*

MHU5 : *« Donc je pense que l'épidémiologie, les sciences humaines, ça me paraît beaucoup plus, euh, pertinent, ou les pratiques... »*

#### 3.2.2.2.2 La sociologie de la médecine générale

L'étude sociologique de la médecine générale est décrite comme un impératif actuel de recherche par les MG.

MG1 : *« je pense que ce qui manque surtout en médecine générale, c'est plus de recherche sociologique (...) je trouve qu'en ce moment l'impératif, c'est pas l'impératif technique. Mais c'est plutôt l'impératif sociologique, c'est-à-dire comment on va organiser notre métier. »*

MHU3 : *« je pense, et c'est pour ça qu'on a introduit un peu la notion d'étude qualitative, c'est qu'il y a toute la sociologie de la médecine générale qui est quand même un peu particulière par rapport aux autres spécialités. »*

#### 3.2.2.2.3 La relation médecin-patient

Singulière et au cœur de la prise en charge du patient, la relation médecin-patient est un domaine de recherche évident pour les participants.

MHU4 : *« On va dire qu'il y a la relation, c'est la relation patient- malade, euh patient-médecin par exemple. Tous ces aspects-là qui peuvent être importants aussi. »*

MG4 : *« Après ça peut englober, ça peut être la relation entre le médecin et le patient... »*



### 3.2.2.3. Les essais thérapeutiques

Les essais thérapeutiques sur des médicaments en post AMM font partie des domaines de recherche que l'on peut observer actuellement en MG, un fait relevé par l'ensemble des acteurs, même si cela n'en fait pas une caractéristique spécifique.

MHU3 : « *Mais en réalité tous les essais pragmatiques, ils sont très nombreux en fait, sont faits par le médecin de ville, on va dire. Pas forcément le généraliste, ça peut être aussi le cardiologue de ville.* »

MG3 considère qu'il participe à la recherche par les essais thérapeutiques. « *Pour moi la recherche c'est toutes sortes de registres différents, mais je pratique beaucoup d'essais thérapeutiques euh, j'ai l'impression de participer à de la recherche.* »

P4 : « *lorsqu'un médicament sort, qu'il est, qu'il est, qu'il vient de euh, d'arriver sur le marché, est-ce que effectivement il n'y a pas une recherche euh, qui se situe au-delà euh de, de la, de la recherche euh en laboratoire, euh, dans les premiers temps du développement du médicament euh... (M1 : **Après l'autorisation de mise sur le marché, bien, d'accord.**) Voilà, parce que ça c'est peut-être aussi une recherche de euh, de médecine générale* »

### 3.2.2.4. Le système de soins

MHU4 décrit une recherche qui s'intéresse à l'organisation du système de santé. « *La recherche en médecine générale elle est probablement plus (...) sur d'autres aspects qui ne sont plus liés à la maladie, ou même au patient, mais qui sont des aspects plus organisationnels de la prise en charge médicale.* »

### 3.2.2.5. La recherche épidémiologique

Décrite comme un impératif majeur de recherche en soins primaires du fait d'un manque de données dans ce domaine en France actuellement, la recherche épidémiologique est au centre des représentations de tous les acteurs.

HU1 : « *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.* »

MG1 : « *Alors, moi je noterais par exemple l'épidémiologie, qui est vraiment, je trouve, un manque absolu dans le pays. C'est-à-dire on fait des choses mais on sait pas si ces choses sont efficaces. On sait pas quel est leur résultat global, la plupart du temps. (...) Donc on a un manque vraiment profond en épidémiologie...* »

P4 s'interroge sur la possibilité, à travers l'épidémiologie, de surveiller l'émergence de nouvelles pathologies : « *je pense que la recherche que peut faire un médecin généraliste c'est peut-être (...) au niveau de, euh du fait de déceler des nouvelles pathologies?* »

MG5 s'intéresse à l'influence de l'environnement : « *mais ça peut être de la recherche entre le rapport d'une maladie et l'environnement, enfin je sais pas moi, je vois bien un truc comme ça maintenant après.* »

### 3.2.2.6. Evaluation de la qualité des soins

MG1 évoque des conditions de travail de plus en plus lourdes pour les médecins généralistes et s'interroge sur la répercussion en terme de qualité des soins prodigués aux patients : « *on a de moins en moins de temps et je constate quand même une dégradation progressive de la qualité des soins. (...) Y'a pas d'appréciation de la qualité de la médecine générale pratiquée. Je parle pas pour le cabinet isolé, je parle d'une manière globale, et voir comment les contraintes de temps, les contraintes du nombre de malades à voir par jour, la masse de la clientèle à traiter, fait qu'il y a une dégradation progressive, à mon avis, de la qualité des soins.* »

## 3.2.3 Spécificités de méthodes

### 3.2.3.1 Recherche quantitative

#### 3.2.3.1.1 Etudes descriptives

Elles sont décrites comme étant l'apanage de la recherche en MG.

MHU1 : « *Je crois que la spécificité de la recherche en médecine générale, c'est l'étude descriptive.* »

#### 3.2.3.1.2 Etudes interventionnelles

Pour MHU1, l'intérêt de la recherche en MG devrait être de modifier le système de santé, alors que les recherches qui sont faites actuellement sont essentiellement descriptives: « *la recherche en médecine générale devrait être une médecine avec des applications.* » (...) *on a 95% qui sont des études descriptives, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, qui n'ont pas d'action sur la santé, alors que c'est le but de l'action en médecine générale.* »

HU1 : « *Alors que la médecine générale, elle a cet avantage d'étudier en globalité. Donc elle*

*a plus de chances d'en tirer des conclusions pour agir sur le système de santé. »*

#### 3.2.3.1.3 Etudes coût-efficacité

Le contexte économique n'épargnant pas la santé, les participants évoquent une recherche sur l'idée d'une meilleure efficacité socio-économique.

MHU3 : *« Ca ne peut être que des analyses « coût-efficacité ». »*

#### 3.2.3.2 Recherche qualitative

La recherche qualitative est une méthode abordée par les MHU comme une nouveauté, et comme une recherche subjective.

MHU4 : *« on découvre donc, euh, de façon récurrente maintenant dans les thèses de médecine générale donc, de la recherche qualitative qui est quelque chose de nouveau. Bon alors, avec laquelle on a du mal, hein, faut bien le reconnaître. »*

MHU2 : *« à partir du moment où les gens manient des instruments, ils peuvent faire une recherche. (M1 : **D'accord. C'est le côté objectif de la mesure ?**) Oui, tandis que la médecine générale, c'est quand même subjectif ! »*

La recherche qualitative apparaît donc comme une spécificité de la recherche en médecine générale, à tel point que MHU4 assimile la recherche en médecine générale à de la recherche qualitative: *«je participe un peu, voire souvent même au jury des thèses de médecine générale. 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. »*

#### 3.2.4 La recherche ambulatoire, une spécificité de la médecine générale

Plusieurs groupes s'étonnent de l'absence de recherche ambulatoire dans les autres spécialités médicales ambulatoires.

MHU4 : *« si on prend le groupe des médecins qui travaillent en médecine libérale, en médecine ambulatoire, je ne suis pas sûr que dans les autres spécialités, euh ils aient développé beaucoup de recherche. »*

MG1 : *« Non mais y'a pas de recherche libérale. Y'a de la recherche vraiment dans le libéral ?»*

MGU3 : *« Toutes les spécialités n'ayant d'ailleurs jamais bizarrement envisagé la recherche en secteur ambulatoire, ce qui me semble... (Il regarde tour à tour tous les membres de l'assemblée comme pour les prendre à partie) ...complètement ahurissant !*

Une spécificité qui peut s'expliquer par le fait que « *On est la seule spécialité qui ne s'exerce pas à l'hôpital.* » comme le remarque MGU6.

Ou encore du fait d'une simplification logistique comme le souligne MGU2 : « *Je disais que dans les spécialités autres que médecine générale euh, ils le faisaient probablement en hôpital parce que c'était beaucoup plus simple à mettre en œuvre, déjà du fait des coûts.* »

### **3.3 INTERET POUR LA SANTE DE LA POPULATION**

#### **3.3.1 Pour augmenter les connaissances biomédicales**

Par définition, toute recherche vise à augmenter la somme des connaissances dans une discipline donnée.

MHU3 : « *alors qu'est-ce que veut dire recherche, ça veut dire augmentation des connaissances, acquisition des connaissances biomédicales.* »

MG3 : « *ça me semble être une démarche qui porte à essayer de, d'apporter une meilleure connaissance, je dirais, de certains phénomènes, ou d'approches, de diagnostics ou thérapeutiques* »

HU6 : « *Dans la mesure où c'est pour augmenter les connaissances...* » HU3 : « *La recherche, c'est quand même le but. L'objectif, c'est ça quand même !* »

Pour les MGU, l'intérêt de la recherche en MG est de répondre à des questions fondamentales que les MG se posent tous les jours.

MGU7 : « *Et puis avoir des réponses aux questions qu'on se pose en pratique, enfin !* »

MGU1 : « *on a des problèmes spécifiques dans la médecine générale comme elle se pratique actuellement, où on n'a pas de réponses et où je vois pas d'autres solutions que de faire des recherches pour essayer de trouver des réponses.* »

Plus particulièrement, les médecins généralistes, universitaires ou non, y voient le moyen d'obtenir enfin des recommandations clairement applicables en pratique et pour la majorité des patients.

MGU7 : « *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.* »

MG1 : « *Je pense que l'intérêt(...) d'être plus associé à la recherche, ce serait que lorsqu'on a des conférences de consensus sur des attitudes à tenir par exemple, ça soit plus proche de notre pratique et parfois réalisable(...) Donc faire de la recherche avec la participation des généralistes pourrait peut-être éviter qu'on nous donne des attitudes à tenir impossibles.* »

### 3.3.2 Pour améliorer la qualité des soins

Le but de la recherche est d'augmenter les connaissances. Mais les patients rappellent que l'intérêt est quand même d'améliorer la santé de l'humanité.

P3 : « *Quelque part on cherche toujours à faire le bien, euh cette recherche a pour objectif final de euh, d'améliorer en fait la santé des patients.* »

P1 : « *Je crois que le chercheur, c'est quelqu'un qui a déjà une volonté personnelle d'amener quelque chose à l'humanité.* »

MHU3 : « *Donc voilà, dans la vision du truc, il faut que ça serve à quelque chose. Même fondamentalement, il faut que ça serve à quelque chose.* »

Un MG suggère même que la recherche pourrait donner lieu à des campagnes d'information.

MG2 : « *Ça peut déboucher sur des campagnes de santé publique après.* »

HU3 rappelle que la recherche doit être utile : « *La recherche, il faut forcément... Le minimum c'est qu'elle soit archi pertinente. Si elle est pas pertinente cliniquement pour le malade(...), je pense qu'il faut pas la faire.* »

Et MHU3 avertit que non seulement une recherche non publiée est inutile, mais qu'en plus elle peut être néfaste et que dès lors : « *non seulement on a perdu notre temps, mais on a fait courir des risques supplémentaires à nos patients.* »

### 3.3.3 Pour avoir une meilleure efficacité économique

Les patients sont très au fait des réalités socio-économiques et s'interrogent sur l'intérêt d'une recherche visant à donner les mêmes soins à un coût inférieur.

P4 : « *le rôle du médecin généraliste n'est peut-être pas aussi, du fait on parlait de la sécurité sociale qui connaît un gouffre euh financier énorme, euh c'est d'essayer de, de rechercher, de maintenir le, la même qualité de soin, à des coûts moindres finalement.* »

P3 : « *Oui mais on, on, on perçoit malgré tout que, il y a euh, derrière il y a des enjeux, je pense, financiers énormes, euh, qui doivent peser assez lourdement...* »

### 3.4 RECONNAISSANCE DES ACTEURS DE SANTE

#### 3.4.1 Reconnaissance du patient

La relation singulière médecin-patient est source d'inquiétude sur le recrutement pour les jeunes chercheurs. Mais les chercheurs chevronnés reconnaissent plutôt une certaine fierté du patient à être inclus dans un protocole de recherche.

MHU3 : « *Tous les médecins (...) généralistes qui avaient tous les mêmes réticences, qui ont participé à cette première étude, ont été stupéfaits de voir la facilité avec laquelle les patients répondaient. Aucun problème...* » MGU6 : « *Non seulement c'est facile mais en plus ils sont contents...* » MGU5 : « *Oui, oui, oui, ils sont plutôt fiers...* » MGU6 : « *Oui fiers et puis c'est une autre façon de s'intéresser à eux.* »

Les MHU évoquent même une rémunération possible du patient, acteur du système de recherche à part entière.

M2 : « ***Donc on parle du mode de rémunération des médecins généralistes finalement.*** » MGU5 : « *(...) Et éventuellement des patients d'ailleurs. Quand on fait de la recherche quali, qu'on les fait déplacer dans des focus, quelquefois on peut être amené à payer les patients* »

#### 3.4.2 Reconnaissance de l'investigateur

Les différents acteurs décrivent la participation du médecin généraliste en tant qu'investigateur comme un élément servant à le valoriser.

MHU3 : « *être un bon investigateur, c'est on vous donne un protocole, et faut que vous soyez capables d'appliquer le protocole tel qu'il est indiqué, point barre. (...) L'investigateur doit être très rigoureux. Et servile, on va dire aussi.* »

MGU5 : « *L'investigateur, heureusement qu'il est là, et sinon ce serait difficile, mais en gros on lui demande d'être discipliné (...) Mais de savoir, de savoir inclure, là je suis d'accord qu'il y a une difficulté spécifique.* »

MGU3 : « *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 ? »*

Tandis que les chercheurs universitaires insistent sur la rémunération de l'investigateur, essentielle pour son statut.

HU6 : « *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, euh... » HU3 : « Il faut payer ! Payer l'investigateur ! »  
HU6 : « Il faut qu'ils soient payés pour le travail qu'on leur demande. »*

### **3.4.3 Reconnaissance du chercheur**

#### **3.4.3.1 Reconnaissance académique**

Dans la logique universitaire, les chercheurs en MG sont reconnus en tant que chercheurs dans leur domaine spécifique à partir du moment où ils publient. Et la publication valorise leur travail et leur permet ensuite de développer d'autres recherches.

MHU1 : *« 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. »*

HU2 : *« 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. »*

Le statut de chercheur est même décrit comme un métier à part entière.

MHU3 : *« Bon il faut pas mélanger investigateur et chercheur. Chercheur, c'est celui qui a des idées et qui met en place le truc. 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. »*

MHU4 : *« Disons à l'initiative d'une recherche, promoteur de la recherche, c'est presque un métier à part, euh.... C'est pas le fait d'être médecin généraliste, d'être cardiologue, d'être neurologue etc. qui te donnera la possibilité d'être, de faire ça bien. C'est d'avoir les capacités, les compétences pour mettre en place un protocole de recherche, et ça, c'est un métier. Je dirais que c'est un métier. »*

#### **3.4.3.2 Reconnaissance par la rémunération**

La rémunération est indispensable pour être reconnu en tant que chercheur dans une discipline.

MHU5 : *« Et pour ce qui est des chercheurs, de ceux qui font la conception et de ceux qui vont chercher de l'argent, ce qui prend beaucoup de temps et beaucoup d'efforts, il faudrait qu'ils soient soit correctement rémunérés, ce qui est à peu près jamais le cas »*

### 3.4.4 Reconnaissance de la discipline

La recherche ne peut se construire qu'autour d'un domaine spécifique et participe ainsi à la légitimité d'une discipline, au travers des publications.

MHU3 : « *Ben ça veut dire que la recherche, c'est pas publié. (M1 : Il faut la publier ?) Il faut ! C'est le minimum ! (M1 : Ça 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 ?* »

MGU3 : « *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.* »

La recherche en MG est souvent décrite par les acteurs de santé comme la recherche de la spécificité de la MG.

HU2 : « *on peut pas imaginer que la médecine générale soit un truc qui s'intègre comme ça parmi les autres. Il faut qu'elle soit reconnue en tant qu'objet spécifique.* »(...) « *Et donc si vous, vous n'arrivez pas à démontrer aux gens que vous existez, que vous avez une entité, que vous avez une spécificité, que vous êtes euh, que vous existez avec des bordures, euh ça sera difficile toujours de dire qu'on fait de la recherche en médecine générale.* »

MG1 : « *les gens veulent être reconnus spécialistes en médecine générale, c'est parce qu'ils ont pris conscience à mon avis, que la médecine générale a des spécificités. (...) Et ces spécificités-là ne sont pas reconnues. 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 ?* »

## 3.5 RISQUES

### 3.5.1 Conflits d'intérêt

#### 3.5.1.1 L'industrie pharmaceutique

Le risque du financement de la recherche par l'industrie pharmaceutique est clairement identifié par les médecins.

MHU3 : « *Alors les labos pharmaceutiques ne font que ça. Parce que le but, c'est de sponsoriser leur traitement, pour démontrer qu'il est meilleur que l'autre et puis le vendre.* »

Les enjeux financiers font même douter les patients et les médecins de l'objectivité des résultats.

P4 : « *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 honnête mais lorsqu'il y a*



*euh derrière de gros intérêts en jeu, est-ce que le problème de la recherche médicale n'est pas faussé par ces gros intérêts ? »*

*MG1 : « quand on a des résultats, ils sont soit, euh je dirais les résultats du milieu hospitalier, soit des résultats de laboratoire, qui sont quand même en général relativement faussés hein, par l'intérêt je dirais financier du laboratoire. »*

### 3.5.1.2 La sécurité sociale

Une suggestion de financement de la recherche en médecine générale par la sécurité sociale laisse MG1 méfiant.

*MG1 : « 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 le même que les objectifs de la sécurité sociale... » (...) « ses objectifs sont quand même euh, sont quand même avant tout financiers (Plusieurs protagonistes acquiescent) et la recherche c'est quand même avant tout la recherche d'une qualité. Donc là, peut-être qu'on arrive à une espèce de euh, je dirais... de conflits d'intérêts. »*

## 3.5.2 Instrumentalisation

### 3.5.2.1 De l'investigateur

Dans l'organisation de la recherche, les MG et les patients imaginent davantage le MG au niveau du recueil de données.

*MG1 : « Mais moi je ne me vois absolument pas m'occuper du côté analyse, je veux bien m'occuper du recueil des données hein. »*

*P1 : « Il y a quelqu'un qui a une euh, une nouvelle idée et euh, il a besoin de euh... justement des gens qui sont au contact euh... avec la population. Pour vérifier certaines idées. (...) Et avoir un maximum de résultats, parce que euh, un médecin généraliste euh, il y a beaucoup plus de médecins généralistes qu'il n'y a de, qu'il n'y a d'hôpitaux. »*

Par contre, pour les MGU, les MG devraient revendiquer la place qui leur revient dans la recherche.

*MGU3 : « 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 tant qu'on sera pas, tant que les généralistes universitaires ne seront pas les référents des généralistes »*

Interrogés sur la place des MG dans la recherche en médecine générale, les chercheurs universitaires se demandent si les MG accepteraient d'être conduits dans la recherche par des MGU.

HU5 : « *Après la question, c'est effectivement dans quelle mesure cette histoire naturelle peut être faite aujourd'hui par des médecins généralistes sur le terrain conduite par des universitaires en médecine ?* »

### 3.5.2.2 Du chercheur

Les MGU regrettent que les chercheurs des autres spécialités médicales n'utilisent pas leurs compétences et leur terrain d'étude. Cette situation pouvant même conduire à délaisser le chercheur en MG pour la conception d'une étude au risque d'établir un protocole impossible à mettre en pratique.

MGU6 : « *ils découvrent, en rencontrant les généralistes, que finalement ils montent quelquefois des protocoles infaisables euh, parce qu'ils ont pas pensé qu'ils avaient besoin de, d'une réflexion de médecine générale* »

MGU2 : « *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 De la discipline

Les MG universitaires ou non sont agacés à l'idée que la recherche en médecine générale soit faite à leur place, ou sur eux.

MG1 : « *Moi je trouve que ce qui est terrifiant dans ce domaine c'est que finalement y'a des gens qui recherchent pour nous.* »

MG2 : « *Oui c'est un peu agaçant que des sociologues fassent des grandes études sur le médecin généraliste et que t'as aucun généraliste qui a pris part à la discussion, à la réflexion. Donc une étude qui parle de ce que je fais et où y'a pas un pair...* »

Il est évident pour les acteurs de santé que les questions doivent venir des médecins, instillant même le doute sur des recherches qui concerneraient la MG et seraient menées en dehors.

MG1 : « Pour 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. »

**M1** : « *Est-ce que tu irais jusqu'au bout, jusqu'à dire que la question qui ne vient pas du terrain est suspecte a priori ?* » HU6 : « *Je dirais pas qu'elle est suspecte, mais potentiellement qu'elle a pas la même pertinence* »

### **3.5.3 Positionnement du chercheur**

#### 3.5.3.1 Enjeux de pouvoir

##### 3.5.3.1.1 Accéder à la titularisation

Faire de la recherche peut être considéré comme un excellent moyen de faire carrière. Ainsi, MHU2 pense que la majorité des médecins, toutes spécialités confondues, ne se préoccupe de la recherche que le temps d'être nommé « *Je suis persuadé que l'immense majorité des médecins hospitaliers ou universitaires se fiche de la recherche. (...) Ils bossent à fond pour être nommés et après ils retombent sur le malade et le quotidien. (Rires).* »

MHU4 admet avoir fait de la recherche dans ce but : « *Moi j'ai fait de la recherche pour devenir titulaire.* »

##### 3.5.3.1.2 Compétition entre chercheurs

Les chercheurs universitaires font état de la diminution importante des budgets de recherche, introduisant ainsi l'idée qu'il faut avoir un discours de plus en plus convaincant pour réussir à financer la recherche qui nous intéresse.

HU2 : « *ça veut dire que la compétition est plus forte et ça veut dire que la partie molle de la recherche, ça veut dire les gens les moins motivés, ou ceux qui ont le moins de besoins de recherche, ils vont disparaître, ça c'est sûr. Donc si on veut inventer des nouvelles recherches, il faut qu'elles soient puissantes, il faut qu'elles soient motivées, il faut qu'elles soient structurées* »

D'après MGU5, le discours de spécificité de la MG semble être mal vécu par les chercheurs d'autres spécialités qui y jugent une position militante et semblent craindre l'entrée de la MG à l'université.

MGU5 : « *quand on a besoin de patients 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. (...) A partir du moment où tu revendiques la place qui scientifiquement te revient, on oublie le scientifique pour garder le « revendique ». Et t'apparais toujours militant. »*

#### 3.5.3.1.3 Des recherches iconoclastes

Les patients s'appuient sur le passé, en particulier le rejet des travaux du Dr Semmelweis, pour avancer l'idée que la faculté pourrait s'opposer à une recherche.

P1 : *« 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. »*

P4 : *« Ca a du évoluer depuis euh, les temps plus anciens mais, je pense qu'effectivement les idées bien arrêtées des grands mandarins ont freiné l'évolution de la médecine. »*

#### 3.5.3.2 Clivage entre chercheur et praticien

Les MGU considèrent le soin comme la base indispensable de la pratique d'un médecin généraliste. Ils craignent donc le délaissement du soin par les chercheurs, faute de temps.

MGU5 : *« Je vois pas comment on peut faire de l'enseignement sans faire du soin et de la recherche, de la recherche sans faire du soin... (...) On peut pas faire de la recherche sans faire du soin »*

La crainte est aussi celle de voir émerger des chercheurs en MG totalement désolidarisés du soin.

MGU5 : *« je serais très inquiet de voir arriver un corps de chercheurs universitaires euh mono, heu, enfin qui fasse pas de soins en médecine générale. »*

MGU1 : *« j'ai eu peur qu'il y ait que des ... à un moment qu'il y ait que des théoriciens qui travaillent à l'hôpital. »*

Enfin les médecins craignent que la recherche et le recrutement de leurs malades ne fassent perdre à la relation médecin-patient sa singularité.

MG1 : *« Maintenant ça exclut le malade comme un, euh, comme une entité personnelle, enfin ça a un côté un peu impersonnel effectivement, les conférences de consensus. »*

MGU2 : *« (A l'hôpital) Ils n'ont pas du tout la même relation qu'un médecin en ambulatoire a avec son patient (...) c'est vrai que pour l'instant c'est quelque chose que j'appréhende. Après je sais pas si en réalité euh, c'est difficile de, de vraiment recruter ses propres patients en tant qu'investigateur. »*

## 3.6 FAISABILITE

### 3.6.1 Conditions indispensables à la recherche

#### 3.6.1.1 La formation

##### 3.6.1.1.1 Formation des chercheurs

Les MGU s'attachent beaucoup à la transmission du savoir entre l'ancienne génération autodidacte pour la recherche et la génération actuelle qui a reçu une formation en recherche, mais manque d'expérience sur le terrain.

MGU3 : *« on peut espérer le temps que les vieux partent à la retraite qu'il y a une espèce de transmission de compétence à la fois que les jeunes apportent leur compétence théorique en recherche, et nous qu'on passe la compétence pratique, mais dans le cambouis, par rapport à la recherche en médecine générale. »*

Enfin, le fait de participer à l'enseignement de la MG semble un élément essentiel pour se former à la recherche

MG1 : *« 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

De leur propre aveu, les MG ont du mal à savoir quels sont leurs besoins précis en formation, du fait qu'ils ont du mal à concevoir précisément la recherche en MG.

MG1 : *« C'est compliqué de répondre à cette question, parce que ça dépend de ce en quoi va consister la recherche, comme on a déjà du mal à la définir, à savoir ce qui nous serait utile pour la faire c'est encore plus compliqué, si tu veux. »*

Néanmoins certaines formations sont régulièrement évoquées.

MG2 : *« T'as besoin d'une formation « recueil de données ». »*

MG5 : *« A partir de données, moi j'ai pas du tout de notions statistiques. Les études statistiques, ça me dépasse complètement. »*

##### 3.6.1.2 Les collaborations

Pour HU4, philosophe, ce sont les collaborations qui définissent l'originalité de la recherche en médecine générale. *« C'est ce qui me frappe le plus dans la recherche euh médicale, c'est qu'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. »*

Et cette notion de collaborations pluridisciplinaires est évidente aussi pour les MG.

MG5 : *« 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 (...) on est directement concerné, mais aussi d'autres corps de métier possibles »*

Les collaborations évoquées par les MG concernent surtout des secteurs très techniques, méthodologiques, qui relèvent des biostatistiques, de l'épidémiologie ou de toute la gestion de l'organisation d'une recherche.

MG1 : *« Et les objectifs, je pense qu'ils doivent être définis par les généralistes, mais après l'organisation par exemple d'une étude, je ne pense pas que ça ... Enfin y'a peut-être des généralistes qui ont une bi-spécialité. En tout cas, c'est certainement pas moi qui vais décider comment on va, par exemple choisir un panel de malades »*

Par ailleurs, les MG sont bien conscients d'avoir une base de données totalement inexploitée dans leurs dossiers médicaux et une aide informatique pour l'extraire leur paraît indispensable.

MG1 : *« 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. »*

### 3.6.1.3 Le financement

Tous les participants interrogés ont bien conscience de la nécessité de financer la recherche. Pour HU2, trouver des financeurs constitue d'ailleurs une partie importante de sa fonction : *« pour moi la recherche, c'est inventer un discours suffisamment convaincant pour obtenir de l'argent. (...) ça occupe 90% de mon temps de recherche. »*

Mais la difficulté à trouver des financeurs pour la recherche n'est pas spécifique à la médecine générale.

MGU5 : *« C'est pas très spécifique la difficulté de trouver des financeurs, enfin je crois... »*

Et les financeurs non plus ne sont pas spécifiques à la recherche en MG.

MGU5 : *« les mêmes que les autres, les mêmes que la santé en général, c'est-à-dire les sous des industriels, les sous des gens qui se posent des questions... »*

Enfin, il apparaît que les patients se préoccupent finalement peu de qui finance la recherche, du moment qu'elle est faite.

P1 : « *Ceci dit, même un laboratoire, même si, à partir du moment où il a donné... Ça va servir, donc euh, bon, c'est peut-être hypocrite mais en tout cas ça sert. (...) Ce qui compte c'est qu'il y ait une recherche. »*

#### 3.6.1.3.1 Financements privés

Pour la majorité des intervenants, l'industrie pharmaceutique reste la principale source du financement de la recherche.

MGU6 : « *De toute façon en France, la recherche, c'est 90 % les industriels, hein»*

P2 : « *Ah...Moi je vois plus, enfin, moi, je vois plus euh quand même une euh participation importante des labos. »*

Les patients évoquent une petite participation des dons pour la recherche sur les maladies orphelines notamment.

P4 : « *Et que euh, on fait appel euh, à la générosité des, du public. »*

P1 : « *Ce sont peut-être quelques dons annexes comme ça »*

#### 3.6.1.3.2 Financements associatifs

Le financement par les organismes associatifs recouvrent des entités diverses.

MG2 : « *Oui, la recherche URML c'est quand même eux qui ont quand même euh, ils sont au départ de plein de projets de recherche »*

MGU1 : « *Par contre vous pouvez demander aux assurances, hein, privées et publiques, à mon avis eux ça pourrait peut-être les intéresser »*

MHU3 : « *Dans les sociétés savantes où y'a des axes de, comme on dit des pôles d'excellence, c'est le grand mot actuellement, des axes de recherche, ils vont dire : « nous on sponsorise ». »*

#### 3.6.1.3.3 Financements publics

Les financeurs évoqués sont multiples (INVS, INSERM, sécurité sociale...) et s'inspirent de ceux qui existent déjà pour la recherche hospitalière, créant ainsi des équivalents du PHRC.

HU1 : « *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 »*

### 3.6.1.4 Les cabinets médicaux comme lieux de la recherche

Les médecins et chercheurs conçoivent un enracinement de la formation dans la pratique, avec comme lieu de recherche les cabinets de MG.

MGU1 : « *Les terrains déjà il faut que ce soit dans les cabinets de médecine générale (...) Puisque c'est là que ça s'exerce le métier.* »

HU6 : « *Mais les bonnes questions, il faut être sur le terrain pour se les poser. Et euh pour des questions médicales de médecine générale, le terrain, et bien c'est le cabinet avec les patients.* »

MG3 : « *Moi je le conçois que dans mon cabinet, avec mes patients.* »

## 3.6.2 Les facteurs facilitants de la recherche en médecine générale

### 3.6.2.1 Une légitimité incontestée

Les universitaires reconnaissent l'existence de la recherche en MG comme totalement évidente et légitime.

MHU4 : « *Pour répondre à ta question, est-ce qu'il faut faire de la recherche en médecine générale, moi je dirais oui.* »

MHU5 : « *Son existence théorique paraît très importante et nécessaire.* »

MGU3 : « *Donc là on est quand même dans une situation où ici je trouve qu'on a pas tellement à se plaindre sur l'idée qu'un certain nombre de responsables universitaires non généralistes ont compris que la médecine générale devait s'appuyer sur une recherche.* »

HU2 : « *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.* »

### 3.6.2.2 L'entrée dans le milieu universitaire

La plupart des MGU, universitaires et MG estiment que l'intégration de la MG à l'université est un atout pour développer la recherche, notamment grâce aux aides méthodologiques.

HU1 : « *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* »

Les universitaires insistent également sur le fait que l'entrée de la MG à l'université entraîne pour les chercheurs universitaires de médecine générale un devoir de recherche identique au leur.



HU6 : « Nan mais parce que du coup, si vous êtes universitaires de médecine générale, vous avez ce devoir aussi de la même façon que nous. Moi je suis universitaire de statistique, j'ai un devoir de produire des stats. »

MHU3 : « La réponse est dans notre institution. Il faut faire de la recherche. »

Les universitaires évoquent aussi le fait que les chercheurs en médecine générale peuvent s'inspirer des travaux qui ont été faits par la recherche hospitalière, et les retravailler.

HU1 : « reprendre les questions qui se sont un peu posées, s'inclure dans une recherche plutôt que d'initier un problème, une question. Vous retrouvez les questions qui se sont posées aux universitaires depuis longtemps, vous rentrez là-dedans »

### 3.6.2.3 Des patients motivés pour participer à la recherche

Les MGU font part de leurs expériences de recrutement des patients, des expériences toujours positives.

MGU5 : « 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 ? (...) Et les gens qui étaient en face et qui l'avaient déjà fait disaient « mais attends tu vas voir, ils sont ravis, ça pose aucun problème ». Puis après ben t'essaie, tu vois qu'ils sont ravis, que ça pose aucun problème. »

P5 : « Donc là, on est partant, moi je crois, même pour une maladie grave (...) ben parce qu'en fait on se dit qu'on va nous soigner, quoi, qu'on va euh tout faire pour nous soigner, et en plus après ça peut servir à soigner d'autres gens aussi. »

La confiance établie avec leur médecin généraliste est un facteur qui les incite à participer à la recherche.

**M1 : « Est-ce que c'est le fait que c'est votre médecin qui vous la propose qui vous engage à dire oui, parce que vous lui faites confiance ? »** P6 : « Oui. »

Interrogée sur la façon dont ses patients se représentent son activité d'enseignante-chercheuse, MGU7 répond : « Ils s'étonnent que je sois là finalement « à mi-temps (...) Donc je réponds que je suis enseignante et chercheuse à la faculté et ça suscite plutôt de mon point de vue de l'émerveillement... »

### 3.6.2.4 Des médecins généralistes motivés pour faire de la recherche

Les universitaires, médecins ou chercheurs, ont bien compris l'importance de l'envie de recherche des MG.

MHU4 : « *Je dirais même peut-être que y'a peut-être plus une envie en médecine générale de faire de la recherche que dans les autres spécialités en dehors donc du milieu hospitalier* »

HU2 : « *et si vous les généralistes vous avez envie de faire de la recherche, je crois même qu'il faut pas vous poser de questions, il faut la faire, la recherche. La recherche, c'est une question d'envie. Pourquoi c'est une question d'envie ? Parce qu'on a tellement de, d'oppositions, d'emmerdes, d'embûches pour y arriver qu'il faut vraiment être très motivé pour faire de la recherche.* »

Les motivations personnelles des MG pour la recherche sont nombreuses : de l'amusement, du plaisir, une passion, une fierté du travail bien fait, ou encore l'excitation de parvenir à la publication.

MHU5 : « *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 !* »

P4 : « *Donc la recherche doit être liée à une euh, une espèce de passion.* »

MGU3 : « *le deuxième intérêt pour ceux qui mettent en place des recherches (...) c'est heu c'est l'excitation. (...) C'est l'excitation comme ça, est-ce que je vais aboutir au plaisir suprême du résultat ou de la publication*»

MGU5 « *cette période un peu charnière entre y'a 20 ans où y'avait rien (...) et dans 20 ans où si tout se passe bien, ce sera comme en Angleterre avec des chercheurs totalement institutionnalisés comme dans les autres disciplines. On est, moi je trouve de mon point de vue, ça tombe bien, à la période la plus excitante.* »

MGU1 : « *La fierté c'est d'avoir fait un boulot correct scientifiquement qui permet de faire avancer, d'éliminer ou d'apporter quelque chose de nouveau* »

MG3 y voit un moyen de revaloriser sa pratique en prenant un peu de recul : « *moi je ne me vois pas faire que du soin. Et je crois que pour se ressourcer dans sa pratique et se ressourcer, se remotiver (...) Je crois que c'est important d'y inclure euh, l'enseignement par exemple et aussi de la recherche pour justement enfin, à un certain moment euh, réfléchir à ce que l'on pense et c'est tout. Et le soumettre à une évaluation(...) pas s'enfermer dans un truc stérile quoi.* »

Les patients comme les MGU ont bien compris que l'intérêt de la recherche n'était pas de s'enrichir financièrement.

MGU1 : « *Ben moi les avantages, euh c'est pas financier, je sais même pas, quand j'étais délégué, j'ai pas eu de règlement, ni rien, en fait c'est pour le plaisir de faire de la recherche* »

P1 : « *Je crois que le chercheur, c'est quelqu'un qui a déjà une volonté personnelle d'amener quelque chose à l'humanité. Non pas d'amener euh, quelque chose à son portefeuille.* »

### 3.6.2.5 Accès aux données

Le MG est décrit comme étant à l'interface du système de santé, ce qui lui donne accès à une population nombreuse et diversifiée.

P1: « *Un médecin généraliste va toucher une population beaucoup plus importante.*»

MGU2 : « *Oui, pareil, la généralisabilité des résultats. (...) des choses plus applicables et puis surtout à une majorité de population et pas au, je ne sais plus le pourcent que c'est, ce petit pourcentage de patient qui passe par le circuit hospitalier* »

HU1 :« *Vous, vous avez les patients. En tant que médecins généralistes, vous avez les patients.* »

La diversité perçue de la population et ses problèmes de santé est aussi un avantage évident sur le secteur hospitalier, si bien que certains universitaires y voient une opportunité de recherche dans le secteur ambulatoire.

MGU3 « *un certain nombre de responsable universitaire non généraliste, 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 champ de la médecine générale* »

## 3.6.3 Les freins à la recherche en médecine générale

### 3.6.3.1 Freins à la recherche liés aux représentations

#### 3.6.3.1.1 Représentations de la recherche en médecine

##### 3.6.3.1.1.1 Méconnaissance et stéréotypes

La définition de la recherche en médecine est un concept flou et mouvant qui véhicule beaucoup d'images populaires.

MGU5 : « *j'ai beaucoup de mal à m'enlever de la tête le petit monsieur en blouse blanche*

*penché sur son microscope ... »*

P1 : *« 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. »*

MG2 : *« L'image que j'en ai c'est un mec dans un labo avec des tubes, euh, je mets trois gouttes de ci, trois gouttes de ça... (...) ça m'évoque plutôt un gars avec des cheveux ébouriffés, une blouse blanche euh... dans sa paillasse »*

Pour P7, le chercheur en médecine est celui qui crée le médicament : *« En principe le chercheur c'est celui qui a fait la recherche pour créer ce médicament. Ça a été fait en amont. »*

Pour certains MG, la notion de chercheur en médecine n'évoque rien du tout...

MG2 : *« Ben justement je sais pas. Ça représente rien pour moi. Un chercheur en médecine ?! »*

MG4 : *« J'ai pas d'idées particulières non plus. Pour moi c'est un vaste point d'interrogation, la question. (...) Non ça m'évoque pas, rien de précis et rien de défini. Donc j'ai pas de réponse à cette question. »*

Pour MG2, la recherche en MG est représentée par les essais thérapeutiques.

MG1 : *« Alors je ne sais pas tout, mais j'ai vu des propositions d'études de laboratoires. Je veux dire c'est... »* MG2 : *« Oui, c'est de la recherche. »* MG1 : *« Oui, mais c'est affligeant ! »*  
MG2 : *« Mais c'est de la recherche ! »* (Il appuie sur ses mots)

#### 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.

MG1 : *« 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. »*

Pour plusieurs participants, la recherche ne peut se pratiquer que dans les hôpitaux.

P7 : *« 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 »*

MG2 : *« Et plutôt en milieu hospitalier. »*

### 3.6.3.1.1.3 Méfiance des patients

L'entretien collectif des patients s'est déroulé dans le contexte très médiatisé de l'affaire du Mediator®, ce qui a soulevé des questions sur la probité de l'industrie pharmaceutique.

P3 : « *Cette actualité, je dirais, a quelque part euh, mis une espèce de soupçon vis-à-vis de la recherche. (...) Ben on peut se poser la question sur euh, comment sont testées euh, les molécules, (...) comment on autorise en fait la mise sur le marché d'une molécule, d'un médicament si euh quelques années ou quelques dizaines d'années plus tard on les retire* »

### 3.6.3.1.2 Représentations de la recherche en médecine générale

#### 3.6.3.1.2.1 Une vision par défaut

HU2 définit le domaine de la recherche en MG par défaut en regard des autres disciplines. :  
« *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

MHU1 considère la recherche en MG comme récente alors qu'elle existe et se développe dans d'autres pays depuis longtemps : « *déjà du point de vue historique, la recherche en médecine générale me paraît récente (...) la recherche clinique en médecine générale représente une innovation* »

MHU4 : « *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, enfin donc en dehors de l'hôpital en tout cas.* »

Et cette idée est retrouvée dans le groupe des médecins généralistes avec un étonnement de MG4 : « *c'est vrai que c'est surprenant aujourd'hui d'entendre parler de recherche en médecine générale, de même que ça surprend plein de gens d'entendre parler de spécialiste en médecine générale.* »

Ces constats amènent même les MHU à s'interroger sur la nécessité d'une recherche en MG en France actuellement.

MHU2 : « *D'abord est-ce qu'il y a une place pour la recherche en médecine générale ?* »

MHU4 : « *Est-ce qu'il y a des questions spécifiques qui se posent en médecine générale? Puisque si on fait de la recherche en médecine générale, c'est qu'il y a des problèmes*

*spécifiques à la médecine générale. Est-ce que c'est vraiment des problèmes spécifiques à la médecine générale ou est-ce que c'est des problèmes de la médecine ? »*

### 3.6.3.2 Freins à la recherche liés à la pratique

#### 3.6.3.2.1 Pour l'investigateur

##### 3.6.3.2.1.1 Manque de temps

Ce problème est mentionné par tous les acteurs de santé de façon intense et répétée.

MHU2 : *« je dirais que ça me paraît quelque chose de difficile, compte tenu de l'activité actuelle, euh, clinique des médecins et du peu de temps dont ils disposent »*

MG1 : *« Moi je crois que quand même y'a une difficulté, qui est le fait que la recherche ça prend du temps, hein ! »*

MGU5 : *« La question du temps qui est un problème majeur pour les investigateurs »*

P7 : *« Moi je vois un gros problème de temps. »*

HU1 : *« 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. »*

##### 3.6.3.2.1.2 Problème de disponibilité

MHU5 s'interroge sur la faisabilité de la recherche dans la mesure où les MG manquent déjà de temps pour soigner les patients : *« je parle de l'extérieur, mais nous en cancéro, on a l'impression qu'ils sont de moins en moins disponibles pour nos malades. »*

MGU5, médecin généraliste et enseignante-chercheuse vit mal son absence du cabinet médical : *« C'était un inconvénient pour moi ! Et puis en plus je me suis dit que je soignais mal mes patients parce que j'étais ... Enfin voilà la médecine générale ça s'entend suivre les pathologies chroniques, revoir les gens. Quand t'es là deux jours par semaine, tu peux pas quoi ! »*

MG1 décrit l'augmentation de la charge de travail quotidienne des médecins généralistes : *« L'accroissement déjà de la quantité de travail à soutenir par chaque médecin installé. Ce qui fait qu'il est moins disponible pour d'autres tâches. »*, et en vient à souligner un problème déontologique : *« t'as une demande médicale, t'as des appels, t'as euh déjà quand tu la limites tous les jours en refusant trois, quatre malades par jour, que tu vas pas pouvoir prendre, je veux dire tu peux pas non plus en refuser un peu plus pour faire de la recherche. »*

### 3.6.3.2.1.3 Problème de la rémunération

Le problème de la rémunération des investigateurs est lié à deux éléments. Tout d'abord la difficulté liée au fait que la recherche en MG nécessite un nombre de lieux de recueil important, donc une multiplicité d'investigateurs, ce qui coûte très cher.

MGU3 : « *ça sous-entend un nombre de lieux de recueils absolument ahurissant, par rapport à l'hosto. Donc ça c'est les réalisations pratiques, ça sous-entend un paiement, contrairement à l'hosto où les gens sont payés pour faire ça (...) Donc c'est un problème de paiement des investigateurs.* »

Ensuite le deuxième problème est celui du paiement à l'acte des MG. Puisque ce mode de rémunération libéral sous-entend que la perte de temps lié au fait d'inclure des patients entraîne une perte d'argent pour les investigateurs.

MGU3 : « *Tant qu'le système du paiement à l'acte obligatoire existera, quel que soit le mode d'exercice, c'est-à-dire isolé, dans une maison médicale avec 25 professionnels de santé, c'est exactement la même chose, hein, ça va pas changer.* »

MGU4 : « *Et puis après dans l'inclusion ben ... C'est pas la même consultation qu'un suivi.* »

MGU5 : « *Ouais, on pourrait être au moins correctement rémunéré au minimum, au minimum et c'est pas forcément facile à organiser.* »

MG3 : « *Ça demande un peu de temps qui n'est pas financé, payé donc heu...* » MG5 :

« *Comment faire ça en plus de notre activité ?* » MG2 : « *Donc si on le fait, faut diminuer ton activité. Et en diminuant ton activité tu te retrouves sur le problème euh...* »

MG3 : « *Financier.* »

HU3 : « *Nan mais il faut payer le médecin autant que.... Vraiment hein, il faut que ça soit, hein je pense qu'une visite d'inclusion, c'est au moins une heure.* »

### 3.6.3.2.1.4 Problème lié à l'exercice isolé

L'isolement est vécu comme un obstacle à la recherche.

MG1 : « *Donc euh, si on veut faire de la recherche il faut impérativement regrouper les données. Ça c'est déjà le fait de gens qui sont pas isolés. (...)/isolément on n'a pas un panel de malades suffisant.* »

### 3.6.3.2.1.5 Problème de prendre du recul

Les participants ont évoqué que les bonnes questions venaient de la pratique, néanmoins, HU5 pense qu'on peut se poser les bonnes questions mais ne pas avoir la possibilité de

faire de la recherche pour y répondre.

HU5 : *« tu sais bien aussi qu'en même temps quand t'as le nez dans le guidon, quand tu travailles à temps plein, tu peux te poser une bonne question, tu peux n'avoir aucun moyen pour y répondre ! »*

### 3.6.3.2.2 Pour le chercheur

#### 3.6.3.2.2.1 Le financement

Le problème du financement de la recherche n'est pas spécifique de la MG, mais représente un frein important.

MGU3 : *« la troisième cause de difficultés, c'est pas tellement la conception des protocoles et tout ça, c'est de trouver des financeurs »*

Pour MGU5, cette recherche de financeurs est un travail à temps plein qui devrait par ailleurs être correctement rémunéré : *« Et pour ce qui est des chercheurs, de ceux qui font la conception et de ceux qui vont chercher de l'argent, ce qui prend beaucoup de temps et beaucoup d'efforts, il faudrait qu'ils soient soit correctement rémunérés, ce qui est à peu près jamais le cas »*

HU2 s'étonne de la diminution des budgets de recherche par rapport à la dynamique des années 70-80, et de la lourdeur de cette tâche aujourd'hui. *« 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-doté et on veut nous diminuer encore de moitié de nos postes. C'est quand même une question incroyable. »*

#### 3.6.3.2.2.2 La triple mission universitaire

Avec l'entrée à l'université de la MG, les MGU sont obligés d'assumer une triple charge lié au soin (indispensable selon plusieurs d'entre eux) mais aussi à l'enseignement et à la recherche.

MGU6 : *« c'est vrai que le statut universitaire associé (...) ne facilite pas les choses. J'veux dire avec le salaire qu'on a, le temps qui doit se partager entre le soin qui nous fait vivre, l'enseignement et la recherche, fait que pour arriver à dégager du temps pour faire de la recherche et donc pour concevoir, trouver les questions, les protocoles, encadrer les éventuels investigateurs, aller chercher le fric et tout ça, je veux dire, c'est vraiment compliqué, c'est un boulot à plein temps, hein... »*



MGU6 constate que les médecins hospitaliers ne sont en pratique pas obligés de remplir les trois missions : « *ils sont recrutés euh, 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.* »

MGU2 et MGU7, jeunes chefs de clinique en MG, ne voient pas comment on peut mener cette triple mission en restant compétent sur chaque front. MGU2 : « *De toute façon, je ne vois pas comment on peut mener les trois euh, de front euh, en étant compétent dans les trois.* »

MGU7 : « *Moi, j'y arrive pas !* »

### 3.6.3.2.3 Pour la discipline

#### 3.6.3.2.3.1 La médecine générale est une spécialité jeune

La reconnaissance de la MG comme spécialité est une donnée encore trop récente pour qu'elle soit enseignée de façon cohérente, ce qui est un obstacle pour une bonne cohésion du corps médical, et donc pour la recherche.

MGU1 : « *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* »

#### 3.6.3.2.3.2 Le manque de publications

Le manque de publications de travaux de recherche est évoqué par de nombreux acteurs et représente un frein à la reconnaissance de la spécialité.

MHU2 : « *Dont un des bons exemples, c'est quand même ce qui est publié très régulièrement, mais c'est toujours les mêmes personnes* »

MG3 : « *Et ça se ressent dans les publications qu'on a dans les revues. (...)Le contenu d'un article ou d'un résultat de recherche n'est pas toujours à la hauteur de ce qu'on aimerait.* »

Les MHU, notamment, ont du mal à identifier les vecteurs de publication dédiés à la médecine générale.

**M1** : « *Vous avez le sentiment qu'il y a des supports pour la publication en médecine générale, ou ça existe pas, ou vous n'en savez rien ?* » MHU5 : « *Là-dessus je suis pas compétent.* »

Pour les chercheurs universitaires, la recherche en MG peut être publiée dans n'importe

quelle revue du moment que la question est pertinente, et de toute façon, le développement de la recherche en MG ira de pair avec la création de journaux dédiés.

HU2 : *« Donc s'il n'existe pas de corpus de revues reconnues, 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. (...) Après si le domaine se développe, après si le JAMA, le New England et le Lancet sont remplis de trucs de médecine générale, y'en a un qui va finir par carrément dire je vais faire un éditorial et je vais fonder... Ça se fait automatiquement, mais c'est quasiment, c'est, c'est, c'est l'histoire naturelle des disciplines »*

#### 3.6.3.2.3.3 Une logistique très lourde

L'organisation d'une recherche en MG avec ses multiples lieux de recueil de données induit une logistique très lourde.

MG3 : *« Parce que ça, ça me décourage d'emblée de me dire comment... Je veux dire, c'est une telle... C'est lourd, quoi pour euh ... c'est inaccessible. Enfin... (...) l'éclatement un peu des pratiques et tout ça fait que ça rend les choses un peu difficiles à mettre en œuvre, moi je trouve hein... »*

HU6 : *« c'est que là où le cran est plus élevé, c'est sur l'organisation de la logistique qui va être plus compliquée encore . »*

HU3 : *« enfin la méthodologie de bâtir une évaluation de ce type, c'est sûrement plus compliqué que d'évaluer un médicament sur un critère dur... »*

### 3.6.3.3 Freins à la recherche liés à un manque de motivation

#### 3.6.3.3.1 Des médecins

Certains participants estiment que la recherche n'est pas la priorité pour la majeure partie des médecins.

MHU2 : *(Ne se départissant pas de son ton ironique) Je suis persuadé que l'immense majorité des médecins hospitaliers ou universitaires se fiche de la recherche. (Rires)*

MGU3 : *« Les choses sont de mon point de vue plutôt bien engagées, même si je pense que, y compris dans le corps des généralistes, la tête n'est pas encore à ça ! »*

MG3 : *« Je pense qu'il doit y avoir tout un tas de médecins qui n'ont pas envie de se faire suer avec ça. »*

Pour certains universitaires, la recherche peut même être mal vécue car imposée.

HU4 : *« pour certains d'entre eux, on leur dit c'est une obligation, et ça leur prend du temps,*

*voire c'est nuisible dans un service parce que y'a des gens qui sont pas faits pour la recherche et à qui on demande d'en faire. »*

MHU2 considère qu'il peut y avoir une réticence de la part des MG à faire de la recherche car ils appliquent des « trucs » qui marchent dans leur pratique, qui sont décriés par les recommandations avant d'être ensuite approuvés (ou l'inverse). Donc MHU2 juge la méfiance des médecins vis-à-vis de la recherche légitime. *« Je veux dire, ils sont échaudés, le temps qu'une habitude passe dans les quotidiens, cette habitude peut être considérée comme nocive, très rapidement. Donc ils peuvent avoir une suspicion vis-à-vis de la recherche, que je comprendrais très bien. »*

Les jeunes chercheurs en MG estiment qu'il y a un frein dans le recrutement lié à la singularité de la relation médecin-patient.

MGU2 : *« Moi c'est un frein, c'est quelque chose qui me fait peur dans la recherche en médecine générale en ambulatoire, c'est le fait de demander à des médecins qui ont une relation qui est quand même je trouve assez particulière avec leur patient, sur une question de recherche sur laquelle d'ailleurs ils ont peut-être des a priori et que du coup ils auront... Enfin j'ai l'impression d'entrevoir une possible difficulté euh, liée au fait que ce soit une recherche en ambulatoire et en médecine générale dans le recrutement qui serait différent des autres spécialités. »*

#### 3.6.3.3.2 Des patients

Certains patients craignent la randomisation et le risque de perte de chance s'ils participent à la recherche.

P5 : *« Oui, mais, et c'est, c'est difficile de répondre à la question, euh on va, on va vous, proposer un traitement, mais c'est pas sûr que ça marche, et puis après il peut y avoir un autre traitement. (...) 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 » ? »* P7 : *« Et puis il y a une perte de temps. »*

P4 : *« C'est surtout au niveau des effets secondaires. C'est là où il y a un risque. Parce que finalement ça peut, ça revient à servir de cobaye »*

### 3.6.4 Solutions envisagées

#### 3.6.4.1 Organisation de la recherche

##### 3.6.4.1.1 Ancrage dans la pratique

Pour éviter le clivage des chercheurs et praticien, les médecins et chercheurs expriment le souhait que la recherche soit enracinée dans la pratique

MG1 : « *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 !* »

MGU5 : « *Je vois pas comment on peut faire de l'enseignement sans faire du soin et de la recherche, de la recherche sans faire du soin* »

HU6 : « *Mais les bonnes questions, il faut être sur le terrain pour se les poser. Et euh pour des questions médicales de médecine générale, le terrain, et bien c'est le cabinet avec les patients.* »

##### 3.6.4.1.2 Développement de réseaux

Développer des réseaux à la fois pour le recueil de données et pour leur analyse paraît indispensable.

MHU5 : « *peut-être que, au niveau d'un département de médecine générale ou d'une fac, il faudrait réfléchir un peu à un circuit qui puisse aider les investigateurs à interpréter les données* »

Les HU suggèrent de s'inspirer de ce qui est fait dans d'autres pays.

HU3 : « *Les anglais ! Ils ont une base de médecine générale et publient comme des fous !* »

HU6 : « *Oui ils ont un système de santé qui fait que y'a la base... Et souvent ils randomisent les médecins généralistes qu'ils y incluent, enfin...* »

##### 3.6.4.1.3 Informatisation

Les MG suggèrent la création de logiciels dédiés à extraire les données des dossiers médicaux de manière automatique et standardisée.

MGU6 : « *des logiciels similaires pour tout le monde avec des recueils de données automatiques, tu vois, qui sont automatiques dans le logiciel, ce qui permettrait d'avoir des cohortes, euh voilà, donc ce qui veut dire qu'il faudrait que tous les médecins soient informatisés avec le même logiciel, ou des morceaux de logiciels qu'on puisse inclure* »

#### 3.6.4.1.4 Aide logistique et infrastructure

Il faut développer des assistants de recherche en MG pour leur déléguer les tâches administratives.

HU3 : « *Voilà, il faut prévoir un budget, quelqu'un qui s'occupe de tout ce qu'il faut faire pour que ça marche et pour pas que ça soit le médecin qui ait à courir après les produits, après ceci, remplir euh, je sais pas combien de feuilles etc. Donc il faut des assistants de recherche...* » HU1 : « *Il faut des ARC.* »

MGU3 : *Si tu veux parler de conception, il faut des laboratoires de recherche en médecine générale à la fac, avec du personnel qui travaille là-dessus, du personnel qui cherche des sous, du personnel de secrétariat, du personnel de euh, des chercheurs...*

MG2 évoque une augmentation du nombre de titulaires de MG : « *Faut plus de chef de clinique de médecine générale pour donner un petit peu l'impulsion. Pour créer un service national de recherche médicale en soins primaires.* »

#### 3.6.4.1.5 Valorisation des thèses

Cette idée étant formulée dans le but d'augmenter la recherche en médecine de soins primaires et pouvant donner lieu à des collaborations avec d'autres spécialités.

MGU5 : « *L'idée étant d'utiliser les thèses des internes en médecine générale pour essayer de faire monter la production de recherche en soins primaires (...) on essaie d'initier les autres disciplines à l'idée que euh, avec le nombre d'internes qu'on reçoit en médecine générale, on a une puissance de feu sans comparaison avec la, pour ce qui est des petites mains. Après, il suffit de définir des modalités de collaboration qui satisfassent tout le monde...* »

#### 3.6.4.1.6 Développer une ligne budgétaire de médecine générale

Indispensable à toute recherche, elle est évoquée sous plusieurs noms, et représente des équivalents du PHRC : PMGRC, PARC, PA ambulatoire... etc.

MGU6 : « *Après euh une ligne budgétaire spécifique à la recherche en médecine générale, voilà... Donc des PARC ?* » MGU5 : « *Ou des PMGRC ? Ou des PA ambulatoire...* »

### 3.6.4.2 Organisation du système de santé

#### 3.6.4.2.1 Regroupement des professionnels de santé

S'il n'est pas envisagé comme un facteur favorisant directement le recueil des données, il semble par contre être un facteur facilitant l'exercice de la MG, et donc permettant de se dégager du temps pour la recherche.

MG1 : « *La recherche pour moi ça implique un groupement des gens, parce qu'on peut pas faire de recherche par soi-même (...) Moi je vois que la possibilité de regrouper les gens à l'échelle d'un canton dans une sorte de... de maison hospitalière. Je dis pas que c'est ce que je souhaite, mais je dis que ça me paraît inévitable.* »

MGU1 : « *Ces regroupements vont forcément favoriser, un le mode de travail, deux la prise en charge des patients, trois sans doute aussi la prise en charge des pathologies.* »

#### 3.6.4.2.2 Délégation des tâches

Cette délégation des tâches à d'autres professionnels de santé est un moyen de se dégager du temps pour la recherche.

MG1 : « *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.* »

#### 3.6.4.2.3 Remplacement et continuité des soins

Evoqué par les MG, le fait pour un médecin d'être remplacé permet donc d'assurer la continuité des soins auprès des patients tout en réservant du temps pour la recherche au praticien.

MG1 : « *Donc le facteur facilitant ce serait peut être effectivement de libérer du temps pour les médecins qui exercent (...) Mais quand ils ne feront pas ce travail, il faudra bien qu'il y ait quelqu'un qui les remplace...* »

MGU2 : « *Je travaille avec MGU1 sur les jours où il ne travaille pas, donc du coup, pour les patients en général ils sont plutôt satisfaits parce qu'ils ont une continuité des soins.* »

MGU5 : « *Tu es sa remplaçante.* »

#### 3.6.4.2.4 Vers un nouveau mode de rémunération

Les difficultés de financement de la recherche conduisent les universitaires (médecins hospitaliers, chercheurs, médecins généralistes) à évoquer le statut de salarié ou de

fonctionnaire de la recherche comme solution facilitante à la recherche.

MGU5 : « *soit une autre solution qui serait bien, ce serait salariés.* »

HU2 : « *En fait c'que t'es en train de dire, c'est qu'il n'y aura pas une recherche en médecine générale sans que les généralistes soient des fonctionnaires. C'est ça ?* » (Avec un petit sourire ironique)

M1 : « ***Enfinement, c'est pas une mauvaise question, ça ... Est-ce que mettre en place euh, une recherche dans une spécialité ça suppose pas des salariés de la spécialité ?*** »

HU2 : « *Oui, ben j'crois que... C'est clair que la réponse, si on veut faire demain matin de la recherche et qu'on veut que ce soit efficace, c'est ça la réponse hein !* »

#### 3.6.4.2.5 Revalorisation du rôle des médecins généralistes

MG4 estime que la valorisation de la recherche en MG passe par une revalorisation de la discipline médecine générale : « *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 ont bien saisi cette nécessité d'une revalorisation du statut de spécialité de la MG dans le système de soins.

HU5 : « *Evidemment, y'a pas de différence, la médecine générale est une spécialité.* »

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 UNE RECHERCHE NECESSAIRE**

Au vu des données recueillies dans les différents verbatim, il apparaît que la recherche en MG a un intérêt majeur et incontesté puisqu'elle a pour vocation de développer l'acquisition de connaissances sur des problèmes de santé qui concernent le plus grand nombre. En effet, les MG comme les chercheurs universitaires ont décrit un besoin absolu de recherche épidémiologique, à la fois pour établir la prévalence de certaines pathologies qui ne sont vues qu'en cabinet de médecine générale, mais aussi la description de ces pathologies spécifiques ou de leurs symptômes aux stades précoces, le MG ayant un rôle fondamental de distinction des degrés de gravité. Ces compétences permettent ainsi d'envisager une recherche portant sur la prévention des maladies.

La MG est par ailleurs identifiée par les différents acteurs comme la seule spécialité prenant en charge le patient à la fois dans son contexte global et sur le long terme. Cette spécificité amène les MG à insister sur la nécessité, grâce à une recherche basée sur des questions issues de la pratique, d'obtenir enfin des recommandations valables et applicables à une majorité de patients. La recherche en MG a donc bien pour objectif d'améliorer la santé de la population comme cela a été défini lors de la conférence de la WONCA en 2003.<sup>2</sup>

### **4.2 UNE RECHERCHE LEGITIME**

Ainsi, non seulement la recherche en MG est nécessaire, mais elle apparaît aussi comme unanimement légitime au travers des verbatim.

Pour les médecins généralistes, il s'agit à la fois de mettre en valeur leur profession et de montrer la fierté qu'ils retirent de leurs tâches spécifiques mais aussi, vis-à-vis de la recherche, de défendre leur statut car ils se considèrent comme étant à la seule place pertinente pour élaborer des questions de recherche appropriées.

Pour les médecins généralistes universitaires, la légitimité de l'élaboration des questions de recherche est évidente aussi, ainsi que l'ancrage dans le soin. Mais le verbatim fait apparaître un besoin de reconnaissance en tant que chercheur en médecine générale au sein du domaine de la recherche et également un besoin de reconnaissance des MGU en tant que « guides » des médecins généralistes, ce qui n'est pas encore le cas actuellement, la majorité des MG se référant encore aux PU-PH de leur formation. Cette quête de légitimité est à poursuivre, notamment grâce à une plus grande visibilité de la recherche en MG par les publications.



Pour les chercheurs et médecins universitaires, il apparaît également que la pertinence des questions de recherche émerge de la discipline, entraînant, au-delà de la légitimité, un devoir de publier des recommandations de bonne pratique, sous-tendues par l'idée que seuls les MG seront à même de juger de la pertinence des résultats obtenus.

Les patients voient dans la recherche en MG une recherche qui leur correspond mieux, puisqu'elle les place au centre des questions, en prenant en compte leur psychisme, leur confort, leur environnement plutôt que la maladie elle-même.

#### **4.3 UNE DIFFICULTE A DEFINIR LA MG**

Tout au long des verbatim apparaissent chez les différents acteurs, et même au sein des groupes, des divergences, des incohérences, voire même une ignorance de ce qu'est la recherche en MG. Cette difficulté à définir la recherche en MG est probablement à replacer dans un contexte plus large qui est la difficulté à délimiter la médecine générale elle-même.

Les patients ont une vision réductrice et confondent facilement les compétences des MG, se référant fréquemment au suivi des prescriptions et des complications comme à de la recherche.

Les universitaires, qu'ils soient chercheurs ou praticiens hospitaliers, avouent ignorer où commence et où finit la MG, et estiment que ce sont les MG qui sont les seuls à pouvoir définir le champ de la MG, comme celui de sa recherche. Certains définissent même la MG par défaut des autres spécialités.

Même les MG ont du mal à identifier leurs propres compétences et les enjeux de leur discipline en termes de prévention, d'éducation, de prise en charge médicale, psychologique, sociale, familiale malgré les définitions qu'en donne la WONCA Europe en 2002.<sup>19</sup>

#### **4.4 UNE DIFFICULTE A DEFINIR LA SPECIFICITE DE LA RECHERCHE EN MG**

Les images populaires associées à la recherche en médecine sont nombreuses et pour les participants éloignés de ce genre de travaux, elles se confondent avec la recherche en MG. Ainsi les patients et les MG ont eu beaucoup de difficultés à définir le chercheur en MG autrement qu'à travers leur vision du chercheur en blouse blanche dans son laboratoire, qui manipule des tubes à essai... Si ces participants ont eu beaucoup de mal à concevoir un chercheur en MG, les MHU voient la spécificité de la recherche en MG non pas dans les questions de recherche mais dans les méthodes. Habités des études quantitatives randomisées et des protocoles utilisant des outils de travail objectifs, ils avouent être déroutés par la méthodologie qualitative fréquemment employée en MG, et en viennent à assimiler la recherche en MG à de la recherche qualitative.

Certains MHU voient une spécificité de la recherche en MG dans les études descriptives et déplorent le manque d'interventions compte tenu de l'étendue des actions possibles dans ce domaine.

Pour les chercheurs universitaires, la spécificité de la recherche en MG se situe d'abord dans le fait qu'il s'agit d'une recherche collaborative, faisant donc intervenir différents corps de métiers (anthropologue, sociologue, statisticiens... entre autres cités) et de ce fait des combinaisons de méthodes. En fait, la question de la spécificité n'est pas cruciale pour les universitaires, qui défendent l'idée qu'une discipline émerge progressivement des autres jusqu'à devenir une entité à part entière, valorisée par les publications et définie au fur et à mesure par auto-agrégation. Pour eux, les spécificités de la recherche en MG apparaîtront donc au fur et à mesure, et aboutiront à une définition *a posteriori*. Ce mécanisme identifié dans l'émergence des disciplines médicales a donné lieu à un éditorial du Lancet en 2003<sup>20</sup> dans lequel l'auteur invitait les chercheurs « à faire de la recherche en médecine générale plutôt que d'en parler ». De fait, le rapport Pouvoirville en France en 2006<sup>11</sup> montrait qu'un tiers des travaux de recherche effectués entre 1990 et 2000 par des MG cherchait à délimiter le champ d'investigation de la recherche en MG, représentant donc plus de publications que les recherches cliniques elles-mêmes.

Par ailleurs, les participants estiment qu'il n'y a pas de spécificité de financement pour la recherche en MG, que ses difficultés sont les mêmes que celles des autres spécialités médicales, de même que ses financeurs potentiels. Et enfin, la spécificité de terrain de recherche liée aux cabinets médicaux est relative d'après les universitaires, puisque c'est finalement davantage un problème de logistique plus lourde que de logistique spécifique qui se pose.

C'est donc une spécificité toute relative et nuancée qui ressort de ces entretiens, reflétant bien la diversité des participants et les difficultés inhérentes aux définitions de la médecine générale. L'analogie entre les spécificités de la MG et celles de la recherche en MG est décrite dans l'ouvrage de Géraldine Bloy<sup>21</sup> (Singuliers généralistes, 2010) qui décrit bien les difficultés d'identification des MG à leur discipline, les amenant à occuper progressivement des champs de recherche et de pédagogie sous-utilisés par les autres universitaires, pour développer leurs propres champs de compétence.

#### **4.5 LA RECONNAISSANCE DE LA MG PAR LA RECHERCHE, LA PUBLICATION ET L'ENSEIGNEMENT**

L'analyse des verbatim a montré que la recherche en MG était une nécessité et de ce fait que son existence était légitime de principe. Cette légitimité est facilitée par l'entrée de la MG dans la filière universitaire. Mais outre le devoir de recherche inhérent à la condition

universitaire, la MG a besoin de développer ses publications pour aboutir à une vraie reconnaissance. En 2004, la thèse du Dr Nugues<sup>22</sup> a montré que moins de la moitié des études réalisées en MG étaient publiées dans des revues scientifiques, qu'elles soient indexées ou non. Le manque de publication entraîne un manque de visibilité de la MG, qui participe au déficit de légitimité. Or, la spécificité d'une discipline s'acquiert au fur et à mesure par l'augmentation des publications de bon niveau. Il est donc indispensable de développer en parallèle une formation à la recherche et à la publication et la création de revues indexées de médecine générale.

Par ailleurs, le développement de la MG passe autant par la recherche que par l'enseignement qui doit être basé sur des travaux de médecine générale. La formation des chercheurs en Master et en thèse contribue à la reconnaissance de la discipline, permettant aux MG d'élaborer des travaux de recherche pertinents pour la pratique clinique.<sup>23</sup>

Les MGU pensent que leur légitimité peut aussi être renforcée par leur présence au sein d'équipes de recherche (INSERM, CIC...) lors de la conception des protocoles lorsque ceux-ci concernent la recherche sur une population ambulatoire.

Enfin une collaboration sur le terrain entre MG et étudiants dans le cadre de cabinets médicaux à vocation universitaire est depuis longtemps un sujet de réflexion pour le développement de la MG et de la recherche. Gérard de Pouvourville<sup>11</sup> citait les services de médecine générale ambulatoire en 2006 et le ministre de la santé Marisol Touraine reprend cette idée dans l'engagement 6 du Pacte Territoire-santé du 13 décembre 2012<sup>24</sup> : *« Rapprocher les maisons de santé des universités permettrait de développer le vivier de terrains de stages très formateurs pour les étudiants et les internes. Il s'agit également d'accompagner l'essor de la filière universitaire par la création de terrains de recherche et d'enseignement pour la médecine générale et de renforcer ainsi l'attractivité de l'exercice en ambulatoire. Cet engagement est soumis à la concertation pour détecter les meilleures pratiques et les modalités qui permettront d'atteindre cet objectif. »*

#### **4.6 UNE RECHERCHE ANCREE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE**

La MG est la seule spécialité qui ne s'exerce qu'en cabinet médical ambulatoire et son matériel de recherche principal est le patient. Ces spécificités expliquent en partie pourquoi la recherche en MG ne peut être envisagée qu'ancrée dans la pratique et le soin. De l'avis de tous les participants, les questions pertinentes de recherche ne peuvent être dégagées que par la pratique quotidienne, permettant de garder à l'esprit que l'intérêt de la recherche est d'améliorer l'état de santé du patient.

Par ailleurs, les MG interrogés ne se voient pas faire de la recherche ailleurs que dans leurs cabinets médicaux, du recrutement au recueil de données. Les patients admettent accepter

de participer à la recherche entre autres grâce à la confiance qu'ils ont dans leur médecin<sup>25</sup>, ce qui concorde avec des travaux déjà réalisés au Danemark dans des réseaux existants.<sup>26</sup>

Pour les MG, la préservation de l'activité de soin est indispensable. Toutefois, faire de la recherche permet de prendre du recul dans sa pratique pour se remettre en question, mais aussi de développer d'autres compétences et de diversifier leur activité.

L'arrivée de la MG dans la filière universitaire entraîne un devoir de recherche et investit donc les MGU d'une triple mission de soin-recherche-enseignement. Si l'étude réalisée en Allemagne en 2008 par Hummers-Pradier<sup>27</sup> confirme le positionnement des MG en faveur d'une persistance du soin jugée indispensable, elle pose néanmoins la question de la faisabilité.

## **4.7 UNE RECHERCHE LIMITEE PAR DES OBSTACLES PRATIQUES**

### **4.7.1 Le manque de temps**

L'ancrage dans la pratique est un élément structurant important pour les MG. Néanmoins cette organisation entraîne différents obstacles dont en premier lieu le manque de temps, qui est mentionné de façon intense et répétée tout au long des verbatim. Ce manque de disponibilité pour la recherche est une conséquence de l'activité de soin que les chercheurs souhaitent conserver<sup>27</sup>, et également d'un accroissement de la demande de soins de la part des patients (lié à la démographie médicale, au sous-effectif des MG...) incitant même un MG de l'étude à évoquer la légitimité de prendre le temps de faire de la recherche lorsque le manque de temps contraint à refuser de soigner des malades.

La triple mission de soin, enseignement et recherche paraît donc extrêmement difficile à mener, avec notamment le doute sur la qualité des soins pratiqués dans une médecine qui suit les patients de manière chronique. Or l'absence du cabinet médical, même si la continuité des soins peut être assurée par un remplaçant, ne permet pas de bien visualiser les prises en charge de pathologies chroniques. De ce fait, les MGU peuvent être amenés à privilégier la mission de recherche. La titularisation des professeurs de MG<sup>28</sup> et l'essor du clinicat par l'arrêté du 29 avril 2009 permet de faciliter l'investissement des MG intéressés par la recherche. Néanmoins, les MG et les MGU interrogés étaient tous inquiets à l'idée d'un groupe de chercheurs théoriciens de la médecine éloignés du soin.

Parmi les freins liés à la pratique, sont cités également l'exercice isolé de la pratique en cabinet médical, les disparités d'exercice, la difficulté de prendre du recul, et surtout le problème de la rémunération.

#### **4.7.2 Le mode de rémunération par le paiement à l'acte**

Le mode de rémunération actuel par le paiement à l'acte est considéré comme un frein majeur dans une profession libérale : faire de la recherche est une « perte » de temps donc une perte d'argent. Différents acteurs ayant souligné l'importance de la rémunération des investigateurs ont suggéré le statut de salarié de la recherche comme une solution envisageable pour développer la recherche.

Le rapport de Guy Vallencien<sup>29</sup> montre une compréhension du gouvernement sur ce problème et la volonté de développer des rémunérations mixtes afin de valoriser les différentes missions de santé (soin, recherche, enseignement aux étudiants de médecine, mais aussi éducation thérapeutique).

#### **4.7.3 La difficulté du recrutement**

Les MG, universitaires ou non, et les MHU se sont étonnés de l'absence de recherche ambulatoire dans les spécialités médicales qui ont une activité ambulatoire partielle, mais on peut penser que les études sont faites à l'hôpital du fait d'une logistique plus simple, donc d'un coût moins élevé. Le suivi à l'hôpital est également plus simple, limitant les « perdus de vue », ceux-ci étant liés à la charge de travail en ville, à la lourdeur de l'inclusion avec le consentement éclairé et les visites de suivi. Il intervient également le problème du recrutement des patients, différent dans un cadre hospitalier où les patients sont pris en charge par une équipe que dans le cadre de la relation singulière médecin-patient, relation de confiance où la place du doute légitime lié à la recherche, à la fois pour le médecin et pour le patient, est difficile à poser. Ces appréhensions au recrutement de leur patient ont été soulevées surtout par les jeunes médecins interrogés, les plus anciens décrivant au contraire une facilité d'inclusion liée à la confiance que les patients leur portent et à une certaine fierté de participer à un travail scientifique.

#### **4.7.4 Les difficultés logistiques**

Plusieurs intervenants, notamment universitaires, ont soulevé le problème de la logistique d'une recherche en MG. Les difficultés logistiques existent déjà pour la recherche hospitalière, avec notamment toute la charge administrative liée aux inclusions des patients dans les protocoles. Mais il existe des ARC pour mener à bien ces difficultés. Il paraît donc important de développer ce même type d'emploi, de créer des attachés de recherche en MG pour développer la recherche ambulatoire.

Par ailleurs la difficulté logistique est plus importante en MG du fait du nombre important de lieux de recueil des données, nécessitant de développer une infrastructure indépendante ambulatoire. Ces infrastructures pourraient permettre une randomisation et une inclusion des patients par un autre médecin que leur MG, comme le développe une étude britannique.<sup>16</sup>

## **4.8 UNE NECESSITE DE STRUCTURER LA RECHERCHE EN MG**

### **4.8.1 L'importance de la formation**

L'ensemble des médecins et chercheurs interrogés insistait sur la nécessité d'avoir une bonne formation à la recherche, pour faire une recherche de qualité. Pour certains universitaires, il importait même de revenir à la base et de développer la formation à la recherche dès les premières années d'études médicales afin de donner le goût de la recherche aux étudiants, et de leur inculquer finalement une culture de la recherche.

Mais cette formation devrait être à la fois théorique (enseignement de méthodologie spécifiques, la lecture critique d'article qui est déjà enseignée aujourd'hui...) et pratique avec un temps dédié à ce travail, le manque de temps étant aussi un facteur freinant pour les étudiants même s'ils sont intéressés par la recherche.<sup>30</sup>

Par ailleurs des études ont déjà démontré les bienfaits de la recherche sur la pratique pour éviter l'épuisement professionnel,<sup>31</sup> et également pour dynamiser la discipline, la recherche et le statut d'ECA constituant une excellente formation continue.<sup>32</sup>

### **4.8.2 La création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de recherche**

La recherche en MG ne peut être le fait de chercheurs isolés et nécessite des collaborations. Par ailleurs, les MG exerçant souvent de manière isolée, le regroupement des médecins et la délégation des tâches à d'autres professionnels de santé pourraient permettre de consacrer du temps spécifiquement dédié à la recherche.

Au-delà de cette réorganisation du système de soins, il est nécessaire d'envisager une infrastructure de recherche basée sur l'utilisation de compétences d'autres professionnels de santé. Ces équipes pourraient comporter des MG, des biologistes, des statisticiens, des sociologues, d'autres praticiens libéraux spécialisés nécessaires au protocole étudié, mais aussi des représentants des professions paramédicales, voire même des patients ou associations de patients.

Un universitaire interrogé disait que « *l'originalité de la recherche en médecine générale est qu'elle est la recherche la plus collaborative* ». On retrouve cette idée dans de collaborations diversifiées dans des études britanniques<sup>33</sup> comme françaises.<sup>34</sup>

Ces équipes pluridisciplinaires seraient ainsi le lieu de transfert de compétences des participants dans un échange structuré permettant de faciliter l'attribution des tâches. Le rapport Vallencien<sup>29</sup> décrit cet impératif de créer un réseau de recherche avec un cahier des charges précis en lien avec l'ARS. Outre la possibilité de se libérer du temps pour la recherche, ces transferts de compétences sont source d'une émulation intellectuelle et valorisent la discipline MG tout comme le médecin généraliste, et bien sûr permettent au final d'améliorer la qualité des soins<sup>35</sup> par l'acquisition de recommandations applicables issues de la pratique.

Le développement des réseaux de recherche pluridisciplinaires en soins primaires est étudié actuellement aussi aux Etats-Unis<sup>36</sup> et en Belgique<sup>37</sup> notamment, avec deux études qui décrivent les difficultés rencontrées à définir clairement les rôles de chacun ainsi que la nécessité de développer des outils pour mieux prendre en charge la population ambulatoire caractérisée par ses multiples comorbidités.

Pour faciliter le recueil de données, en plus de la création de réseaux de recherche, les MG décrivaient un besoin d'informatisation systématique et uniformisée pour extraire de leurs dossiers médicaux des informations utiles, notamment en termes de recherche épidémiologique.

#### **4.8.3 Un aménagement du financement**

Dans les années 70 à 90, d'importants travaux de restructuration de la recherche, ont été mis en place en Australie<sup>38 39 40</sup>, Hollande, Grande-Bretagne et Etats-Unis, basés sur le développement d'une logistique appropriée et une remise en cause du financement, notamment par l'investissement de fonds des assurances maladies. Ces efforts ont permis une augmentation du nombre de publications indexées et ont constitué un élan indispensable à la recherche en MG.

La France bénéficie actuellement pour la recherche en soins primaires de financements de la part du FICQS et, plus récemment du FIR, mais de nombreux participants ont évoqué des modes de financements mixtes qui pourraient être assurés par les mutuelles, les sociétés savantes, l'argent public par des équivalents du PHRC. Le financement par l'industrie pharmaceutique n'est bien sûr pas à dédaigner, mais les différents acteurs de santé ressentent bien les conflits d'intérêts liés aux enjeux financiers de promotion de médicaments.

Enfin, l'importance de rémunérer les chercheurs et les investigateurs pour les efforts fournis, au-delà de la compensation financière est indiscutable, car elle est une source de valorisation importante du MG dans sa mission de recherche.

## **4.9 LE BESOIN DE RECHERCHE REpond A UNE DEMANDE DE LA SOCIETE**

La réorganisation du système de santé est en lien avec les besoins sociaux actuels.

La réforme de la loi HPST<sup>41</sup> en 2009 a défini les missions des MG dans le cadre d'une médecine de proximité, en faisant ainsi un enjeu de santé public. Parmi ces missions figurent la prévention, ce que les patients de cette étude ont bien relevé comme source de recherche, et l'éducation thérapeutique.

Le Pacte Territoire Santé<sup>24</sup> élaboré par Marisol Touraine place les enjeux actuels au cœur d'un accès aux soins pour tous. Les différents engagements se concentrent ainsi davantage autour de la formation des étudiants en médecine et de l'aide à l'installation, mais également autour du développement des maisons de santé pluridisciplinaires avec la volonté de les rapprocher des universités afin d'y développer à la fois une formation pratique des étudiants mais aussi la recherche.

Les différents engagements sont en cours d'élaboration.

## **4.10 LA VALIDITE DE L'ETUDE**

Mon travail de thèse fait partie du travail de recherche de Master 2 de recherche du Dr Cadwallader<sup>42</sup>, intitulé « Représentations de la recherche en médecine générale : l'étude RepR » réalisé en 2010. J'ai analysé les FG réalisés à Tours et Chenonceau sur 5 catégories d'acteurs. Le Dr Cadwallader a analysé ces 5 FG réalisés en région Centre ainsi que 4 autres réalisés à Lyon et Lille, lui permettant d'obtenir une saturation des données pour certains groupes d'acteurs. Nos résultats sont convergents sur bon nombre de points.

### **4.10.1 Les points forts**

Peu de recherches qualitatives ont été menées sur les représentations de la recherche en médecine générale et elles se concentraient le plus souvent sur une seule catégorie d'acteurs, c'est-à-dire les MG, universitaires ou non. Par ailleurs, les questionnaires fermés ou les groupes trop restreints ne permettaient pas l'approche globale, ouverte et l'émulation créée par les FG.

Aucune étude ne s'était intéressée aux représentations des patients. Il a ainsi pu être mis en évidence que les patients avaient du mal à se représenter une recherche en MG en dehors des essais thérapeutiques, qu'ils identifiaient bien les obstacles à la recherche que sont le manque de temps et le mode de rémunération. Et s'ils conçoivent de la méfiance quant au fait d'être des cobayes, ils ont à cœur de participer à la recherche par altruisme et la confiance en leur médecin généraliste les incite à participer à la recherche.



Aucune étude ne s'était intéressée non plus aux représentations des chercheurs universitaires non médecins. Cette étude a donc permis de mettre en évidence la légitimité de la recherche en MG aux yeux des autres chercheurs, mais a souligné le manque de publications et de visibilité et la nécessité de valoriser les spécificités de la MG pour obtenir une vraie reconnaissance durable.

Concernant les représentations des médecins généralistes universitaires, les résultats retrouvés sont comparables à ceux retrouvés dans une étude allemande<sup>14</sup> réalisée auprès de MG enseignants.

Concernant les représentations des médecins généralistes, on retrouve de nombreuses études descriptives transversales par questionnaire fermé<sup>17</sup> mais elles ne semblent pas refléter la variété des opinions du fait de la méthodologie employée. Ainsi, aucune n'aborde la méfiance des MG vis-à-vis du financement de la recherche par l'industrie pharmaceutique, ni la suspicion des résultats recueillis dans le cadre hospitalier. Par ailleurs, les MG ont une représentation de la recherche en MG qui est très éloignée de leur pratique clinique.

#### **4.10.2 Le problème de la saturation des données**

Avec un nombre de participants de 5 à 7 selon les catégories d'acteurs interrogés, la saturation des données n'est pas atteinte. Il aurait fallu réaliser d'autres FG, ce qui a pu être fait dans le cadre du travail de Master 2 du Dr Cadwallader dans d'autres villes françaises.

Par ailleurs, des entretiens individuels auraient pu être réalisés pour préciser et étoffer certaines idées des participants.

#### **4.10.3 La représentation des femmes**

Dans les groupes universitaires, les femmes étaient très peu représentées, voire pas du tout dans le groupe des médecins hospitalo-universitaires, ce qui est probablement lié à une sous-représentation des femmes dans le domaine universitaire. Néanmoins d'autres études ont mis en évidence que la motivation à la recherche n'était pas liée au sexe.<sup>34 35</sup>

## 5. CONCLUSION

Si la légitimité de la recherche en médecine générale est manifeste, des difficultés apparaissent néanmoins pour en faire une entité distincte et unanimement reconnue, notamment quant à la spécificité de son domaine d'investigation.

Il semble évident que cette recherche doit être ancrée dans les soins primaires, avec des questions émergent de la pratique, un recueil de données mené par des investigateurs de MG compétents et reconnus et une évaluation de la pertinence par les MG. Elle pourrait alors aboutir à des recommandations applicables en soins primaires et pour l'ensemble de la population.

Les domaines d'études s'intéressent au patient dans sa globalité mais également au fonctionnement sociologique des médecins généralistes. L'intérêt de la recherche est de produire des applications pratiques, dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins.

Les principaux freins identifiés sont liés à une méconnaissance de la recherche en médecine générale, assimilée le plus souvent à de la recherche fondamentale dans des laboratoires. De nombreux obstacles sont également liés à la pratique de la MG ; parmi eux le manque de temps et le mode rémunération sont des problèmes parfaitement identifiés, mais également la difficulté liée à l'isolement des MG et à leurs disparités d'exercice.

Les solutions envisagées passent par une meilleure formation à la recherche des étudiants en médecine avec des formations méthodologiques spécifiques, le développement de réseaux de collaborations pluridisciplinaires permettant un transfert des compétences au sein d'une même unité de recherche et une informatisation systématique des cabinets médicaux pour améliorer le recueil de données épidémiologiques.

Pour le système de soin, un regroupement des professionnels de santé médicaux et paramédicaux associé à une délégation des tâches permettrait aux MG de préserver un temps dédié à la recherche ou à l'enseignement, participant de ce fait à une formation continue. Enfin, des possibilités de financement mixtes de la recherche par des fonds publics équivalents au PHRC associés à des fonds privés issus des assurances maladies ou encore issus des institutions comme les URML sont à étudier.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Isler M. Recherche en premier recours : un défi partout dans le monde. *Primary care* 2003 ; 3 :472-478.
2. Rosser WW, VAN Weel C. Preliminary summary report: WONCA invitational conference. Kingston: *WONCA meeting;2003*.
3. Mant D. R&D in primary care- an NHS priority. *Br J Gen Pract* 1998; 48 426-871.
4. White KL, Williams TF, et al. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-892.
5. White K. The ecology of medical care: origins and implications for healthcare research. *Health Serv Res* 1997; 32:11-21.
6. Pereira Gray D. Research in general practice: law of inverse opportunity. *BMJ* 1991; 302:1380-2.
7. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, et à la réforme de l'enseignement médical et développement de la recherche médicale.
8. 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.
9. Sheikh A, Smeeth L, et al. Randomized controlled trials in primary care: scope and application. *Br J Gen Pract* 2002; 52:746-751.
10. Krahn M, Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preferences *JAMA* 2008; 300:436-438.
11. De Pourville 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.
12. 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.
13. Moquet M, Falcoff H. La recherche en médecine générale: une nécessité pour la réorganisation du système de soins. *Rev Prat Med Gen* 1999;13:953-959.
14. 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.
15. Ullrich N, Botelho CA, et al. Research during pediatric residency: predictors and resident-determined influences. *Acad Med* 2003; 78: 1253-1258.
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; 24:518-525.
17. Robinson G, Gould M. What are the attitudes of general practitioners towards research? *Br J Gen Pract* 2000; 50:390-2.

18. 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.
19. Alley J, Herman J. La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille. *WONCA EUROPE 2002*.
20. Anonymous. Is primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003;361:977.
21. Bloy G, Schweyer FX. [Singuliers généralistes]. Rennes: *Presses de l'EHSP*;2010.423p.
22. Nugues S, Boissault P. [Etat de la recherche en médecine générale]. Paris: *Medical thesis, University of Paris VII, 2004*. 87p.
23. 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.
24. Marisol Touraine. Pacte Territoire-Santé du 13 décembre 2012, engagement 6 : Rapprocher les maisons de santé des universités.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. [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*.
29. 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.
30. Levasseur G, Schweyer FX. [La recherche en médecine générale en France: enjeux et perspectives]. *Cah Socio Démo Med* 2001;41:47-80.
31. Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008;58,15-9.
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. 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. Bagley B. The New Model of Family Medicine: What's in it for you. *Family Practice Management* 2005;12:59-63.

34. 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.
35. Bagley B. The New Model of Family Medicine: What's in it for you. *Family Practice Management* 2005;12:59-63.
36. Calmbach WL, Ryan JG, et al. Practice-based research networks (PBRNs) :meeting the challenges of future. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(5) 572-6.
37. Van Royen P, Beyer M, et Al. Series : the research agenda for general practice/family medicine and primary care in Europe. Part 6: Reaction on commentaries-How to continue with Research Agenda? *Eur J Gen Pract* 2011; 17(1): 58-61.
38. Van Der Weyden MB. Australian general practice: time for renewed purpose. *Med J Aust* 2003;179:6-7
39. 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.
40. Ward AM, Lopez DG, Kamien M. General practice research in Australia, 1980–1999. *Med J Aust* 2000;173:608-11.
41. [Arrêté portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires]. *Paris:Public law. July 21 2009*.
42. Cadwallader JS, Letrilliart L. Représentations de la recherché en medecine générale: l'étude RepR. *Université de Lyon I, 2010*.

## 7. ANNEXES

### 7.1 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***



## 7.2 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***

### 7.3 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 ?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira  
pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

**Faculté de Médecine de TOURS**

Anne-Catherine SCHLEGEL-TRABUT

Thèse n°

77 pages. 1 tableau.

**Résumé :**

Longtemps délaissée au profit de la recherche spécialisée dans les CHU, la recherche en médecine générale en France reste encore sous-développée actuellement, bien que la majorité des problèmes de santé relève des soins primaires.

Les objectifs de ce travail sont d'étudier et comparer les représentations de la recherche en médecine générale et d'identifier les freins et les facteurs facilitants de son développement.

Les opinions des acteurs de santé ont été recueillies lors d'entretiens collectifs puis analysées par une méthode inductivo-déductive à l'aide du logiciel Nvivo9.

La légitimité de la recherche en médecine générale est incontestée mais des difficultés subsistent pour définir la spécificité de son domaine d'investigation. Et s'il est évident que les questions doivent s'ancrer dans la pratique, les sujets d'études peuvent être aussi bien le patient dans sa globalité que le fonctionnement sociologique des médecins généralistes. Il apparaît également que l'intérêt de cette recherche est de produire une médecine avec des applications permettant une amélioration de la qualité des soins.

Les principaux freins identifiés sont liés à une méconnaissance de la médecine générale et à des obstacles pratiques. Ceux-ci pourraient être dépassés par une meilleure formation à la recherche, le développement de réseaux et une informatisation systématique des cabinets médicaux. Pour le système de soin, un regroupement des professionnels de santé couplé à une délégation des tâches (dans le but d'alléger la charge de travail) et une réflexion sur un nouveau mode de rémunération sont évoqués.

**Mots clés :** Recherche en médecine générale, soins primaires, recherche qualitative, amélioration de la qualité des soins, réseaux, délégation des tâches.

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Patrice DIOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Monsieur le Professeur Christian ANDRES

Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

**Date de la soutenance :** Le 2 mai 2013