



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Mathieu GUEDO**

Né le 08/08/1992 à PLOERMEL

---

**Recherche en soins  
primaires : enquête pour  
mesurer l'intérêt et les  
attentes des médecins  
généralistes bretons**

**Thèse soutenue à Rennes**

**le 28 mai 2020**

devant le jury composé de :

**Pr Éric BELLISSANT**

PU-PH CHU de Rennes / *président de jury*

**Pr Olivier DECAUX**

PU-PH CHU de Rennes / *examineur*

**Dr Anthony CHAPRON**

MCU DMG Rennes / *examineur*

**Dr Françoise TATTEVIN**

Médecin généraliste à Groix / *directrice de  
thèse*

## Professeurs des universités – Praticiens hospitaliers

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie- réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie- réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie

GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie- obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie- obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie

MENER	Éric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique- Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie

SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## Maîtres de conférences des universités – Praticiens hospitaliers

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>CNU</b>
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato- vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato- vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique

EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico- chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie



TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## Remerciements

**A Monsieur le doyen et Professeur Éric BELLISSANT,**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury. Veuillez recevoir mes profonds respects.

**A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez recevoir mes sincères remerciements et ma plus grande reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Anthony CHAPRON,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, vous représentez ici notre discipline, la médecine générale, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

**A Madame le Docteur Françoise TATTEVIN,**

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, merci pour le temps que vous m'avez consacré, soyez assurée de ma reconnaissance et de mon estime.

**Aux médecins généralistes bretons qui ont participé à cette étude,**

Merci pour vos réponses, nécessaires à la réalisation de ce travail.

**Aux CDOM de l'Ille-et-Vilaine et des Côtes d'Armor, à l'URPS-ML de Bretagne,**

Merci de m'avoir apporté votre concours pour la réalisation de ce projet.

**A mes maîtres de stage, les enseignants du DMG de Rennes,**

Merci de m'avoir formé et de m'avoir accompagné tout au long de mon DES.

**A mes parents et à mon frère,**

Merci pour votre présence et votre soutien constant tout au long de ces études entamées il y a déjà 9 ans.

**Au groupe Karcher,**

Merci pour votre amitié qui a débuté au cours de l'externat et qui continue malgré la distance qui nous sépare maintenant.

## Table des matières

1. Introduction.....	13
A. Les soins premiers (ou soins de santé primaires) .....	13
B. La Médecine générale.....	15
C. La recherche en MG .....	23
C.1 Les handicaps de la recherche en Médecine générale .....	24
C.2 Les atouts de la Médecine générale pour la recherche.....	28
D. Intérêt de la recherche et questionnement.....	42
2. Matériel et méthodes.....	43
A. Choix méthodologique .....	43
B. Population étudiée et recrutement.....	44
C. Recueil des données.....	45
D. Méthode d'analyse des résultats .....	45
3. Résultats .....	46
4. Discussion .....	51
4.1 Forces de l'étude .....	51
4.1 Critique de l'étude.....	51
4.3 Analyse des réponses .....	52
4.4 Comparaison avec les résultats d'études antérieures.....	57
4.5 Perspectives.....	58
5. Conclusion.....	66
6. Format article.....	67
7. Bibliographie .....	92
8. Glossaire .....	101
9. Annexes .....	103
Annexe 1 : Questionnaire diffusé (format Word).....	103
Annexe 2 : Détail de la population étudiée .....	108
Annexe 3 : Statistiques descriptives.....	109
Annexe 4 : Serment d'Hippocrate .....	113

## Liste des illustrations

<b>Tableau 1.</b> Les différents types de recherche et leur importance relative .....	25
<b>Figure 1.</b> Carré de White .....	29

*Ce document comporte un manuscrit détaillé avant une version plus courte sous format article.*

## 1. Introduction

### A. Les soins premiers (ou soins de santé primaires)

En préambule de ce travail, nous allons tout d'abord tenter de définir ce que recouvrent les soins premiers (terme tendant à remplacer celui de soins de santé primaires). Dans le présent document nous utiliserons l'une ou autre des dénominations.

La déclaration d'Alma-Ata (URSS, aujourd'hui Almaty au Kazakhstan) faite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1) sur les soins de santé primaires (SSP) le 12 septembre 1978 définit ces soins comme le « premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé et [ils] constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Ces soins ont plusieurs visées : promouvoir la santé ; engager des actions de prévention et soigner. Elle ajoute que ces soins permettent aux populations « de mener une vie socialement et économiquement productive ». Ils peuvent permettre de réduire les inégalités sociales de santé (2).

En effet, à l'inverse de la prise en charge par les autres spécialistes, les soins dentaires et optiques, l'accès aux médecins généralistes est mieux réparti (2).

Ils permettent également de diminuer la mortalité néonatale, d'améliorer plus équitablement l'état de santé des populations et évitent les hospitalisations et investigations injustifiées (3) (4).

Ils ne représentent pas des soins au rabais pour les pays en difficulté qui n'ont pas accès à des soins de santé secondaires ou tertiaires.

Ils ne nécessitent pas d'hébergement à l'inverse de ces derniers.

En 2008, dans son *Rapport sur la santé dans le monde, Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais* (5), l'OMS, trente ans après la déclaration d'Alma-Ata, réaffirme que si les soins de santé primaires (SSP) ont un coût, ils demeurent plus rentables en définitive.

En 2018, la déclaration de l'OMS à Astana (Kazakhstan), adoptée à l'unanimité par tous les pays membres de l'OMS, lance un appel à un nouvel engagement mondial en faveur des soins de santé primaires en vue d'instaurer une couverture santé universelle. Elle réaffirme un « droit fondamental à la santé » (6). Elle constate que les progrès ont été « irréguliers » depuis la conférence d'Alma-Ata.

La directrice générale de l'UNICEF, co-organisatrice de l'événement, a quant à elle dressé un constat accablant : chaque année, 6 millions d'enfants meurent de causes évitables avant l'âge de cinq ans et 150 millions d'entre eux souffrent d'un retard de croissance. L'encouragement à accorder plus de moyens aux SSP n'en est que plus criant à l'aune de ces chiffres. Sur les 7.3 milliards d'êtres humains en 2018 à peupler la Terre, au moins la moitié n'a pas accès à des services de santé essentiels (7). Et pour cause ; l'OMS avance le chiffre de 18 millions de personnels soignants manquants à l'échelle mondiale.

Les travaux montrent que les pays s'appuyant sur les SSP et les médecins généralistes (MG), par rapport à ceux permettant un accès direct aux spécialistes obtiennent de « meilleurs indicateurs de santé de la population, une meilleure équité, de meilleurs accès et continuité des soins, et [une] réduction des coûts » (3) (4) (8) (9) (10).

Les SSP peuvent s'enorgueillir de répondre à une part conséquente des besoins de santé.

Il est question de 80 à 90% des besoins de santé tout au long de la vie d'un individu pouvant être assumés par les équipes de soins primaires (11).

Une étude parue en début d'année 2019 mettait en évidence que pour 10 médecins généralistes (donc spécialistes de soins primaires) supplémentaires pour 100 000 habitants, on peut espérer augmenter l'espérance de vie des populations de 51 jours environ (8). Une augmentation similaire de médecins spécialistes (autres que généralistes) ne permettrait « que » d'augmenter l'espérance de vie de 19 jours environ.

Selon l'OMS (5), les soins de santé primaires ont des spécificités propres. Ils sont centrés sur le patient, intègrent ses caractéristiques bio-psycho-sociales, et assurent la continuité des soins.

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée en 2016 énonce : « une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitués autour de MG de premier recours » (12).

En effet, ils font appel à une équipe pluriprofessionnelle seule à même de satisfaire ces exigences : médecins généralistes, infirmières, pédiatres libéraux, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes et personnels médico-sociaux entre autres. Les services d'urgences hospitaliers et les maisons de garde sont également comptabilisés dans les services de soins primaires.

Les soins primaires peuvent être appréhendés sous 3 angles différents : selon les professionnels qui les composent ; selon les fonctions qu'ils assument et enfin comme orientation des systèmes de santé (13).

Trois modèles de soins primaires coexistent (14) :

- modèle normatif hiérarchisé : les SP en sont le pivot, régulation étatique (Espagne, Suède, Finlande...)
- modèle professionnel hiérarchisé : les MG en sont le pivot (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie...)
- modèle professionnel non hiérarchisé : pas d'acteur pivot désigné (France, Allemagne, Canada...).

Les soins primaires bénéficient de leur propre classification : la *Classification internationale des soins primaires (CISP)*. La CIM (Classification internationale des maladies)-10 intéressant davantage les soins de santé secondaires et tertiaires. Version française (1992) de l'*International classification of primary care* elle est élaborée par la WONCA (World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians), fait partie des classifications de l'OMS, concerne spécifiquement la médecine générale et s'articule avec la CIM (Classification internationale des maladies), l'ICF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) et l'ICHI (Classification internationale des interventions de santé) (15). Sa deuxième version recense 1441 concepts. Elle sert à coder les données de consultation et l'activité de médecine générale. Elle en est à sa deuxième version (2000) ; une troisième est en préparation.

Pour l’OMS, les SP ont devant eux quatre grands défis à relever : permettre un accès universel au système de soins et à la sécurité sociale ; s’adapter constamment aux besoins et aux attentes des populations ; articuler leur action avec le service de santé publique ; réformer leur leadership pour permettre une gestion efficiente et à long-terme.

A l’heure actuelle on note un allongement de l’espérance de vie mais sans augmentation parallèle de l’espérance de vie sans incapacité (16). On vit donc plus longtemps mais en moins bonne santé. Les SSP peuvent jouer un rôle important pour corriger ce paradoxe.

En France, l’organisation des soins primaires relève de deux acteurs : l’Assurance Maladie et l’Etat, celui-ci étant incarné par les Agences régionales de santé (ARS).

Un article paru dans la revue *Médecine* début 2019 rappelle que « les SSP représentent une opportunité pour le système de santé français car ils reposent sur trois piliers contributifs : un modèle global (préventif, curatif et palliatif), sur un territoire de proximité, dans une perspective d’équité » (17).

Le médecin généraliste, acteur de première ligne est par définition un rouage essentiel des soins primaires. Nous allons maintenant nous intéresser plus spécifiquement à lui, tâchant de cerner sa singularité dans son exercice.

## B. La Médecine générale

### Définition

Nous allons tenter de définir ce que recouvre la médecine générale en s’appuyant sur la première définition qui en a été faite et en la complétant par les évolutions successives qui sont apparues au fil du temps.

En 1974, le groupe de Leeuwenhorst (à l’origine de *l’European academy of teachers in general practice* (EURACT)) a proposé une définition de la discipline (18). A noter la présence dans ce groupe de Anne-Marie Reynolds pour la France, vice-présidente de la SFMG (Société française de médecine générale).

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l’âge, du sexe et de la maladie. C’est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l’hôpital. Il tente d’établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d’affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l’information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles.

Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté » (19).

Les définitions qui s'en suivront : WONCA (1991) ; CNGE (Collège national des généralistes enseignants) (1995) ; OMS (1998) ; Olesen, Dickinson et Hjortdahl (2000) et WONCA (2002) disent peu ou prou la même chose.

### **Caractéristiques**

Les médecins généralistes forment un corps professionnel qui se distingue entre autres par le nombre de ses effectifs. En effet, on dénombrait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) en France en 2018 (20). Ce chiffre est à la baisse et ne remontera qu'à partir de 2025. L'âge moyen est de 50.6 ans en 2018 (20). Il s'agit à 48.2% de femmes. Aucune autre spécialité (médicale ou chirurgicale) ne regroupe autant de praticiens.

### **Attributions**

La médecine générale appartient aux spécialités cliniques (avec la cardiologie, la dermatologie...) et diffère des spécialités médico-techniques (anatomopathologie, biologie...) et techniques (chirurgie...) (18). Son domaine de compétences est vaste.

Ainsi, les médecins généralistes seraient à même de prendre en charge plus de 80% des symptômes et des maladies que présentent les patients et qui motivent un avis médical (3). Et même jusqu'à 90% selon certaines sources (21). En France, excepté les problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, la médecine générale prend en charge tous les motifs de consultations. Par exemple 91 % des maladies du métabolisme, 88 % des pathologies digestives et 87 % des affections cardiovasculaires ou respiratoires sont traitées et suivies en médecine générale (18).

Selon la définition de la WONCA (2002), la médecine générale peut s'enorgueillir d'être au carrefour de la prise en charge du patient, en l'adressant si besoin aux autres spécialistes (fonction de « gatekeeper » ou « médecin traitant ») et en prenant si besoin le parti du patient. On peut traduire le terme « gatekeeper » par « garde barrière » ; l'accès aux soins secondaires et tertiaires est interdit sauf « validation » après appréciation des personnels de soins primaires. Dans les faits, en France, l'accès reste autorisé moyennant pénalité financière (22). L'accès direct à certains spécialistes reste toutefois autorisé : gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie, stomatologie (sauf actes chirurgicaux lourds).

Et cette obligation de passage par le médecin généraliste ne s'applique pas aux enfants de moins de 16 ans.

La médecine générale appréhende le patient dans sa globalité en privilégiant une vision holiste dans son activité. Elle s'appuie sur une relation médecin-patient patiente et féconde.



Elle assure ses soins dans la continuité. Elle raisonne en tenant compte de l'incidence et de la prévalence des pathologies rencontrées en soins de santé primaires.

William Osler l'illustre bien en disant « il est bien plus important de savoir quelle sorte de patient a une maladie que de savoir de quelle maladie souffre un patient » (23).

Elle traite aussi bien les affections aiguës qu'elle assure le suivi de pathologies chroniques.

A cette fin, le MG perçoit une rémunération supplémentaire pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Premier maillon de la chaîne de soins il appréhende les pathologies du patient à un « stade précoce et indifférencié » (24).

L'activité de prévention a plusieurs modalités. On distingue la prévention primaire, avant que la maladie ne surgisse : vaccinations, incitation au sevrage tabagique et alcoolique, nutrition, hygiène, risques au travail et dans les activités sportives ; la prévention secondaire, une fois que la maladie est présente : dépistage organisé des cancers et la prévention tertiaire qui cherche à prévenir les rechutes et les complications que la maladie peut occasionner. La prévention quaternaire quant à elle concerne les situations palliatives.

Elle assume tout autant la partie sociale de son activité, toujours dans une vision globale de sa prise en charge.

Cette vision globale fait référence au modèle bio-psycho-social.

Deux visions divergentes s'affrontent : le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial (holiste).

Le modèle biomédical perçoit la maladie comme ontologique ; comme une entité étrangère à l'organisme et qu'il convient de traiter spécifiquement (25).

Apparu à la fin des années 1980, le concept biopsychosocial a été créé par R. Grinker (26). Ce modèle holistique juge qu'il faut prendre le sujet dans sa globalité afin de mieux le saisir.

La maladie n'est pas considérée comme extérieure au sujet mais est plutôt la manifestation d'une rupture d'équilibre. La maladie acquiert une signification (25). A rebours parfois des théories de l'époque, ce concept cherche à éviter la déshumanisation de la médecine. Ainsi le savoir profane du patient enrichit le savoir scientifique objectif.

Le Code de la santé publique (article L4130-1) énumère les rôles du MG (27) :

- « Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé,
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social,
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients,
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques,
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé,
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage,
- Participer à la mission de service public de permanence des soins,
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles d'études médicales ».

Le MG appuie sa pratique sur des savoirs biomédicaux, mesurables, mais également sur une part plus « sensible » : le psychologique, l'émotionnel, le relationnel, le représentationnel et les savoirs procéduraux (28).

Il assure la permanence des soins ambulatoires. Il peut ainsi être régulateur (conseil téléphonique, télé-prescription, envoi d'un effecteur mobile, engagement du SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation), adressage aux urgences) d'une partie des appels convergeant aux numéros 116-117 (numéro spécifique aux MG libéraux) ou 15, à SOS Médecins ; être effecteur mobile ou fixe, en étant rattaché à un secteur territorial. Suite à la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), les ARS appuyées par le Conseil de l'Ordre des médecins chapeautent le dispositif. Cet engagement volontaire est rétribué par l'Assurance Maladie.

La convention de mars 1997 a proposé la création du médecin référent. Il impliquait la signature d'un contrat de suivi médical entre un patient et son médecin généraliste. Ce dispositif a été abandonné au bout d'un semestre d'essai début 1998, date de suspension de la Convention par le Conseil d'Etat.

Le médecin « référent » a laissé la place au médecin « traitant ».

La loi du 13 août 2004 laisse aux assurés la liberté de choisir pour médecin traitant un généraliste ou un autre spécialiste. En 2007, 80% des assurés ont déclaré un médecin traitant et 99.5% avaient choisi un généraliste (29). La désignation du médecin traitant peut se faire dès la naissance (30).

Les missions du médecin traitant (31) :

- « - assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP (Dossier médical partagé) ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet ».

Comme pour les autres disciplines, la médecine générale s'appuie sur des données scientifiques étayées : l'*Evidence-based medicine* (EBM) (médecine fondée sur les preuves ou médecine factuelle). Ce concept a été développé au début des années 1980 à l'université de Médecine Mac Master au Canada. Les données utilisables en pratique quotidienne se doivent de reposer sur les données les plus récentes et les plus étayées par la science.

Ainsi, toute décision clinique repose sur trois piliers (32) :

- l'expérience clinique du praticien,
- les données les plus probantes, fruits de la recherche clinique,
- les souhaits du patient.

L'EBM rencontre plusieurs freins : complexité à synthétiser les données probantes chez le patient polypathologique ; défaut de la recherche en soins primaires pour produire des données probantes ; validité des données remises en question et actualisées constamment (33).

La signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019 acte la création des assistants médicaux ; avec l'aide financière de l'Assurance Maladie. Les premiers d'entre eux sont entrés en exercice depuis le mois de septembre 2019. La création de ces postes a plusieurs finalités : améliorer l'accès aux soins des patients, améliorer les conditions d'exercice des MG en leur permettant de se recentrer sur leur activité médicale et optimiser l'efficacité des prises en charge.

Les attributions des assistants médicaux sont laissées à la discrétion du MG qui les embauche (tâches administratives ; aide à l'examen clinique ; appui pour coordonner les prises en charge...).

Pour bénéficier du dispositif il faut exercer en secteur 1 ou 2 et adhérer à l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO ; exercer en groupe (au moins deux médecins ; à noter que des dérogations existent pour les médecins exerçant seuls en zone sous-dense) et adhérer à un dispositif de coordination des soins (Equipe de soins primaires (EPS), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)...).

Après avoir défini le rôle et les attributions du MG il convient de s'intéresser à ce qui le différencie des autres spécialités médicales. L'évolution de la spécialité a été cahoteuse et n'a acquis que récemment ses titres de noblesse à l'université française, pour figurer pleinement parmi les autres spécialités.

### **La formation de médecin généraliste en France : une spécialité en marge des autres**

En 1958 la médecine générale disparaît des programmes d'enseignement (34).

Il est reproché à la loi Debré de 1958 de l'avoir en effet mise à l'écart de l'université, en privilégiant l'hospitalocentrisme et l'hyperspécialisation en créant les CHU (soins tertiaires) (35). La rupture avec la médecine de ville était consommée. Le médecin généraliste s'est vu assigner un rôle de suppléant, adressant le patient vers l'hôpital quand la situation devenait trop complexe pour lui (36).

Les patients n'ont pas déploré la situation, y voyant le signe qu'une prise en charge de qualité s'effectuait nécessairement dans les murs de l'hôpital.

Une répartition des rôles semblait prévaloir : à la médecine générale la relation médecin-malade, aux hospitaliers la maîtrise du « savoir », et aux CHU « l'excellence » (36).

Les spécialistes de médecine interne, soignant également le patient dans sa globalité, ont été les « alliés naturels » des généralistes face aux spécialistes d'organes.

Dans les années 1970-1980, pour combler le vide laissé par la réforme, un mouvement associatif propose une formation médicale continue (FMC) de proximité cherchant à coller au mieux aux besoins des participants (37).

La répartition des rôles ne satisfaisait personne : les hospitalo-universitaires se réservaient l'expertise scientifique, la partie pédagogique, avec l'animation entre autres, étant dévolue aux généralistes (37). La médecine générale a longtemps souffert de l'« idéologie médicale » qui porte aux nues la biologie, qui la dénigre par rapport aux autres spécialités, qui privilégie la technique à la clinique (18). Cette distinction vis-à-vis des autres spécialités s'inscrit encore dans le Code de l'éducation, le Code de la santé publique (38) et le Code de la sécurité sociale (18). Elle a longtemps été déconsidérée ; décrite comme « peu attractive » par Pierre-Jean LANCERY (directeur de la Santé à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole) dans son rapport au ministre de la Santé en 2007, prise en dernier choix avec la médecine du travail (18).

Elle a pu également être vue comme une preuve de médiocrité, les derniers classés pouvant systématiquement la choisir (à la différence du lieu cependant). Une sélection par l'échec (au concours) en somme.

En 1982 est créé un 3<sup>ème</sup> cycle spécifique de MG.

Le décret du 4 mars 1997 incite les externes à réaliser un stage en ambulatoire auprès d'un médecin généraliste. Stage rendu obligatoire en 2006 (39).

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 reconnaît la MG comme spécialité (38).

En 2003 se met en place le stage SASPAS (Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé).

L'arrêté du 22 septembre 2004 acte la mise en place du DES (Diplôme d'études spécialisées). Depuis 2007, les internes de médecine générale qui terminent leur cursus acquièrent le statut de « spécialiste en médecine générale ». Il faut souligner qu'en France, l'Université est seule habilitée à dispenser la formation initiale des MG.

La formation continue est quant à elle entre les mains de la profession.

En 2007, 44 chefs de clinique assistants en MG (CCA-MG) ont été nommés, avec en moyenne 15 nouvelles nominations par an (40).

Notons qu'en 2013, les CCU (chefs de clinique des universités) de MG ne représentent que 5% de l'ensemble des CCU alors qu'ils encadrent 50% des internes (41).

### **Rémunération du MG**

En France le MG libéral est payé essentiellement à l'acte. Cette rémunération tient compte du nombre de patients vus et des différents actes qui sont réalisés, chacun ayant un prix déterminé.

Les actions de prévention et d'éducation, chronophages, ne sont pas valorisées par ce type de paiement.

Le MG suivant des patients atteints d'une ou plusieurs affections de longue durée perçoit un forfait annuel pour leur prise en charge.

Les gardes et les astreintes sont également rémunérées via des forfaits.

La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) apparue en 2011 rémunère le médecin sur des critères plus « qualitatifs ».

Elle s'articule autour de trois volets : le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience des prescriptions.

Elle est accessible à tout médecin généraliste libéral ayant adhéré à la convention médicale. Elle repose sur 29 indicateurs. En 2018, les MG ont reçu en moyenne 4915 euros grâce à ce dispositif (42).

### **Intégration du MG avec les autres professionnels de soins premiers**

L'exercice pluriprofessionnel permet aux MG d'échanger avec leurs confrères, de continuer à se former, à progresser professionnellement et offre une organisation de travail plus souple. Il permet de fixer les professionnels sur un territoire, particulièrement ceux qui sont sous-dotés en médecins.

En 2016 la loi de modernisation du système de santé a permis la création des Equipes de soins primaires (ESP). Celles-ci représentent le premier échelon de la coordination interprofessionnelle, autour des MG. Elles sont constituées *a minima* par un MG et un professionnel paramédical. C'est une forme de coordination « très souple, moins formalisée et intégrée que les maisons ou les centres de santé » (43). Le partage d'informations s'effectue entre les différents intervenants sur la base d'un projet de santé. En 2018, les ARS ne recensaient qu'une cinquantaine d'ESP dont 9 étaient effectivement en place. La coopération peut s'effectuer davantage auprès de populations sélectionnées (femmes enceintes, patients tabagiques...) ou par rapport à des pathologies spécifiques (BPCO, insuffisance cardiaque...). Les ESP peuvent se décliner sous la forme de maison de santé ou de centre de santé. Les URPS (Union régionale des professionnels de santé) portent les projets d'ESP. Le Fonds d'intervention régional (FIR) peut être octroyé pour le développement de ces projets.

En 2018, on dénombrait 1200 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où exercent 4.5% des MG. Ces structures s'appuient sur un projet de santé attestant de la coordination de leurs activités. Elles regroupent au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical exerçant sur une même zone géographique. Elles établissent avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalable à une rémunération.

Depuis octobre 2017, les MSP peuvent devenir MSPU (universitaire). La formation et la recherche en soins primaires y sont valorisées. Elles doivent comporter au moins un enseignant titulaire de médecine et un chef de clinique de MG et établir une convention spécifique avec l'ARS et un établissement d'enseignement.

La Maison de santé rurale est le pendant « rural » de la MSP et est gérée par la MSA (Mutualité sociale agricole).

En 2018, 2062 centres de santé sont répertoriés. La Bretagne figure parmi les régions les moins pourvues concernant ce dispositif. Les centres de santé s'implantent majoritairement dans les zones urbaines défavorisées. Le tiers payant y est presque toujours la norme pour favoriser l'accès des populations aux soins. Les professionnels de santé y exerçant sont salariés de la structure.

Les CPTS, créées elles aussi par la loi Touraine (loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé), doivent se déployer au niveau territorial, prenant en charge la population sur un bassin de vie (à la différence des ESP qui portent un projet à destination de leur patientèle). D'autres acteurs que les professionnels libéraux entrent dans le dispositif (établissements sanitaires, médico-sociaux...).

Les médecins peinent à intégrer ces dispositifs ; plus plébiscités par les infirmiers (17).

Les Plateformes territoriales d'appui (PTA) servent à coordonner des parcours de soins complexes. Ces dispositifs sont mis à disposition des professionnels de santé par les ARS. Elles visent à éviter les hospitalisations inutiles ou évitables et préviennent les ruptures de parcours. Leur expérimentation et leur évaluation entrent dans le cadre des territoires de santé numériques.

Le MG, spécialiste des soins primaires, pour pouvoir exercer et prendre en charge correctement sa patientèle doit s'appuyer sur des données probantes. La recherche, au même titre que le soin et la prévention, fait partie intégrante de son exercice.

## C. La recherche en MG

La nécessité de la recherche est bien illustrée par la formule suivante : « une discipline clinique sans recherche clinique est comme une langue morte » (44).

Il est intéressant de rappeler que chaque jour dans le monde près de 5000 articles sont publiés dans des revues scientifiques (toutes disciplines confondues) (33).

Qu'en est-il de la recherche concernant la MG ?

En France, la première expérience de recherche en MG date de 1975. La SFMG et la Société médicale Balint codirigent l'essai clinique. Il s'agit à l'époque d'évaluer la tolérance de l'ACEBUTOLOL (Sectral®), produit par le laboratoire Specia (devenu Sanofi-Aventis) dans la maladie hypertensive (34).

En 1977 est signé un contrat de recherche entre la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et l'INSERM « Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine générale ».

Précisons tout d'abord que la recherche en médecine générale n'est pas réservée aux seuls généralistes ; les auteurs publiant le plus souvent sur le thème sont issus d'autres spécialités (45).

Le potentiel de recherche en médecine générale compte tenu du nombre de patients vus est considérable et largement inexploité. Nous le démontrerons chiffres à l'appui un peu plus loin.

On ne peut tout simplement pas transposer les pratiques de recherche des secteurs secondaires et tertiaires à la pratique ambulatoire. Les patients hospitalisés par exemple reçoivent leurs traitements à heures fixes ; l'investigateur peut s'assurer qu'il n'y a pas de modification des habitudes de vie durant le séjour (alimentation, activité physique...) (46).

La recherche est une activité qui a longtemps été étrangère à la MG, semblant réservée aux autres spécialités.

Elle est pourtant primordiale pour améliorer la pratique de médecine générale et donc la prise en charge des patients. Jean de Butler, membre fondateur de la SFMG, président fondateur du CNGE et un des premiers professeurs associés de MG, énonce une évidence : « la MG doit avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres spécialités »(35).

Quand on parle de recherche en MG il faut bien dissocier trois champs cognitifs différents :

- la recherche en MG, s'intéressant à la clinique et à l'épidémiologie,
- la recherche sur la MG, s'intéressant aux pratiques et à ses formes d'exercice,
- la recherche par les médecins généralistes, secteur peu exploré en France (47).

Nous allons développer initialement les freins à l'appropriation de cette culture de recherche par les MG avant de nous intéresser aux atouts que la MG peut déployer pour inverser la situation.

## C.1 Les handicaps de la recherche en Médecine générale

### C.1.1 Définir la recherche en MG

Il convient tout d'abord de définir les activités de recherche applicables à la MG. La tâche n'est pas aisée. En effet, certaines études ont mis en lumière la difficulté à définir la recherche en MG, par les principaux intéressés eux-mêmes (48) (21).

Gérard de Pouvourville, alors directeur de recherche au CNRS, dans son rapport paru en 2006 : *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions* a montré qu'entre 1990 et 2000, un tiers des études parues cherchaient à définir les frontières de la recherche en MG (49).

Il convient de prendre en considération ce qui différencie l'activité du MG.

La prévalence des affections n'est pas la même en ambulatoire et à l'hôpital ; ce qui peut fausser l'interprétation des tests diagnostiques.

L'accès au MG est direct, les patients ne sont pas sélectionnés avant leur arrivée. Le biais de recrutement impactera moins le résultat des projets que dans un CHU.

L'exercice diffère également, notamment le cheminement diagnostic.

Le MG, après avoir examiné son patient, peut éventuellement prescrire un premier examen complémentaire, qu'il complètera ensuite selon le résultat du premier. La spécificité diagnostique est optimisée. A l'hôpital il est possible de demander plusieurs examens sans attendre les premiers résultats, on augmente la sensibilité diagnostique ; ce qui fait que l'on diagnostique plus de pathologies fortuitement (46).

Pour terminer, le MG exerce son activité dans une temporalité différente de celles d'autres spécialistes. Hors urgence, il peut choisir de reconvoquer le patient pour le réévaluer, choisir l'expectative pour voir l'évolution de la symptomatologie. Ce qui ne peut être fait à l'hôpital, compte tenu des contraintes financières (durées moyennes de séjour, tarification à l'activité (T2A) ...).

### C.1.2 Défaut de formation/ mauvaise coordination

Gérard de Pouvourville a dressé un état des lieux de la recherche dans cette discipline. Le constat qu'il en a fait est peu reluisant comme d'autres le feront peu après lui (18). Déplorant le « handicap » que représente la recherche pour cette discipline en France il en identifie les principaux maux : manque patent de formation pour les activités de recherche, défaut quantitatif du nombre de travaux et morcellement de ces travaux.



Les Centres d'investigation clinique (CIC), au sein des CHU, sont un levier intéressant pour la production de travaux de recherche par le biais d'une aide méthodologique et logistique.

Il n'y a pas d'intérêt à développer des structures de recherche parallèles, spécifiques aux médecins généralistes.

Partager ces structures permettrait au contraire l'intrication des projets de recherche entre les différentes spécialités. Les MG doivent davantage intégrer ces structures et tirer profit de leurs compétences.

La recherche ne semble pas faire partie de la culture du généraliste français, à l'inverse du Royaume-Uni, des Pays-Bas et des pays scandinaves (50). Les travaux des MG des Etats-Unis et du Royaume-Uni représentent respectivement 50% et 25% des productions mondiales (51). Entre 1998 et 2006, dans *Medline*, comparativement au Royaume-Uni, aux Pays-Bas ou à la Belgique, le manque de production française est patent. Avec 10 fois moins de généralistes, les Pays-Bas et la Belgique produisent 5 fois plus que nous (35). Une autre étude place la France loin des deux pays en tête de proue : les Etats-Unis et le Royaume-Uni (52).

Le problème vient également du type de travaux réalisés de façon prépondérante en MG.

Les travaux recensés étaient à 99% descriptifs (34% qualitatifs), n'ayant donc aucune incidence sur l'amélioration de l'état de santé des patients (35). La recherche en MG doit donc se réorienter vers des études interventionnelles en complément des études descriptives (dressant un état des lieux) et qualitatives (cherchant à analyser et comprendre les motivations). Les études interventionnelles ne peuvent exister sans ces deux composantes mais elles seules ont un impact démontré sur les soins et sur la santé.

Une autre étude a recensé 271 articles de recherche intéressant la MG de 1990 à 2000 (revues *Exercer*, *Revue du praticien – MG*), de 1997 à 2000 (revue *Concours médical*) et 161 premiers auteurs différents. Quatre UFR se détachent par leur production d'articles : Nantes, Bichat, Lyon et Paris V (49).

Le Comité d'Interface a regardé en détail de 1997 à 2000 les articles parus dans la *Revue du praticien* et *Exercer* : la majorité des études sont descriptives, un tiers sont évaluatives avec un dispositif expérimental (49). Le tableau ci-dessous résume ce travail.

Ces études utilisent principalement comme population des patientèles issues de plusieurs cabinets médicaux (49).

Type de recherche	%
<b>Epidémiologie</b> Caractérisation de l'état de santé d'une population	10%
<b>Recherche clinique-aide à la décision</b> Evaluation de stratégies diagnostiques et thérapeutiques- Elaboration/ Evaluation d'outils d'aide à la décision	16%
<b>Relation médecin-malade</b> Caractérisation de la dimension psychothérapeutique de la relation aux soins	7%
<b>Observations cliniques</b> Description de cas cliniques	2%
<b>Prévention et promotion de la santé</b> Mise en place/évaluation d'actions de dépistage ou de promotion de la santé	11%
<b>Organisation des soins de première ligne</b> Description du domaine d'intervention du MG en soins de première ligne Interfaces entre le MG et les autres acteurs du système de soins	6%
<b>Conditions d'exercice</b> Aspects démographiques et économiques de la pratique généraliste	8%
<b>Spécificités de la pratique</b> Caractérisation de la nature et de la spécificité des problèmes de santé des populations traitées par le MG	32%
<b>Autres</b>	8%

**Tableau 1.** Les différents types de recherche et leur importance relative (49)

Les thèses ne sont pas en reste, l'écrasante majorité est représentée par des travaux quantitatifs et notamment les études descriptives transversales (53).

Les médecins hospitalo-universitaires (MHU) associent fréquemment la recherche en MG avec les méthodes qualitatives et descriptives ; les études randomisées lui seraient étrangères (48).

### C.1.3 Défaut de valorisation

Dans son travail de thèse réalisé en 2017 (54), Marguerite Roden Anderson a montré que seulement 29% des thèses de médecine générale soutenues à Paris-Descartes entre 2012 et 2015 seraient valorisées et environ 9% des thèses seraient publiées dans des revues indexées.

La thèse de Sophie Nugues parue en 2004 a démontré que moins de la moitié des études réalisées par des MG sont finalement éditées dans des revues scientifiques indexées ou non (55).

Ces travaux de thèse finissent dans la littérature grise sans espoir d'être valorisés.

Les publications dans des revues anglophones (*BMJ, Family Practice, Family Medicine, Family Practice Research Journal, Journal of Family Practice, Journal of the American Board of Family Practice,*

*American Family Physician*) restent anecdotiques (49). La mauvaise maîtrise de la langue anglaise est là aussi à déplorer.

Pour finir, ce qui fait la singularité de son exercice (pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité) est en décalage avec les revues médicales, qui sont souvent monoprofessionnelles et monodisciplinaires.

#### C.1.4 Financements insuffisants

Comme énoncé précédemment, les soins primaires permettent *in fine* de réaliser des économies.

Dans un article du *BMJ* publié en 1991, Denis Pereira Gray regrettait déjà que le gouvernement britannique alloue si peu de ressources pour la médecine générale, alors qu'elle est la spécialité s'adressant au plus grand nombre et donc susceptible d'améliorer la santé de davantage de personnes, en étant plus rentable (21). On parlait à l'époque de la « loi d'inverse opportunité ».

Malheureusement la carence de financements pour la recherche en MG reste d'actualité.

Il est avancé que seulement 10% des fonds pour la recherche sont alloués pour traiter 90% des problèmes de santé les plus courants, rencontrés par définition en soins primaires (56).

Un autre article parle de 19.28% des dépenses courantes de santé consacrés aux SSP en 2010 (57).

Le problème du financement des MG pour leur participation à la recherche est un problème rémanent (58).

Des pistes sont évoquées pour remédier à cette situation.

L'INSERM et le Collège de la médecine générale proposent par exemple d'inclure le recueil de données médicales au cabinet dans les indicateurs de la ROSP (59).

#### C.1.5 Manque de temps

Le manque de temps et la lourdeur administrative sont des obstacles pour les MG désireux de s'investir dans les activités de recherche (60) (61) (62) (63).

Il convient de regarder plus en détail comment s'organisent les journées d'un MG. Ils réalisent en moyenne 22 consultations par jour, de 17 minutes environ (64). Mener des projets de recherche doit tenir compte de la part, nécessairement congrue, qu'un MG peut accorder raisonnablement à ces activités en plus du soin.

Treize heures hebdomadaires sont déjà consacrées à des tâches non médicales (65).

La recherche a une fonction éminemment valorisante. Son pendant est l'exigence qu'elle impose (évaluation par les pairs, à l'échelon national et international, en milieu ouvert et concurrentiel) (47).

Les MG, souvent débordés par leurs activités de soins, ont délaissé cette part de leur activité, non rémunératrice et chronophage.

Malgré ce constat, la médecine générale dispose de plusieurs atouts pour rebondir et inverser la tendance.

## C.2 Les atouts de la Médecine générale pour la recherche

Il n'est pas nécessaire de rappeler ici l'importance que revêt pour les médecins généralistes la nécessité d'organiser leurs activités de recherche pour répondre au mieux aux questions se posant dans leur discipline.

Il est communément admis que la recherche appliquée à la médecine générale permettra d'améliorer la qualité des soins.

Les résultats obtenus en soins primaires ont parfois permis de remettre en cause les prises en charge faisant alors référence (66).

Des études ont montré l'intérêt de la recherche en pratique pour éviter l'épuisement professionnel (*burn-out*) des soignants eux-mêmes (67).

Gérard de Pouvourville illustre bien en chiffres le fait que la médecine générale ne s'adosse pas au même volume de patients et de consultations. Ainsi en 2003, 294 millions de consultations et visites pour les médecins généralistes, « seulement » 123 millions de consultations, visites et actes techniques pour les autres spécialistes libéraux (49). Quant à l'hôpital il est question de 39.7 millions de venues par an sur la même année, en additionnant les différentes prises en charge.

Les MG se déclarent intéressés par la recherche. Effectivement, les chiffres parlent d'un tiers environ des MG désireux de s'impliquer en sus de leur activité de soins (60).

Un intérêt que l'on retrouve dans d'autres études étrangères (68) (69). Jusqu'à 50% pour les MG britanniques (46).

L'étude DRIM a interrogé 452 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes en 2011.

Elle a permis de mettre en évidence que le souhait de devenir investigateur était corrélé à l'âge (être plus jeune de 10 ans) ; être maître de stage et avoir déjà participé à des projets de recherche (60).

Un retour d'information, une indemnisation et la pertinence de l'étude impactaient positivement leur souhait de participer.

Les médecins demandent à être partie prenante dès la conception de l'étude et non de simples recruteurs de patients pour des études menées à l'hôpital (70) (71).

Les médecins qui considèrent la recherche comme un moyen de formation pensent également améliorer leur pratique clinique suite à ces travaux (72). Selon certaines études (73), plus de la moitié des MG investis dans la recherche modifient leur activité quotidienne après connaissance des résultats des études auxquelles ils ont participé.

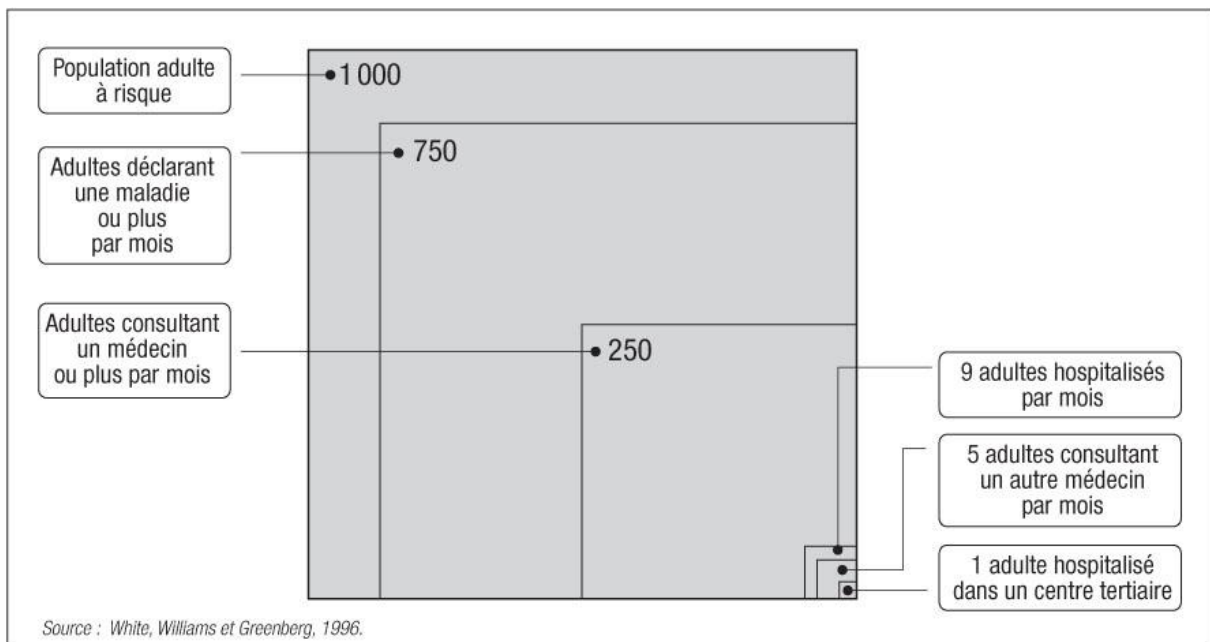
A rebours de l'hospitalocentrisme, le système de santé français actuel ambitionne de se recentrer sur les soins primaires avec le « virage ambulatoire », pour assurer une meilleure gradation des prises en charge. En effet le système hospitalocentré est efficace pour traiter les affections aiguës mais n'est pas pertinent pour assumer des prises en charges de maladies chroniques avec une population française

de plus en plus vieillissante. Les soins primaires tiennent leur revanche, remis à l'honneur après avoir été délaissés.

### C.2.1 Le carré de White

*The ecology of medical care* (74), publié en 1961 par White et al. dans le *New England journal of medicine* illustre bien le hiatus qui existe entre le volume de patientèle pris en charge par le système de soins primaires et celui pris en charge par le système tertiaire (l'hôpital) sur lequel repose pourtant l'essentiel des travaux de recherche.

Ainsi pour les pays anglosaxons étudiés (Etats-Unis et Grande-Bretagne), pour 1000 habitants (adultes et plus de 16 ans), si 750 sont malades, 250 parmi eux consulteront un médecin de soins primaires, seulement 9 d'entre eux seront pris en charge à l'hôpital, 5 réorientés vers un autre médecin et 1 seul sera pris en charge dans un CHU.



**Figure 1** : Carré de White (49)

Leurs travaux ont fait l'objet d'une réédition en 1997 (75) et 2001 (76).

Cette démonstration magistrale suffit à démontrer la spécificité de la MG, qui soigne plus de patients. La MG doit donc s'émanciper du système de soins tertiaires pour bâtir son propre corpus de littérature (77). Un autre chiffre saisissant : 62% des recommandations s'appliquant aux soins primaires reposent sur des études non bâties sur des patients vus en soins primaires (77).

A noter que la médecine générale touche une population également différente de celle visée par la recherche en santé publique ; le médecin généraliste ne voyant pas l'ensemble de la population générale.

Plusieurs domaines de recherche intéressant les médecins généralistes ont été décrits (78) (45) :

- « - l'épidémiologie clinique d'une population spécifique,
- l'épidémiologie des signes précoces, facteurs d'accompagnement et des prédispositions,
- l'épidémiologie des évolutions à long terme, en tenant compte de l'influence des attitudes, de la mise à contribution, de la gestion de l'incertitude,
- l'influence d'un triple contexte sur le résultat de la rencontre entre médecin et patient : le contexte du patient et de sa famille, le contexte du médecin et de son cabinet et le contexte du système de santé,
- le « *setting* » de la rencontre médecin-patient, c'est-à-dire l'organisation concrète de leur rencontre : les conditions de visite à domicile ou de consultation au cabinet, sur rendez-vous ou non programmé influencent le résultat de la rencontre et constituent eux aussi un domaine de recherche,
- le processus interactif complexe entre médecin et patient, non prédictif quant à ses effets, qui nécessite des méthodes de recherche issues des sciences humaines, jusqu'ici peu utilisées par les autres disciplines médicales ».

L'exercice de la médecine générale peut en effet profiter de l'apport des sciences humaines et sociales qui s'intéressent au médecin, au patient et qui questionnent la relation qui s'opère entre eux deux.

Certains médecins généralistes sont motivés pour rédiger des recommandations de bonne pratique à l'instar de ce qui peut se faire par d'autres spécialités (48).

L'intérêt de la recherche en MG est évident pour les patients également (79). Ils y voient une opportunité d'être au centre des projets et des questionnements, pris dans leur globalité et non réduits à leurs organes (48). Il n'y a pas lieu pour le médecin de craindre pour la viabilité de la relation de confiance qu'il a tissée patiemment avec son patient en lui proposant de participer à une étude (79).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un levier intéressant pour développer la recherche en soins primaires (80). Les MG y travaillant ont l'habitude du travail en équipe. Leur action de coordination s'inscrit concrètement au quotidien. Ces structures sont une vitrine pour l'évaluation du parcours du patient, la délégation de tâches, le suivi...

A noter que la production de travaux de recherche en MG progresse : 163 publications par les 35 DMG ont été recensées en 2014 vs 155 en 2013 (81).

Nous allons maintenant récapituler brièvement en dates le développement de la recherche en MG.

### C.2.2 Historique de la recherche en MG (82)

- 1991 : Nomination des premiers enseignants universitaires associés de MG (8)
- 1995 : Création des Départements de MG (DMG). Ils sont à l'origine dirigés par un hospitalo-universitaire et un MG.
- 1999 : Tenue du 1<sup>er</sup> congrès de recherche en MG à Toulouse
- 2006 : La MG intègre le Conseil national des universités (CNU) au sein d'une sous-section qui intègre également la médecine interne, la gériatrie et biologie du vieillissement et l'addictologie Amorce de la Filière universitaire de Médecine générale (FUMG) ; 16 chefs de clinique de Médecine générale associés sont nommés, avant de devenir chefs de clinique universitaires (CCU) en 2008
- 2007 : Première Journée nationale des jeunes chercheurs en MG
- 2008 : Création de la Filière universitaire de médecine générale (FUMG)
- 2009 : Apparition des Enseignants universitaires titulaires de MG par la voie de l'intégration
- 2011 : Les enseignants cliniciens ambulatoires deviennent des MSU  
Nomination du 1<sup>er</sup> MCU (Maître de conférences des universités) de MG par la voie du concours
- 2012 : Création du poste de CCA, poste d'attente en vue de candidater au poste de MCU
- 2013 : Nomination du premier Professeur des universités de MG par la voie du concours
- 2014 : Création d'une sous-section au sein du CNU dédiée à la médecine générale
- 2015 : Création de la sous-section 53-03 de MG

La recherche en MG peut s'adosser à de multiples structures la valorisant de façon complémentaire à des échelons différents.

### C.2.3 Les acteurs de la recherche

#### La FUMG (Filière universitaire de MG)

##### Les DUMG

Il existe 37 DUMG rattachés à une Unité de formation et de recherche (UFR) de Médecine.

Les activités de recherche qui y sont menées se reposent sur les travaux de thèses des internes de médecine générale. Ils assurent également un accompagnement et dispensent des formations pour les étudiants des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles.

#### Les Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS, créées en 2010, soutiennent le recrutement des MSU, les infrastructures de recherche clinique des CHU et le développement des réseaux de recherche en soins primaires.

Nous traiterons plus spécifiquement de l'action de l'ARS Bretagne dans ce document.

Celle-ci, par le biais de son Département Innovation Santé, « finance, anime, cadre ou met œuvre l'innovation en santé » (83). Elle cherche à diffuser sur le territoire régional les initiatives loco-régionales ayant un impact positif. Il ne s'agit pas de développer un plan d'action d'inspiration nationale qui serait dicté aux territoires uniformément et sans concertation avec eux.

La DRCI (Délégation à la recherche clinique et à l'innovation)

Elle exerce un rôle de promotion d'études, de gestion administrative et réglementaire (déclaration à la CNIL, au CPP), de pharmacovigilance en lien avec les Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et d'assurance qualité.

Ils offrent également l'aide de biostatisticiens (élaboration de projets, *data management*, analyses), de techniciens d'études cliniques (TEC) et d'assistants de recherche clinique (ARC).

Une aide financière peut être allouée pour la traduction d'articles.

La DGOS (Direction générale de l'offre de soins), dépendante du Ministère de la Santé

Elle coordonne l'organisation des activités à l'échelon national, organise les appels d'offres et gère la structuration des réseaux de recherche.

Les porteurs de projet peuvent utiliser une plateforme web dédiée : Innovarc ®.

A noter que depuis 2013 la thématique des soins primaires est priorisée dans les appels à projets.

Direction générale pour la recherche et l'innovation (DGRI)

Elle pilote l'élaboration de la stratégie nationale de recherche en lien avec les différents ministères. Elle assure la mise en œuvre de cette stratégie et son évaluation.

Elle participe également à définir une stratégie de recherche européenne et internationale.

Le GIRCI-GO

Les Hôpitaux universitaires du grand Ouest (HUGO) regroupent les structures établies en Bretagne, dans les Pays de la Loire et le Centre Val de Loire : CHU-CHR (Brest, Angers, Nantes, Rennes, Tours, Orléans), l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, le CH du Mans et le CH de Vendée.

HUGO rassemble 65 unités de recherche, comptabilise 5200 essais cliniques et 3700 publications (84).

Le GIRCI-GO porte la valence recherche d'HUGO.

Ses missions sont d'animer, soutenir (appui aux jeunes chercheurs via des prix, bourses), promouvoir, coordonner les actions de recherche clinique que présentent les établissements membres de HUGO.

Le GIRCI dénombre 14 réseaux d'investigateurs dont 9 réseaux de compétences.

Création de « Thésaurus » avec le GIRCI-Est : base de données répertoriant les appels à projet de recherche clinique et translationnelle, les bourses et les prix.

L'importance des CHU dans le domaine n'est plus à prouver. On gardera en mémoire que 12 CHU concentrent 80% des implantations des unités de recherche (85).

EPST (Etablissements publics à caractère scientifique et technologique) : l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale)

Créé en 1964 il regroupe 9 instituts thématiques permettant de dresser un état des lieux de la recherche dans différents domaines et de la faire progresser. Il se targue d'être au 1<sup>er</sup> rang européen (et au 2<sup>ème</sup> rang mondial) des institutions académiques de recherche dans le domaine biomédical avec près de 12 000 publications chaque année (86).

Depuis 2010 elle édite gratuitement tous les trois mois un magazine *Science&santé*.



Les Centres d'investigation clinique (CIC) sont l'interface entre l'INSERM et les CHU pour la réalisation de protocoles cliniques. Ils regroupent des méthodologistes, des TEC, des *data managers*, des biostatisticiens, des *medical writers* et des qualitatifs.

A Rennes, le CIC Inserm 1414 a représenté la première collaboration de ce type en France. Elle est dirigée par un universitaire titulaire de médecine générale. Elle regroupe tous les chefs de clinique de médecine générale. Elle permet le développement d'axes de recherche.

En 1999 est mise en place le Comité interface Inserm-MG (CIMG) pour faciliter les contacts entre les MG et les chercheurs. Environ 20 ans après la création de ces comités avec les autres spécialités (34).

#### Instituts fédératifs de recherche (IFR)

Au sein de l'INSERM, ils permettent de coordonner les différentes structures de recherche pour un projet donné. Ils sont créés ou renouvelés tous les quatre ans.

#### Réseau RECaP (Recherche en épidémiologie clinique et en santé publique)

Développé en 2013 au niveau national par l'Institut de santé publique de l'INSERM et le réseau des CIC pour coordonner les recherches des CIC-EC (module épidémiologie clinique). Il permet de mettre en commun les projets de recherche originaux et développe les innovations. Il rassemble 8 CIC-EC, cinq CIC-P (plurithématique) et deux équipes de recherche dispersées sur le territoire. Le CIC-EC 1433 de Nancy en assure la coordination. Il développe plusieurs groupes de travail thématiques dont le groupe « soins primaires ».

#### Alliance AVIESAN, entre CHU, Universités et EPST

C'est le 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> opérateur de recherche à l'échelon mondial (85).

On y retrouve l'ensemble de la chaîne des activités de recherche, du fondamental au translationnel.

#### Maisons et Centres de santé pluriprofessionnels universitaires

Ces structures permettent de développer la recherche et la formation en soins primaires.

Elles doivent être constituées d'une majorité de MSU et accueillir des étudiants en médecine (externes, internes) voire d'autres professionnels de santé en formation.

Elles doivent nécessairement comporter en leur sein un enseignant titulaire universitaire ou associé universitaire de MG et un chef de clinique ou ancien chef de clinique en MG.

Une convention doit être signée entre l'ARS, l'UFR et la structure. La qualification est accordée pour 5 ans, délai au bout duquel une évaluation est réalisée.

Ses missions (87) :

- « – inciter les médecins à adhérer à un réseau national universitaire d'investigateurs en soins primaires,
- s'engager à mettre en œuvre un recueil structuré d'informations médicales permettant une analyse des données produites,
- formaliser un programme de participation à des travaux de recherche,
- faire participer des professionnels à des revues bibliographiques et à des analyses d'articles ».

### Pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES)

Ils ont le statut d'Etablissement public de coopération scientifique.

Ils permettent depuis 2006 aux universités, grandes écoles et organismes de recherche d'accorder leurs dispositifs, de développer conjointement leurs activités et leurs moyens.

L'Université Bretagne Loire en fait notamment partie. Ils se présentent comme une voie d'accès à la compétition scientifique internationale (88). Le pôle, dont chaque publication porte le sceau, acquiert une meilleure visibilité à l'international.

### Les sociétés savantes

Outre le rôle prépondérant qu'elles assurent en termes de formation continue, elles participent également à la production de travaux de recherche.

Elles disposent de financements utilisés pour la recherche pédagogique entre autres, ce qui explique que les médecins généralistes se soient emparés plus rapidement que les autres spécialistes de cette thématique (49).

### **A l'échelon international**

#### La WONCA (*World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians*)

Fondée à Melbourne (Australie) en 1972 par 18 pays, elle existe actuellement dans 131 pays et territoires regroupant 500 000 médecins de famille et représentant 90% de la population mondiale (89). Son secrétariat est localisé à Bangkok (Thaïlande). Elle est divisée en 7 sections, couvrant chacune une région du monde : Europe, Asie-Pacifique, Afrique, Amérique du Nord, Amérique latine, Asie du Sud et Moyen-Orient. Elle dispose d'un groupe de travail axé sur la recherche et subventionne des projets de recherche. Dans son rapport annuel 2019, on peut lire qu'elle a soutenu deux projets de recherche portant sur l'amélioration de l'organisation et du financement des soins de santé primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire (90).

Le *Vasco de Gama Movement* est la branche jeune européenne de la WONCA (91).

#### EGPRN (*European general practice research network*)

Il s'agit d'une association de médecins et d'autres professionnels de soins primaires s'intéressant à la recherche. Ses objectifs sont de « fournir un cadre approprié pour discuter et développer la recherche en soins primaires ; encourager et coordonner les études multinationales, échanger des expériences et développer une base scientifique validée pour la pratique générale » (92).

GDR/GDRE/GDRI (Groupe de recherche national/ Groupe de recherche européen/ Groupe de recherche international)

Il s'agit d'un réseau de partenaires qui collaborent autour d'un projet commun.

Ses missions sont les suivantes : « identifier et cartographier les compétences et les innovations qui émergent en France ; faire un effort de prospective, pour projeter ces innovations au sein d'une chaîne de valeur ; confronter ces éléments aux besoins industriels et cliniques à court et long terme ; comparer le potentiel national au regard de ce que fait le monde ; établir des propositions de projets collaboratifs » (93).

## **En France**

### Le Collège de médecine générale

Cette association loi 1901, fondée en 2009, ambitionne de réunir l'ensemble des parties qui œuvrent pour la médecine générale » (94). Le Collège a une triple casquette : professionnelle, scientifique et politique.

Il est le représentant officiel de la France au WONCA monde et membre de l'UEMO (Union européenne des médecins omnipraticiens) depuis 2014 (vice-présidence depuis 2017).

Si on peut lire sur son site internet qu'il œuvre à « favoriser le développement des études et des travaux de recherche en soins primaires » (94) ; il ne produit pas de travaux de recherche en son nom propre mais est un appui utile pour les congrès internationaux biennaux organisés par la WONCA monde et un relais de ces travaux auprès des institutions (49).

Le Collège travaille en partenariat avec l'INSERM dans le cadre du Comité Interface INSERM – Médecine générale (CIMG) depuis 1999.

Il organise un congrès annuel pour promouvoir la qualité de l'exercice de la MG, fédérer et mobiliser les différents acteurs, les représenter auprès des instances politiques, professionnelles et institutionnelles.

### La SFMG (Société française de MG)

Créée en 1973, association loi 1901, ses membres fondateurs, bénéficiant des travaux du médecin généraliste autrichien Robert Braun, ont permis la création du *Dictionnaire des Résultats de Consultation* (DRC) (49). Cet outil a permis de constituer un groupe de médecins généralistes informatisés qui colligent les pathologies vues à leur cabinet ainsi que la prise en charge thérapeutique qui a été la leur (49).

Elle est constituée de 1200 membres (95), est membre du Collège de la médecine générale et a permis l'élaboration du logiciel d'aide à la prescription *Thériaque*. Ses travaux de recherche sont compilés dans les *Documents de recherche en médecine générale*.

L'Observatoire de médecine générale, créé en 1993, a permis la production de travaux de recherche de la SFMG en lien avec d'autres structures (IRDES, CERMES (INSERM U750, Unité de Pharmacoépidémiologie de l'Université Bordeaux II) (49). Alimenté par les données de 220 médecins de 1994 à 2009 sur 800 000 patients, 7 400 000 consultations et 9 800 000 diagnostics ; il a depuis fermé à cause du coût de fonctionnement que la SFMG ne pouvait plus assumer (96). Les données sont désormais disponibles en libre accès.

### La SFTG (Société de formation thérapeutique du généraliste)

Créée en 1977 elle est aussi un organisme de formation continue. La recherche s'y est développée à partir de 1987. Création d'un département recherche en 1990. Ses thématiques de recherche sont les suivantes : « l'histoire naturelle des maladies, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine générale, la relation entre le médecin, son patient et son entourage, la recherche sur l'organisation des soins primaires » (49).

Ses correspondants pour les activités de recherche sont la Société française de santé publique, l'Unité INSERM 149 et le CERMES (INSERM U750).

Elle peut compter sur l'action de 15 médecins généralistes (49).

### Le CNGE (Collège national des généralistes enseignants)

Fondée en 1983, cette société scientifique de MG a plusieurs attributions. Elle est l'organe représentatif des enseignants de MG, des professeurs associés aux maîtres de stage. C'est également un organe de formation continue. Il publie des ouvrages à destination des internes de la spécialité et participe à la formation initiale des jeunes médecins en organisant les cursus de DES au niveau national (49). Il est également le support des activités de recherche développées dans les DUMG. Création d'une section « recherche » en 2003 s'appuyant sur un réseau de médecins généralistes de plus de 500 membres (97). Il existe un référent CNGE « recherche » par DUMG (49). Le CNGE organise des séminaires pluriannuels pour former les MSU à la direction de travaux de thèse (98). Ces formations impactent favorablement la direction de travaux de thèses par les participants (98).

Le CNGE fait partie des membres de la WONCA et de sa subdivision européenne (*l'European society of general practice/ family medicine*). Il s'occupe également de la rédaction de la revue *Exercer* depuis 2001.

Le CNGE siège au CNU (Conseil national des universités).

Il organise un congrès annuel.

### Le réseau Fayr-GP (*French association of young researchers in general practice*)

Créé en 2008 ; il cherche à « promouvoir et développer la recherche en médecine générale et en soins primaires » (99). Il permet de mettre en relation de jeunes chercheurs à l'échelon national et international. Il produit des supports pour ceux qui se lancent dans la recherche et programme des événements initiatiques à la recherche (« Ecole d'automne » à Lyon en septembre ; la « Préconférence » la veille du CMGF à Paris, qui représente une vitrine pour les productions des jeunes chercheurs). Elle prend part à l'organisation des *Conference exchanges* pour promouvoir la recherche en médecine générale. Elle permet également de valoriser des thèses (cf *Thèse du mois* de la revue *Exercer*).

### SFDRMG (Société française de documentation et recherche en MG)

Ses membres assument le fonctionnement du Centre de documentation de l'UNAFORMEC (Union nationale des associations de formation médicale continue).

IRMG (Institut de recherche en Médecine générale)

Créé en 1993 ; il a pour objectif de « promouvoir, de développer, et de réaliser des recherches, des formations et des évaluations en médecine de ville » (100). Il est membre du Collège de la médecine générale et anime avec le CNGE une association qui promeut la pharmaco-épidémiologie en MG.

L'ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de MG)

Elle met notamment à disposition des internes un guide explicatif sur l'année recherche et aide les internes motivés dans l'élaboration de leur dossier de candidature (101).

Elle organise un congrès annuel réalisé par et pour les internes de MG.

Remise annuelle du prix « Alexandre Varney » qui récompense un travail innovant de recherche en MG depuis 2004. Des supports variés sont mis à disposition des internes les plus motivés : thèses, mémoires, articles, vidéos et même bandes -dessinées.

Atelier français de MG

Créé en 1977 il s'agit d'un organisme de recherche d'inspiration balintienne. Il se réunit deux fois par an. Un appel à écriture propose aux médecins d'écrire une situation clinique en rapport avec un thème donné. Après lecture par l'auteur s'ensuit une discussion avec le groupe.

IFED MG (Institut français pour l'étude et le développement de la MG)

Créé en 1990, il ambitionnait de favoriser l'étude de la MG, son développement, sa recherche et son enseignement. Il a cofondé le Collège de la MG. Il a permis la création de la revue *Exercer* en 1989 avant de la céder au CNGE en 2001. L'association a été dissoute en 2017.

**En Bretagne**Groupement réseau d'investigation clinique en prévention des risques pour la population générale (RICPRPG)

Mené par le DUMG de Brest il a pour mission de faciliter les interactions entre la ville et l'hôpital pour ce qui touche la recherche en soins primaires.

Les réseaux locaux

Hétérogènes, ces réseaux se créent parfois pour un projet de recherche bien défini.

Citons brièvement les cahiers produits par l'« Atelier de recherche en médecine générale ».

Les travaux de recherche en MG peuvent être diffusés par un large choix de supports de diffusion permettant de valoriser les travaux produits. La thèse d'Alexandre Tison, publiée en 2017, a retrouvé une forte association entre le souhait de participer à des projets de recherche en MG et la lecture d'articles de recherche (102). Cela souligne l'importance de faire connaître les revues publiant les travaux de recherche pour encourager la production de ces travaux par effet « boule de neige ». 65% des MG déclarent lire des revues publiant des articles de recherche en MG (73).

## C.2.4 Les supports de la recherche en Médecine générale

### **Les revues françaises**

#### Exercer (97)

Produite depuis 1989 par l'Institut français pour l'étude et le développement de la médecine générale (IFED-MG) elle était un « moyen de reconnaissance et d'affirmation de la spécificité » de la MG (103). En 2001 elle est dirigée par le CNGE. Trois champs de la médecine générale y sont présentés : les soins, la recherche et les sciences de l'éducation. Elle revendique aujourd'hui une indépendance totale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Elle a en 2019 édité 150 numéros, rédigés par 51 auteurs et séduit plus de 2500 abonnés (103).

Elle vise l'indexation internationale. Elle est indépendante vis-à-vis des acteurs économiques. Son comité de lecture regroupe des généralistes enseignants répartis sur tout le territoire.

Publication d'une revue bimensuelle. Indexée par *Clarivate Analytics products and services* dans *Emerging sources Citation index (Web of science core collection)* depuis 2018.

#### La revue du praticien MG

Elle est référencée dans *Medline*.

Un prix de recherche annuel est décerné par la revue qui bénéficie d'une médiatisation et d'une dotation accrues.

Publication d'une quinzaine d'articles de recherche en médecine générale par an (49).

Elle organise annuellement les Journées nationales de MG.

#### Médecine

Créée en 2005, cette revue médicale est indépendante. Elle se présente comme une revue défendant une médecine centrée sur le patient et une médecine par la preuve. Elle dispose d'un comité de rédaction interdisciplinaire qui s'assure de la qualité des articles qui lui sont soumis après une relecture par *peer-review*. Elle publie dix numéros par an. Elle est indexée sur Google scholar.

#### Le Généraliste

Fondé en 1975 ce magazine français offre une version papier et une version numérique de l'actualité médicale. Il est adressé tous les vendredis à plus de 30 000 MG.

#### La Presse Médicale

Il s'agit d'une revue scientifique mensuelle disposant d'un comité de lecture, publiant en langue française depuis 1972 et s'intéressant à tous les domaines de la médecine. Elle est présentée comme l'équivalent francophone des grandes revues de langue anglaise de publication.

#### Prescrire

Depuis 1981 cette revue mensuelle cherche à fournir des informations rigoureuses aux professionnels de santé. A but non lucratif, elle est financée par ses abonnés et ne reçoit ni subvention ni ressource publicitaire. L'organisme a également l'agrément pour le développement professionnel continu (DPC).

Après avoir passé en revue les différents supports de la recherche en MG, nous allons voir comment les internes de MG peuvent s'initier à la recherche au cours de leur formation.

#### C.2.5 La recherche au cours des études de médecine

##### Année recherche (104)

Mise en place en 2009, elle est accessible dès la deuxième année de l'internat jusqu'à un an après la validation du DES. Elle est généralement divisée en deux semestres : un semestre de formation théorique et un semestre de formation pratique en laboratoire. Il faut au préalable être titulaire d'un master 1. Des financements existent pour se lancer (24 000 euros en moyenne par an). Sous réserve d'acceptation par le responsable de l'enseignement et d'un chercheur exerçant au sein d'un laboratoire (qui deviendra votre directeur de recherche) elle représente une opportunité pour acquérir un master 2 ou avancer son projet de thèse.

##### SASPAS recherche

Il s'adresse aux internes de médecine générale en 3<sup>ème</sup> année. La fiche de thèse doit normalement être validée à l'issue du semestre. L'interne exerce sous la responsabilité d'un membre du CIC-Inserm 1414. A la faculté de Médecine de Rennes il se déroule au sein d'une Unité pédagogique ambulatoire (UPA). Les objectifs visés sont les suivants (105) :

- « 1) Organiser d'une manière rigoureuse un travail de recherche en soins primaires sur l'ensemble de ses étapes,  
 2) Mettre en place, dans le cadre d'études, différentes méthodes de recherche qualitatives et quantitatives,  
 3) Intégrer dans leur pratique de médecin généraliste des attitudes permettant le développement de travaux en soins primaires (codage, organisation de travail...),  
 4) Identifier les structures locales participant à la recherche au niveau universitaire et hospitalier, ainsi que les structures nationales,  
 5) Structurer les travaux en fonction des dispositions réglementaires encadrant la recherche,  
 6) S'impliquer, s'intégrer et collaborer dans une équipe dans le cadre d'une recherche en soins primaires ».

Ses missions sont les suivantes :

- « - Participation aux commissions « thèse » du DMG,
- Participation aux commissions « recherche » du DMG,
- Participation aux projets de recherche des membres du DMG,
- Participation aux enseignements sur la recherche des enseignants du DMG,
- Participer à un congrès de MG,
- Réaliser son travail de thèse idéalement dans les thématiques de l'équipe CIC soins primaires ».

### Formation par l'Ecole de l'INSERM

Créée en 2003 pour développer le statut médecin-chercheur, elle cherche à accompagner les étudiants des filières médecine, odontologie et pharmacie présentant une motivation pour la recherche. Elle s'adresse aux étudiants de 2<sup>ème</sup> année des filières sus-citées. L'aboutissement logique de la formation est de participer voire de diriger une activité de recherche clinique ou fondamentale durant l'internat ou le clinicat. Un master Recherche est acquis à l'issue de 3 ans. Il faut ensuite acquérir un doctorat ès sciences.

### La thèse

L'article L6321-4 du Code de l'éducation énonce que la soutenance avec succès d'une thèse de doctorat permet l'octroi du diplôme d'Etat de docteur en Médecine (106).

Depuis 2017, la thèse devient un travail de recherche « disciplinaire ».

La thèse devra être soutenue avant la fin du DES (notons qu'il est envisagé d'allonger la durée du DES de MG pour le porter à quatre ans avec une phase de consolidation à l'instar des autres spécialités).

Actuellement la thèse peut être soutenue dans les six ans qui suivent l'entrée en DES.

L'intérêt des étudiants pour la recherche qualitative est grandissant (107). Les grandes revues médicales ne s'y intéressent pas, arguant qu'elles n'ont que peu d'intérêt pour la prise en charge clinique des patients (108). Ce que certains contestent vigoureusement (109).

Les objectifs de la thèse sont multiples : comprendre les phénomènes en profondeur (modèle compréhensif), rechercher des explications causales (modèle positiviste), produire de la connaissance et s'interroger dessus (modèle épistémologique) et décrire les pratiques quotidiennes (28).

Le projet de thèse naît le plus souvent lors du stage praticien de niveau 1 (110).

S'il est indispensable à son auteur, le travail de thèse est également profitable à celui qui le dirige.

En effet, des études ont montré que la direction de travaux de thèse était un exercice formateur pour les MG (111).

### C.2.6 Financement de la recherche

« Les principaux financeurs sont aujourd'hui la Haute Autorité de santé (HAS) en tant que telle ou par l'intermédiaire de l'ex-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), le Ministère de la Santé par le biais de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) et de la Mission Recherche (MIRE), les organismes d'assurance-maladie, et les organismes mutualistes » (49).

Le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) est une source de financement dont l'objectif est d'améliorer la santé humaine et de favoriser le développement des techniques de soins dans le respect du patient (112). Le PHRC est centré sur l'activité hospitalière.

En 2011, la DGOS marque sa volonté de soutenir la recherche clinique en MG via son appel à projets national du PHRC (113).

En 2014 l'appel d'offres érige les soins primaires en thématique prioritaire.



Des rapports préconisent de constituer et de financer des Programmes ambulatoires de recherche clinique (PARC) sur le modèle des PHRC (27).

Le Programme de recherche translationnelle en santé (PRTS) est mis en place par la DGOS et l'Agence nationale de la recherche (ANR). Il finance les études en aval des projets exploratoires soutenus par l'ANR et en amont des projets soutenus par le PHRC de la DGOS. Ce programme s'intéresse aux projets situés à l'interface entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Le FAQSV, créé pour cinq ans par la loi de financement de la Sécurité sociale de 1999, a permis de financer des projets de recherche (télé médecine et permanence des soins notamment) (114).

Citons également les aides entrant dans le cadre des financements doctoraux :

« allocations de recherche du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, les allocations des conseils régionaux, les bourses de la FRM, les bourses de l'Académie de Médecine, les bourses offertes par l'industrie pharmaceutique, mais aussi les postes d'accueil INSERM pour les internes et les chefs de clinique » (49).

Ces différentes sources de financement ne sont, hélas, pas connues des étudiants qui, fatalement, ne les utilisent pas.

La Fondation pour la recherche médicale (FRM) soutient les projets de recherche les plus prometteurs de progrès médicaux pour tous.

### C.2.7 Réglementation

La loi du 20 décembre 1988 (relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales ou loi Huriet-Sérusclat) créait les Comités consultatifs de protection des personnes pour la recherche biomédicale (CCPPRB). Leur avis, comme leur nom l'indique, n'était que purement consultatif. Ils avaient entre autres fonctions d'apporter un regard éthique sur les projets leur étant soumis et de conseiller les investigateurs.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 complétée par le décret n°2006-477 du 26 avril 2006 leur a substitué les CPP ; la France se mettant en conformité avec une directive européenne de 2001.

Leur champ d'action est ainsi étendu au-delà de la recherche biomédicale. Ils sont composés de 14 membres titulaires répartis en un collège scientifique et des membres de la société civile. Ils sont nommés par le directeur général de l'ARS. Ces avis deviennent obligatoires et non plus seulement consultatifs. Leur avis devient délibératif, les CPP deviennent décisionnaires.

La loi Jardé a été créée pour renforcer la protection des patients se prêtant à des activités de recherche en vue de faire progresser les connaissances bio médicales.

Cette loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine distingue trois catégories de recherche :

- les recherches comportant une intervention sur les personnes et non dénuées de risques (médicaments, produits de santé, denrées alimentaires...). Elles nécessitent impérativement une

autorisation de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et du CPP (Comité de protection des personnes) ;

- les recherches à risques et contraintes minimales ; avec utilisation de médicaments dans les conditions habituelles d'utilisation par exemple. L'avis du CPP est un préalable à leur mise en place ; l'avis de l'ANSM n'est pas à solliciter ;

- les recherches « observationnelles » ou « non interventionnelles ». Elles ne comportent ni risques ni contraintes pour le patient. L'avis du CPP est requis ; pas celui de l'ANSM.

Les recherches portant sur des données rétrospectives nécessitent quant à elles l'avis de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), qui repose sur un avis préalable du Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CEREES). Il a remplacé le CCTIRS (Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé).

#### D. Intérêt de la recherche et questionnement

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'intérêt des médecins généralistes bretons (des départements 22, 35 et 56) pour les activités de recherche au sens large (direction de travaux de thèse, collections de données brutes, suivi de cohortes de patients...). Les objectifs secondaires étaient de recueillir leurs attentes quant à l'organisation de ces activités et leur articulation avec leur activité de soin.

Ces données pourront être utiles pour la mise en place d'un réseau breton d'investigateurs en soins premiers.

## 2. Matériel et méthodes

### A. Choix méthodologique

Une étude transversale descriptive par enquête était la méthode la plus à même de répondre aux objectifs de l'étude. Elle permettait de recueillir à un instant  $t$  l'avis de l'ensemble des médecins généralistes libéraux des départements 22, 35 et 56.

Un questionnaire en ligne a été créé grâce au logiciel *LimeSurvey*, mis à disposition par l'Université de Rennes 1. L'option d'un envoi d'un questionnaire par voie postale n'a pas été retenue. Il aurait été difficile à mettre en place, en termes de coût et de logistique sans appui institutionnel. De même, appeler un à un les médecins ou se déplacer dans les cabinets aurait permis très probablement d'obtenir des résultats plus exhaustifs mais avec une charge de travail trop importante pour cette étude.

Un message de présentation préfaçait le questionnaire. Il exposait brièvement l'identité du thésard, sa problématique de recherche, le temps estimé pour répondre au questionnaire et les remerciements d'usage.

Le questionnaire comportait au total 34 questions dont 8 questions socio-démographiques insérées à la fin (âge, sexe, milieu d'exercice, département d'exercice, type d'activité, informatisation du cabinet, nombre approximatif d'heures de travail hebdomadaires, autres fonctions universitaires et d'enseignement).

Toutes les questions étaient à réponse obligatoire afin d'obliger les médecins généralistes à se positionner et pour pouvoir analyser les résultats de façon plus complète. Un item « sans opinion » était laissé au choix.

Certaines questions n'étaient accessibles qu'après avoir coché un item de la question précédente (questions 7,8 et 20).

Le questionnaire était divisé en deux parties : « questions en lien avec la recherche » et « questions sociodémographiques ».

La partie « questions en lien avec la recherche » était elle-même divisée en sept sous-parties :

- Questions générales concernant la recherche,
- Questions relatives aux préférences de recherche,
- Questions relatives à l'organisation de la recherche,
- Questions relatives à la rémunération des activités de recherche,
- Questions relatives aux éléments influençant la participation,
- Questions relatives à la formation au travail de recherche,
- Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires.

Le questionnaire a été testé auprès de médecins généralistes rencontrés lors du stage praticien de niveau 1 du thésard. Ainsi, leur curiosité pour cette thématique de recherche, le temps qu'il leur a fallu pour y répondre, les modifications qu'ils ont conseillé d'entreprendre, leur jugement quant à la présentation du questionnaire ont pu être recueillis.

Les MG travaillent en moyenne de 50 à 55 heures par semaine (27). Cela explique que les valeurs 45 et 65 (55+/-10) aient été retenues. Il était intéressant de voir l'impact du temps de travail sur les réponses, en distinguant le temps de travail moyen (environ 55h) des temps de travail plus court (moins de 45h) et à l'inverse plus long (plus de 65h).

## B. Population étudiée et recrutement

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes des 3 départements sus-cités, en activité, installés. Ces trois départements étant rattachés à l'Université de Rennes.

En 2018, le CNOM recensait au total 719 MG en activité régulière dans les Côtes d'Armor, 1406 en Ille-et-Vilaine et 1019 dans le Morbihan.

Les médecins généralistes remplaçants ont été volontairement exclus de l'étude ; leur statut (DES possiblement en cours, réalisation de leur travail de thèse, variabilité de leur lieu de remplacement...) ne leur permettant pas *a priori* de se consacrer à des activités de recherche qui requièrent du temps qu'ils n'ont probablement pas. Des études corroboraient cette hypothèse (115).

Il n'a pas été utile de calculer un nombre de sujets nécessaire pour la réalisation de l'étude étant entendu qu'un maximum de réponses était souhaité.

Nous avons sollicité les CDOM des trois départements.

Pour l'Ille-et-Vilaine, le CDOM nous a transmis sur fichier Excel les coordonnées (nom, prénom, adresses mél) des médecins généralistes acceptant de répondre aux questionnaires des travaux de thèse. Leur communication a été validée sous respect de deux conditions : envoi du questionnaire aux destinataires en CCI et signature préalable d'un engagement sur l'honneur engageant le destinataire à n'utiliser les données que dans le cadre de son travail de thèse. Cette liste a été détruite après la soutenance.

Le questionnaire a ainsi été envoyé le 27 octobre 2019 à 779 médecins. 42 adresses mél étaient en réalité invalides. 2 médecins généralistes étaient à la retraite et n'ont donc pas répondu au questionnaire. En retranchant ces médecins, ou injoignables par mail ou en retraite, nous avons obtenu un total de 735 MG. Le rappel a été envoyé le 10 novembre 2019.

Pour les Côtes d'Armor, le CDOM s'est chargé de diffuser le questionnaire.

Le premier envoi s'est effectué le 4 novembre 2019 à 563 médecins.

Malheureusement, le CDOM n'a pas souhaité diffuser de rappel, estimant que les médecins généralistes étaient « déjà très sollicités », ce qui est compréhensible mais dommageable pour engranger davantage de réponses.

Pour le Morbihan, le CDOM n'a pas souhaité diffuser le questionnaire lui-même, invoquant le Règlement général sur la protection des données (RGPD) mis en place depuis 2018 dans l'Union Européenne et s'appliquant à tout traitement de données à caractère personnel. Il nous a donc été conseillé de nous tourner vers l'Union régionale des professionnels de santé (URPS-ML de Bretagne) pour la diffusion.

Le lien vers le questionnaire a pu être diffusé via la newsletter de l'URPS le 14 novembre 2019 à son panel de MG bretons. Il a été adressé à 285 médecins.

Le questionnaire a été activé le 27 octobre 2019 et a été clôturé le 31 décembre 2019.

Aucune rémunération n'a été proposée. Les résultats de l'étude pouvaient être envoyés aux médecins qui renseignaient leur adresse mél.

### C. Recueil des données

L'avis de la CNIL a été sollicité. Une demande a été faite auprès de la correspondante informatique et libertés (CIL) de l'Université de Rennes 1.

Le numéro d'enregistrement est le suivant : 2019-027.

Tous les répondants au questionnaire qui en ont fait la demande ont pu ainsi avoir un droit de regard sur l'utilisation de leurs données.

Une fois le questionnaire clôturé, les résultats ont été extraits de *LimeSurvey* sur un fichier Excel.

Ce fichier Excel était hébergé sur le serveur sécurisé mis à disposition de l'Université de Rennes 1.

Le fichier de recueil sera détruit à l'issue de la soutenance de la thèse.

L'avis du CPP n'était pas nécessaire.

### D. Méthode d'analyse des résultats

Les variables quantitatives étaient décrites en utilisant la moyenne et l'écart type.

Les variables qualitatives étaient décrites avec la fréquence et le pourcentage.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel *RCommander* dans sa version 3.6.2 ainsi qu'avec tous les logiciels requis.

Les statistiques bivariées ont été réalisées avec un test du Chi Deux.

Lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq, un test exact de Fisher a été utilisé.

L'association entre deux variables a été considérée comme significative lorsque  $p$  était inférieur à 0.05.

La variable quantitative « âge » a été divisée en trois classes : moins de 40 ans, entre 40 et 60 ans, plus de 60 ans.

Les autres variables étaient qualitatives.

### 3. Résultats

Le questionnaire a été expédié à 1627 médecins généralistes, 1583 si on enlève finalement les médecins dont l'adresse mél était invalide et ceux à la retraite.

Leurs caractéristiques figurent dans le tableau 1.

Au total, 211 réponses ont été collectées. 149 étaient complètes, 62 incomplètes.

Le taux de réponse a été de 13.3 %.

Les résultats sont également présentés sous forme de graphiques en annexe (annexe 4).

#### Questions sociodémographiques

On dénombrait 73 hommes (49%) et 76 femmes (51%). L'âge moyen des répondants était de 45.7 ans (écart-type : 11.5 ans).

69 (46%) des MG exerçaient en milieu urbain ; 56 (38%) en milieu semi-rural et 24 (16%) en milieu rural.

112 exerçaient en Ille-et-Vilaine, 28 dans les Côtes d'Armor et 9 dans le Morbihan.

24 (16%) travaillaient seuls ; 99 (66%) travaillaient en groupe avec d'autres médecins hors maison de santé et 26 (17%) en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

144 (97%) avaient un cabinet informatisé ; 4 (3%) n'avaient pas de cabinet médical informatisé ; 1 n'a pas répondu à la question.

50 (34%) estimaient leur temps de travail hebdomadaire inférieur à 45 heures, 90 (60%) travaillaient entre 45 et 65 heures ; 9 (6%) travaillaient plus de 65 heures par semaine.

57 étaient MSU ; 6 appartenaient au DMG ou à une autre structure de recherche ; 11 étaient chargés d'enseignement ; 88 n'avaient pas les fonctions précédemment citées.

#### Questions en lien avec la recherche

##### Questions générales concernant la recherche

105 médecins généralistes bretons (60%) pensaient que la recherche était l'une des composantes de l'exercice de la médecine générale, en complément du soin et de la prévention. 39 (22%) MG pensaient que la recherche n'était pas du ressort du MG ; 31 (18%) étaient sans opinion.

26 des MG interrogés (15%) estimaient consacrer une part satisfaisante de leur activité à des fins de recherche. 115 (66%) déclaraient ne pas s'y consacrer suffisamment. 34 (19%) étaient sans opinion sur la question.

57 MG (33%) souhaitaient s'impliquer davantage dans des activités de recherche en lien avec la MG. 96 (55%) n'exprimaient pas l'envie de s'impliquer plus avant dans ces activités. 22 (13%) étaient sans opinion.

20 (11%) jugeaient très insatisfaisante l'organisation actuelle des activités de recherche concernant leur spécialité. 109 (62%) la jugeaient peu satisfaisante. 44 (25%) la jugeaient satisfaisante. 2 (1%) trouvaient que l'organisation était très satisfaisante.

#### Questions relatives aux préférences de recherche

101 (62%) souhaitaient y consacrer l'équivalent de moins d'une demi-journée par semaine. 23 (14%) entre une demi-journée et une journée. 2 (1%) voulaient y investir plus d'une journée sur une semaine-type. 36 (22%) étaient sans opinion.

44 MG (19%) souhaitaient encadrer des internes dans leurs travaux de thèse. 61 (27%) se déclaraient intéressés pour collecter des données brutes. 70 (31%) étaient intéressés pour suivre des cohortes de patients. 51 (23%) MG n'avaient pas d'opinion.

Parmi les 44 MG désireux d'encadrer des travaux de thèse : 32 (73%) n'avaient pour l'instant encadré aucun travail de thèse sur les cinq dernières années ; 9 (20%) en avaient encadré entre un et cinq et 3 (7%) en avaient encadré au moins cinq.

Parmi les 61 MG intéressés pour collecter des données médicales brutes au cabinet : 49 (80%) privilégiaient le support informatique comme support de recueil ; 3 (5%) préféraient le support papier ; 7 (11%) plébiscitaient une personne physique pour le recueil ; 2 (3%) n'avaient pas d'opinion. A noter qu'aucun MG n'a souhaité utiliser le téléphone comme moyen de recueil.

87 MG (31%) étaient intéressés par la recherche quantitative (études de cas, études cas-témoins, études de cohortes, essais cliniques...) ; 56 (20%) par la recherche qualitative (études d'observation, entretiens, *focus group*, technique Delphi, groupe nominal...) ; 38 (14%) par les études médico-économiques (études coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice...) ; 18 (6%) la recherche secondaire (revues systématiques, méta-analyses) ; 81 (29%) l'évaluation de la qualité des soins (enquête analytique de pratiques).

39 (34%) trouvaient intéressante l'idée de figurer sur une liste de directeurs potentiels de thèse qui serait à disposition des internes (éventuellement gérée par le DMG) ; 102 (63%) n'étaient pas intéressés et 20 (12%) n'avaient pas d'opinion.

Parmi les 44 MG intéressés pour diriger les travaux de thèse : 27 (61.4%) trouvaient intéressant de figurer sur une telle liste ; 12 (27.3%) ne le souhaitaient pas ; 5 (11.4) n'avaient pas d'opinion.

#### Questions relatives à l'organisation de la recherche

28 (18%) pensaient que la recherche en MG devait s'organiser à l'échelon local/départemental ; 51 (33%) lui préféraient l'échelon régional ; 31 (20%) l'échelon national ; 46 (29%) n'avaient pas d'opinion.

108 (54%) pensaient que le DMG était l'interlocuteur privilégié pour accompagner les MG dans leurs activités de recherche ; 7 (4%) lui préféraient l'ARS, 13 (7%) le CHU, 23 (12%) les UFR, 10 (5%) l'URPS, 5 (3%) avaient proposé d'autres interlocuteurs (organisme national indépendant type NHG hollandais qui est un collège scientifique de MG ; une chaire de recherche dédiée aux soins primaires, Ministère de la Santé, Comité de MG,...) ; 33 (17%) n'avaient pas d'opinion.

89 (51%) pensaient que le Collège de la MG était la structure la plus appropriée pour diriger les activités de recherche, 12 (7%) lui préféraient le Ministère de la Santé, 9 (5%) le Ministère de la Recherche, 19 (11%) le CNGE Collège Académique, 1 (0.5%) une structure privée (ex : laboratoire pharmaceutique...) ; 3 (2%) une autre structure (INSERM, UFR ; 43 (24%) n'avaient pas d'opinion.

#### Questions relatives à la rémunération des activités de recherche

130 (85%) pensaient que la participation à des activités de recherche devait être rémunérée en plus de leur activité de soins ; 2 (1%) pensaient que non ; 21 (14%) étaient sans opinion.

71 (46%) trouvaient judicieux d'intégrer à la ROSP la participation à des activités de recherche, 61 (40%) ne le souhaitaient pas, 21 (14%) étaient sans opinion.

#### Questions relatives aux éléments influençant la participation

96 (64%) pensaient qu'avoir un confrère impliqué dans des activités de recherche les pousserait à s'investir également, 28 (19%) pensaient que ce ne serait pas le cas, 27 (18%) étaient sans opinion.

93 (62%) pensaient que recevoir des étudiants (internes, externes) au sein de leur cabinet était une motivation pour s'investir dans des activités de recherche, 36 (24%) pensaient que non, 22 (15%) étaient sans opinion.

93 (62%) estimaient que leur motivation à participer à des activités de recherche serait impactée si celles-ci étaient dirigées et/ou financées par un laboratoire pharmaceutique, 46 (30%) pensaient qu'il n'y aurait pas d'impact, 12 (8%) étaient sans opinion.

7 MG avaient embauché ou projetaient d'embaucher un(e) assistant(e) médicale. Parmi ceux-ci 1 MG pensait que cette embauche lui permettrait de se dégager du temps pour participer à des travaux de recherche, 4 pensaient que non, 1 était sans opinion sur le sujet.

#### Questions relatives à la formation au travail de recherche

67 (44%) disaient n'avoir jamais été incités pendant leurs études à s'investir dans des activités de recherche, 59 (39%) disaient avoir été peu incités, 23 (15%) avaient été plutôt incités suffisamment et 2 (1%) avaient été fortement incités.



52 (34%) auraient aimé participer à des formations pour développer leurs compétences en matière de recherche ; 76 (50%) ne le souhaitaient pas ; 23 (15%) étaient sans opinion.

#### Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires

24 MG (16%) avaient connaissance des réseaux d'investigateurs en soins primaires ; 126 (84%) ne connaissaient pas l'existence de tels réseaux.

63 (42%) déclaraient être intéressés pour intégrer de tels réseaux ; 57 (38%) n'étaient pas intéressés et 30 (20%) n'avaient pas d'opinion.

17 (14%) pensaient que ces réseaux ne devaient comporter que des MG ; 37 (30%) pensaient qu'ils pouvaient intégrer d'autres spécialistes de soins primaires, 38 (31%) que des paramédicaux pouvaient y figurer ; 20 (16%) que des patients pouvaient y figurer ; 10 (8%) étaient sans opinion.

36 MG ont laissé leur adresse mél pour recevoir les résultats de l'étude.

32 (21%) ont laissé un commentaire libre en fin de questionnaire.

#### **Analyses bivariées**

Les membres du DMG et d'autres structures de recherche (CNGE...) estimaient consacrer une part satisfaisante de leur exercice à des activités de recherche ( $p < 0.0001$ ).

Ils souhaitaient consacrer l'équivalent d'une demi-journée à une journée par semaine pour ces activités ( $p < 0.01$ ).

Ils étaient intéressés pour intégrer ces réseaux d'investigateurs en soins primaires ( $p < 0.01$ ) ; tout comme les chargés d'enseignement ( $p < 0.05$ ).

Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins à intégrer ces réseaux ( $p < 0.001$ ) que les MG exerçant seuls ou en groupe.

Les MSU ne souhaitaient pas restreindre l'accès des réseaux d'investigateurs aux MG seuls ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MSU souhaitaient intégrer les soignants paramédicaux dans les réseaux d'investigateurs en soins primaires ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MSU étaient favorables à l'inclusion d'autres spécialistes médicaux de soins primaires ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ) et les chargés d'enseignement ( $p < 0.001$ ).

En revanche, les MSU et les chargés d'enseignement n'étaient pas favorables à la participation des patients ( $p < 0.001$  et  $p < 0.001$  respectivement) ; à l'inverse des membres du DMG ou d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins que les autres à intégrer des patients aux réseaux ( $p < 0.01$ ).

Les MG exerçant en groupe ou en MSP étaient plus enclins à intégrer des professionnels paramédicaux ( $p < 0.05$ ).

Les MG âgés de plus de 60 ans étaient moins enclins à intégrer des professionnels paramédicaux au sein des réseaux ( $p < 0.05$ ).

## 4. Discussion

### 4.1 Forces de l'étude

L'intérêt de cette étude résidait tout d'abord dans le choix de la population étudiée. Aucune étude ne s'était attachée à mesurer l'intérêt pour la recherche des médecins généralistes de la région Bretagne. A l'heure du développement progressif des réseaux d'investigateurs en soins primaires, présents dans certaines régions, il nous paraissait judicieux de dresser cet état des lieux pour favoriser l'émergence de tels réseaux. Le préalable étant de recueillir les attentes des principaux intéressés.

Nous avons également souhaité nous intéresser à l'ensemble des MG, participant de manière effective ou non aux activités de recherche. Ceci pour caractériser les médecins intéressés mais ne participant pas à la recherche compte tenu de son organisation actuelle.

Il se distingue également des études réalisées dans d'autres régions sur la même thématique.

Ainsi nous avons cherché à mesurer leur satisfaction de l'organisation actuelle des activités de recherche concernant le MG et notamment le rôle que souhaitaient voir attribuer aux différents acteurs les MG interrogés et l'échelon pertinent pour mener de telles activités.

Nous avons également souhaité inclure des questions en lien avec les évolutions récentes qui modifient l'exercice du MG, notamment l'arrivée des assistants médicaux.

Il nous paraissait important de prendre en compte l'environnement immédiat des MG (confrères, étudiants...) et l'impact de celui-ci sur leur implication dans la recherche.

Des pistes ont également été formulées pour favoriser leur implication.

Enfin, après ces questions générales, des questions exploratoires ont été formulées concernant une des pistes d'avenir de la recherche en MG : les réseaux d'investigateurs en soins primaires. Ces réseaux sont inexistant à l'heure actuelle dans notre région. Les questions ont exploré brièvement leur connaissance de ces réseaux, leur souhait de s'y investir et la composition qu'ils en souhaiteraient. Il appartiendra aux pouvoirs publics et à la profession d'implémenter ces réseaux en caractérisant plus finement les aspects techniques et réglementaires nécessaires.

### 4.1 Critique de l'étude

#### Critique de la méthode

Le taux de participation aurait pu être plus élevé. On rappellera toutefois qu'il est généralement de 15% environ ; un taux retrouvé pour des études comparables (115).

Les difficultés pour contacter les MG, évoquées précédemment, limitent la portée des résultats obtenus. Il est regrettable que le listing des adresses mél des MG à la disposition des CDOM ne soit pas mis à jour. Entre autres pour l'Ille-et-Vilaine où les questionnaires ont été expédiés. Il est très probable que les listings du CDOM des Côtes d'Armor et celui de l'URPS soient imparfaitement renseignés également, biaisant les chiffres de la participation.

Nous avons déploré le fait que le CDOM des Côtes d'Armor n'ait pas souhaité envoyer un rappel pour augmenter le taux de réponse au questionnaire.

Peu de réponses ont pu être récoltées pour le Morbihan. Il est possible que les MG aient moins d'intérêt pour les mél émis par l'URPS que par le CDOM.

La constitution pour les Côtes d'Armor et le Morbihan de listes d'adresses mél recensant les MG intéressés pour répondre aux questionnaires de thèse serait une piste intéressante. La question n'a pas pu être explorée par la présente étude ; la prise de conscience de la problématique ayant émergé au cours de sa réalisation.

En somme, l'objectif a été atteint (surtout en Ile-et-Vilaine) mais aurait gagné en validité par une plus grande participation dans les autres départements.

Enfin, le sujet en lui-même, à l'heure où la recherche en MG s'organise et s'étend progressivement, a pu être vu de loin par certains MG ; laissant répondre au questionnaire un cercle restreint de MG intéressés par la problématique.

#### Critique du questionnaire

Les questions à réponse obligatoire ont pu décourager les médecins généralistes n'ayant pas envie de se positionner sur certaines d'entre elles. Il aurait peut-être été plus judicieux de leur laisser la possibilité de ne pas y répondre.

Ce choix a été effectué dans le souci d'avoir le plus de questionnaires remplis intégralement.

A noter qu'une option « sans opinion » leur était offerte toutefois. Cette option a rarement été utilisée sur l'ensemble du questionnaire. Ceci pouvant laisser penser que la majorité des MG avait un avis à émettre sur les questions posées.

Certains ouvrages faisant référence dans la spécialité recommandent de placer les questions sociodémographiques à la fin des questionnaires (45). Ceci a pour inconvénient non négligeable de ne pas pouvoir décrire les MG qui ne sont pas allés jusqu'au bout du questionnaire. Nous n'avons pas pu mieux caractériser les MG qui ont été intéressés par le sujet (assez du moins pour débiter le questionnaire) mais qui n'ont pas achevé son remplissage.

### 4.3 Analyse des réponses

#### **Questions sociodémographiques**

On retrouve un nombre de réponses similaire quel que soit le sexe. 51% des répondants étaient des femmes ; qui représentaient 48.2% des MG en 2018 ; ce qui montre une bonne représentativité de l'échantillon.

Plusieurs études n'ont pas retrouvé d'influence du sexe sur la volonté des MG de s'investir dans des projets de recherche (58) (116).

L'âge moyen des répondants était un peu moins élevé que la moyenne d'âge de l'ensemble des MG : 45.7 ans contre 50.6 ans. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les jeunes MG sont davantage intéressés par cette thématique ; ce que corroborent les études antérieures.

La majorité des répondants exerçait en milieu urbain (46%). Le contingent des médecins exerçant en milieu rural était bien plus faible (16%). Cela peut s'expliquer par une charge de travail clinique plus importante pour l'exercice rural et par l'éloignement des structures universitaires, rendant la recherche inaccessible à tous points de vue.

Une étude australienne a montré, à l'inverse, que les MG exerçant leur activité en milieu rural ou semi-urbain sont plus motivés pour participer aux activités de recherche (117).

D'autres, à l'inverse, retrouvent que les MG exerçant en milieu rural sont moins enclins à s'investir dans des activités de recherche (118).

La très grande majorité des répondants exerçait en Ille-et-Vilaine (75.2%).

Les 2/3 des répondants exerçaient en cabinet de groupe avec d'autres médecins ; le 1/3 restant se partageant équitablement entre ceux exerçant seuls et ceux exerçant en MSP.

Ces chiffres concordent avec ceux de la DRESS pour qui une majorité de MG en Bretagne travaille en cabinet de groupe (119).

La quasi-totalité des répondants était équipée d'un matériel informatique.

La majorité (60%) travaillait entre 45 et 65 heures par semaine ; le temps de travail moyen pour un MG étant de 50 à 55 heures. Ce résultat est cohérent avec le temps de travail hebdomadaire moyen d'un MG mesuré par la DREES en 2019 (120).

La majorité des répondants (88) n'avait pas d'activité d'enseignement ou de recherche.

On dénombrait 57 MSU parmi les répondants (au moins 27% des répondants, puisque tous les questionnaires ne sont pas complets), sur environ 385 MSU au total en Bretagne. Les MSU bretons représentant environ 12% de l'ensemble des MG. Cette surreprésentation des MSU dans notre échantillon pouvait s'expliquer par un intérêt plus important pour les activités de recherche. Les MG encadrant des étudiants, sous l'impulsion de ces derniers ou pas, sont plus familiers de ces enjeux. Les internes pouvant les solliciter pour qu'ils dirigent leur travail de thèse, les aident pour la conception des questionnaires/guides d'entretien. Les MG peuvent en retour leur soumettre des idées de projets ; issues des problématiques émergeant au cours de leur pratique.

Au total, les répondants sont un peu plus jeunes que la moyenne d'âge établie par les organismes compétents, sont davantage MSU et comportent un peu plus de femmes.

## **Questions en lien avec la recherche**

### Questions générales concernant la recherche

Une majorité de MG (60%) pensaient que la recherche était l'une des attributions des MG au même titre que le soin ou la prévention. Indépendamment de leur volonté de s'y impliquer à titre personnel on peut

noter que les MG ont considéré cette thématique comme relevant du ressort de l'activité de la médecine générale.

Les 2/3 des répondants déclaraient ne pas y consacrer une part satisfaisante de leur activité. Mais seulement 1/3 souhaitait y consacrer davantage de temps. Certains MG ont pu donc dresser le constat de leur manque d'implication sans pour autant afficher un souhait de s'investir davantage. On peut raisonnablement supposer que les freins évoqués dans plusieurs études (manque de temps, lourdeur administrative...) ont finalement raison de leur motivation initiale.

Enfin, la très grande majorité des répondants (73%) jugeait que l'organisation de la recherche en MG était soit très insatisfaisante soit peu satisfaisante. L'organisation actuelle peut influencer clairement et négativement leur volonté de s'y investir.

#### Questions relatives aux préférences de recherche

La majorité des répondants souhaitait consacrer aux activités de recherche l'équivalent de moins d'une demi-journée par semaine. Leur investissement serait donc inférieur à quatre heures par semaine.

Une étude suisse a recueilli l'avis de plusieurs centaines de MG ; ceux-ci accepteraient de consacrer 15 minutes par jour à du recueil de données (61). Sur une base de cinq jours travaillés par semaine cela représenterait une heure et quinze minutes ; résultat cohérent avec notre étude.

Parmi les MG désireux d'encadrer des travaux de thèse, 73% déclaraient ne pas en avoir dirigé sur les cinq dernières années. Ce résultat interroge. On peut se demander si le problème vient de l'offre ou de la demande. Ces MG peuvent se sentir illégitimes pour encadrer ces travaux (par manque de formation par exemple) ou peut-être ne sont-ils pas suffisamment sollicités par les thésards.

Parmi les MG se déclarant intéressés pour récolter des données brutes à leur cabinet, une majorité confortable plébiscitait le recueil informatique de ces données. Ce qui correspond bien au degré d'informatisation des cabinets médicaux et à l'appropriation des outils numériques.

La recherche quantitative et l'évaluation de la qualité des soins étaient les études intéressant le plus les MG. Venaient ensuite la recherche qualitative puis les études médico-économiques et enfin la recherche secondaire (revues systématiques, méta-analyses).

La majorité des MG souhaitant encadrer des travaux de thèse trouvait intéressant de figurer sur une liste de directeurs de thèse potentiels. Elle aurait l'avantage de mettre en relation plus facilement les thésards et les MG. Ceux-ci pourraient indiquer au préalable les thématiques qui les intéressent le plus. Pour les thésards, on peut imaginer que leur recherche de directeur(-trice) s'en trouverait facilitée, leur permettant d'amorcer plus rapidement leurs travaux.

#### Questions relatives à l'organisation de la recherche

Pour ce qui concerne l'échelon auquel doit s'organiser la recherche en MG, par ordre décroissant les MG jugeaient plus pertinent l'échelon régional puis national, enfin l'échelon local/départemental. On peut penser que l'échelon régional permet d'atteindre un nombre critique de MG pour pouvoir mener

les travaux, s'imposant d'autant plus que leurs résultats seront validés sur une large base d'échantillonnage. Sans toutefois vouloir se dissoudre à l'échelle nationale, où la complexité prendrait le pas sur l'efficacité. L'échelon départemental/local n'aurait à priori pas la visibilité suffisante ni le vivier suffisant de MG pour entreprendre des travaux d'ampleur.

La majorité (54%) pensait que le DMG était la structure la plus à même d'épauler les MG dans leurs travaux. Cette structure est bien acceptée par les MG, à l'interface entre la pratique ambulatoire inhérente à leur activité et la partie universitaire, les rapprochant des moyens mis à disposition des CHU pour défendre les spécificités et les attentes de leurs confrères.

Parmi ceux qui ont choisi le DMG, celui-ci est le meilleur liant entre le monde libéral et le monde universitaire. Les commentaires laissés en fin de questionnaire l'attestent : « plus de contact entre activité du MG en cabinet et milieu universitaire » ; « les mieux placés » ; « les enseignants sont *a priori* les mieux formés pour mener des travaux de recherche » ; « proximité, interlocuteur conscient des problématiques de terrain » ; « pour garantir la prise en compte de la spécificité de la MG, ses objectifs, ses valeurs », « connaît nos préoccupations de terrain », « lien avec le terrain ».

Une majorité pensait dans le même temps qu'il incomberait au Collège de la médecine générale de piloter plus largement l'activité de recherche au plan national.

#### Questions relatives à la rémunération des activités de recherche

L'écrasante majorité estimait qu'une rémunération supplémentaire devait être octroyée pour investir cette part de leur activité.

Notre étude confirme le souhait des MG d'avoir une rémunération spécifique à ces activités (81).

46% pensaient que cette activité pourrait être intégrée à la ROSP. Il serait intéressant de savoir pourquoi 40% ne jugent pas cela pertinent. Le paiement à l'acte ne semble pourtant pas satisfaisant pour rémunérer un codage informatique des données de consultation, activité chronophage.

Il faut préciser que la ROSP a ses détracteurs ; leurs griefs à son endroit sont expliqués dans certains travaux (121). Il est possible que la proposition formulée suscite un rejet plus global sur ce système de rémunération.

Le recueil de données peut être considéré comme une des fonctions du MG. Un rapport proposait de l'inclure dans la ROSP (27). Il nous paraissait intéressant de tester cette hypothèse auprès des MG.

D'autres interlocuteurs (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (REAGJIR) et l'ISNAR-IMG) proposent quant à eux une rémunération au forfait (27).

#### Questions relatives aux éléments influençant la participation

La majorité des répondants pensaient qu'avoir un confrère impliqué dans des activités de recherche les pousserait à s'investir également. La fin de l'exercice seul, au profit de l'exercice de groupe voire

pluriprofessionnel (MSP, ESP, CPTS...) plébiscité par les jeunes générations de médecins est de bon augure pour la progression du nombre de MG souhaitant faire rayonner leur discipline.

De même, la majorité des MG pensaient que recevoir des étudiants au cabinet (externe, interne, autre étudiant paramédical...) les motiverait davantage. Là aussi, la progression du nombre de MSU, la généralisation des stages en ambulatoire laisse présager de belles perspectives.

La plupart des MG réservait sa participation à la nature du promoteur ou de l'investigateur. On peut imaginer que la présence d'un laboratoire pharmaceutique aurait un impact, négatif, sur leur participation. Les scandales sanitaires faisant l'actualité et les liens d'intérêt étant dénoncés de plus en plus vigoureusement. A défaut d'avoir une opinion tranchée (pour ne pas dire manichéenne) une transparence sur la nature des différents participants serait souhaitable pour que chaque médecin puisse agir en pleine conscience.

Parmi les 7 MG envisageant d'embaucher un(e) assistant(e) médical, un seul pensait que cela lui permettrait de développer sa participation aux activités de recherche. Parmi eux 4 avaient déclaré ne pas souhaiter s'impliquer davantage dans les activités de recherche.

5 exerçaient en milieu urbain et 2 en milieu semi-rural. 4 exerçaient en groupe et 3 en MSP. La création des assistants médicaux est encore très récente. Cette question cherchait à savoir si l'embauche (ou le souhait s'embauche) d'un(e) assistant(e) médical impacterait le temps consacré à la recherche.

Une analyse serait à mener plus tard, une fois la mise en place pleinement effective du dispositif.

#### Questions relatives à la formation aux activités de recherche

83% déclaraient avoir été ou insuffisamment incités ou peu incités à s'investir dans les activités de recherche.

Il y aurait ainsi un travail à entreprendre pour faire naître et entretenir l'appétence pour la recherche chez les étudiants.

Etonnamment seule une minorité de MG (34%) souhaitait participer à des formations pour améliorer ses compétences dans cette thématique.

Certains papiers retrouvaient pourtant un besoin de formation (81).

La raison de ce manque d'enthousiasme serait à appréhender dans une étude qualitative pour en comprendre les raisons. Est-ce car le bagage est jugé satisfaisant ? Par le manque de temps qui fait repousser les activités empiétant sur le temps clinique ? L'intégration de ces formations au DPC, obligatoire depuis 2013 pour les professionnels de santé, serait une option intéressante pour les MG intéressés.

#### Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires

La grande majorité des répondants n'avait pas connaissance de l'existence de réseaux de recherche en soins primaires. Ces réseaux sont pourtant présents en Normandie, à Nantes et à Brest. Rennes apparaît à la traîne pour la mise en place de tels réseaux. Un peu plus de 40% étaient intéressés par



ces réseaux. La présentation qui en a été faite dans le questionnaire est pour le moins succincte mais témoigne de l'intérêt des MG pour participer aux activités de recherche. Les MG interrogés trouvaient pertinent d'ouvrir ces réseaux à d'autres spécialistes médicaux et aux professionnels paramédicaux. Une moindre proportion allait jusqu'à intégrer les usagers dans ces réseaux.

Leur concours pourrait être intéressant pour le choix des thématiques de recherche, la conception des études et pour tenter de dissoudre les réticences des patients à participer aux études.

A noter que pour la région Bretagne, les personnes en charge de la mise en place des réseaux d'investigateurs souhaiteraient s'appuyer sur les MG exerçant au sein des MSP. Leur volonté est de construire des projets de recherche avec d'autres professionnels de santé (voire des patients).

#### Commentaires finaux

Dans les commentaires libres finaux, la divergence entre une « médecine universitaire de plus en plus spécialisée » et la « médecine générale ambulatoire » est actée et regrettée.

Certains MG ressentent encore du mépris de la part des autres spécialistes ; déplorant le rôle d'« élève » qui leur est attribué.

#### Analyses bivariées

Il semble assez logique que les MG ayant déjà une fonction d'enseignant ou de chercheur soient plus intéressés que les autres pour intégrer des réseaux d'investigateurs en soins primaires.

On peut penser que les MG exerçant en MSP avaient déjà l'habitude de côtoyer d'autres professionnels de santé au quotidien ; intégrer ces structures semble le prolongement logique de leur pratique. Ils pouvaient s'appuyer sur une équipe qu'ils connaissent et avec laquelle ils élaborent déjà des projets pluriprofessionnels ; les activités de recherche étant une piste d'amélioration des pratiques, au bénéfice des patients. A l'inverse, les MG exerçant strictement entre confrères, et *a fortiori* seuls, n'avaient pas l'habitude de l'interprofessionnalité, ce qui peut expliquer leur manque d'enthousiasme pour ces réseaux.

Les résultats obtenus concordent avec ce que projettent de faire les instances en charge du développement de ces réseaux ; en effet, il est prévu de solliciter dans un premier temps les MG exerçant dans les MSP.

La volonté d'intégrer d'autres professionnels de santé au sein des réseaux est de bon augure. L'inclusion va même assez loin ; le souhait de voir des patients les intégrer restait toutefois limité aux membres du DMG et d'autres structures de recherche. On peut raisonnablement penser que ces réseaux vont d'abord s'évertuer à intégrer des professionnels paramédicaux, avant les patients.

#### 4.4 Comparaison avec les résultats d'études antérieures

Dans l'étude DRIM (60), 452 MG de la région Rhône-Alpes avaient été interrogés en 2009 sur leur disposition à participer à des projets de recherche et leurs attentes sur ce sujet.

Les secteurs de recherche les plus attrayants étaient les procédures préventives, diagnostiques et thérapeutiques avec la qualité des soins. Elle montrait également qu'il ne suffit pas d'« enrôler » une

fois pour toutes les médecins pour qu'ils participent par la suite à bon nombre de projets de recherche. En effet, moins de la moitié des médecins ayant participé à un projet de recherche renouvelait l'expérience.

Parmi les MG interrogés, 63% des études auxquelles ils avaient participé étaient financées par l'industrie pharmaceutique.

L'étude DEPAR-MG, en 2016, avait pour objectif de dresser le constat du « Désir de participation à la recherche des MG ». L'ensemble des MG de la région Normandie avaient été contactés (environ 3000), 489 questionnaires avaient pu être exploités.

Les caractéristiques des répondants étaient les suivantes : âge moyen des répondants :45.9 ans, et majoritairement, exercice en groupe (63.7%), en milieu semi-rural (47.2%), de sexe masculin (56.7%). Un tiers des répondants étaient MSU.

On notait une forte envie de mener des projets de recherche avec d'autres spécialistes médicaux (94.2%) et paramédicaux (94.2%). 47.6% souhaitaient une indemnisation compensatoire. Par ordre décroissant les études les plus sollicitées étaient les études descriptives, étiologiques et les essais d'intervention. 90.2% privilégiaient le support informatique.

La thèse de Sophie NUGUES (73), avec le concours de la SFMG et de la Revue du Praticien – MG, a cherché à faire un état des lieux de la recherche en MG en 2004. 1000 MG sur l'ensemble du territoire avaient été contactés, les MG participant à la recherche étant ensuite priés de répondre à un questionnaire plus approfondi. Dans les résultats nous intéressant : 88% des médecins interrogés jugeaient que la MG devait organiser sa propre recherche. 46% des sondés désiraient participer à des travaux de recherche.

## 4.5 Perspectives

### Développement des soins de santé primaires

On peut saluer l'engagement du Pacte territoire santé, lancé en 2012 ; il envisageait de labelliser au minimum une maison de santé ou un centre de santé universitaire par département en 2017 (122).

La recherche en médecine générale permettra de faire avancer la montée en gamme des soins de santé primaires. Cependant, il ne faudrait pas oublier que les médecins généralistes ne sont pas les seuls représentants des soins primaires. Une nécessaire articulation avec les autres professionnels est donc indispensable.

Les sciences infirmières ont fait leur entrée au Conseil National des Universités (CNU) (92<sup>ème</sup> section) en fin d'année 2019 ouvrant la voie à la création des premiers enseignants-chercheurs à la rentrée 2020. Deux autres sections intéressent la maïeutique et les sciences de la réadaptation/rééducation.

Il existait déjà des départements universitaires de soins infirmiers mais les enseignants-chercheurs qui en font partie ne sont pas infirmiers en tant que tel et les formateurs des IFSI (Institut de formation en

soins infirmiers) ne sont pas enseignants-chercheurs. Ces évolutions tendent à corriger cet état de fait et permettent à la France de rattraper son retard par rapport aux autres pays.

### Enjeux de la recherche en MG

Exercer la profession de MG c'est exercer trois fonctions : soigner, faire de la prévention et produire des informations utiles à la pratique (123).

Les enjeux de développement de la recherche en MG sont multiples : ils permettent d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients, de favoriser la reconnaissance de la MG comme discipline universitaire à part entière et d'améliorer la visibilité de la France à l'international.

La création de réseaux d'investigateurs apparaît comme un prérequis indispensable pour qu'elle se développe (124) (113) (125).

Lors des journées du CNGE en juin 2019 à Nice, un point a été fait sur ces réseaux d'investigateurs. Ils sont constitués seulement de MG, sauf à Nantes où on retrouve une contractualisation avec les MSP. Ils comportent entre 30 et 200 médecins. Ils sont gouvernés plus par des collèges que par les DMG. Les difficultés exprimées sont nombreuses : recrutement des investigateurs ; maintien de leur participation dans le temps ; animation des réseaux ; mise à jour des données ; extension vers les autres professionnels de santé ; besoin d'un outil pour coordonner efficacement le réseau ; organisation de la gouvernance ; participation à plusieurs réseaux ; types d'études ; place de l'industrie pharmaceutique, financement, difficulté à trouver rédacteurs et revues...

Les médecins généralistes et leurs patients ont besoin de résultats d'études pragmatiques en soins primaires. De telles études nécessitent des méthodes spécifiques (par exemple la gestion d'un grand nombre de sites de recrutement et de réseaux de recherche, une définition adéquate des groupes témoins, et des méthodes statistiques spécifiques).

Les médecins généralistes peuvent s'impliquer à plusieurs niveaux : élaboration de protocoles, avis donnés sur la faisabilité d'un projet, collection de données etc.

Se sentir considéré comme collaborateur réel et non comme simple exécutant augmente leur participation (126) (62). Animer ces réseaux et entretenir la motivation des participants conditionnera le succès ou l'échec du projet.

L'EGPRN et d'autres soutiennent qu'un réseau de ce type gagnerait à être mis en place à l'échelon national ; pour obtenir la puissance nécessaire pour des études interventionnelles (127) (128).

Les Australiens se sont en effet rendu compte du manque de pertinence de produire de la recherche à un échelon inférieur (51). Pour ce qui concerne la France, l'échelon régional semble pour autant privilégié ; avec un réseau national qui fédérerait les réseaux régionaux. Cela peut s'expliquer par les difficultés notables rencontrées par le CNGE en 2012, en termes de recrutement, pour constituer un réseau national de MG investigateurs. Les régions seraient calquées sur les territoires d'influence des DMG. La création d'un Institut de recherche en soins primaires est à l'étude.

Une plateforme numérique est en cours d'élaboration et permettra à chaque MG qui le souhaite d'intégrer le réseau et même de lui soumettre des projets d'études.

En 2007, on recensait 128 organisations constituant ou collaborant avec un réseau de recherche (129). 39 réseaux ont été dénombrés à l'époque. Leur implantation géographique était majoritairement régionale ; la direction quasi-totale par un MG ; 42% étaient adossés avec une université ou un autre établissement d'enseignement supérieur ; 24% collaboraient avec l'industrie pharmaceutique ou une société prestataire de service.

Dans le détail de leur activité : pour 12 d'entre eux : réalisation de travaux sentinelles ; pour 23 : travaux épidémiologiques ; pour 27 : travaux sur la pratique ; pour 23 : études interventionnelles ; pour 11 : essais cliniques.

Constitués de 12 à 5000 investigateurs. Pour 34% d'entre eux : formation obligatoire à la recherche ; pour 26% d'entre eux pas de rémunération.

Le cloisonnement des acteurs de la recherche est une impasse, dans un monde changeant et de plus en plus compétitif (85). Les MG doivent s'appuyer et le font déjà sur les structures existantes affectées initialement pour les autres spécialités (les CIC entre autres).

Les patients ont leur mot à dire (on parle aujourd'hui de « démocratie sanitaire ») et devront être davantage consultés pour mettre en place des programmes de recherche.

Cette participation pour peu qu'elle soit effective devra montrer qu'elle est souhaitée par les patients.

En effet, notre système souffre actuellement d'un défaut d'éducation civique à la recherche et à la science (85).

Un programme de recherche européen élaboré par l'EGPRN est paru en 2011.

Selon lui, les thèmes de recherche doivent inclure (3) :

« • le raisonnement diagnostique et pronostique, avec une optimisation des valeurs prédictives, soit en procédures pas à pas, soit par estimation de risque ;  
• la thérapeutique, avec des essais comparatifs randomisés pragmatiques sur les médicaments et les autres modalités de traitements, les problèmes de sécurité, et les facteurs liés au patient comme l'adhérence aux stratégies thérapeutiques.

Les essais comparatifs randomisés pragmatiques en médecine générale pourraient apporter des réponses sur l'efficacité des stratégies thérapeutiques quotidiennes et sur la pertinence des nouveaux traitements ou recommandations pour les soins primaires ;

• les outils et approches spécifiques (soins palliatifs, pathologies chroniques, génétique), et la démarche qualité ;  
• l'impact des résultats de la recherche en soins primaires sur les différents niveaux de soins et sur la formation, devrait être évalué dans des études collaboratives et/ou interdisciplinaires ; l'épidémiologie en soins primaires avec une perspective longitudinale pour fournir d'importantes informations sur le contexte, de même que sur la pérennité des effets observés ».

Les travaux de recherche futurs doivent :

- « • explorer les besoins exprimés qui viennent appuyer la démarche de soins holistiques et la demande de médecines parallèles ;
- comprendre l'impact des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur la santé ;
- évaluer l'efficacité d'une approche holistique, plus précisément de l'approche culturelle et du modèle biopsychosocial des soins, en termes de satisfaction, d'adaptation, et d'indicateurs de santé ;
- évaluer l'éducation à l'approche globale, plus précisément à l'approche culturelle et l'abord des problèmes sociaux, si celle-ci est justifiée ;
- développer des instruments et des outils de mesure appropriés » (3).

Pour terminer il propose un agenda de recherche en soins primaires :

- « • Continuer à développer et à évaluer des modèles et des stratégies génériques (centrés sur la personne) biopsychosociaux, compréhensifs, ou centrés sur la communauté.
- Encourager la recherche comparative dans différents contextes culturels, sociaux ou géographiques, et de différents systèmes de soins.
- Promouvoir et soutenir des études de cohorte longitudinales pour évaluer le pronostic et les facteurs déterminants de la santé et des maladies.
- Promouvoir et soutenir des études d'intervention et des essais comparatifs randomisés qui prennent en compte des questions générales comme les préférences du patient, la multimorbidité, la qualité de vie et les circonstances sociales et environnementales.
- Encourager la recherche axée sur les stratégies diagnostiques et la démarche décisionnelle.
- Promouvoir les études évaluant l'efficacité et l'efficacité des soins quotidiens.
- Développer et valider des instruments et des critères de mesure fonctionnels et génériques pour une utilisation en recherche et pour les soins en médecine générale/médecine de famille » (3).

Les facteurs influençant positivement la recherche en médecine générale sont connus : accorder au médecin généraliste un rôle de pivot dans le système de soins primaires, accélérer l'universitarisation de la profession et allouer des financements propres (50).

Les MSU présentent une appétence et une volonté de participer aux activités de recherche (130). Leur nombre croissant fait qu'ils représentent un vivier prometteur d'investigateurs.

L'étude SAGA (Statines Au Grand Age), débutée en 2016 et cherchant à déterminer l'intérêt clinique et médico-économique d'un arrêt des statines chez les plus de 75 ans en prévention primaire, a permis de proposer plusieurs pistes pour améliorer la conduite des travaux de recherche en MG (131) :

- « - mise en place d'une *Hotline* pour répondre aux questions des MG et éviter ainsi leur découragement,
- mise en place d'un site internet didactique et simple d'utilisation,
- mise en place d'une aide pour inclure les patients et réaliser le suivi de l'étude, (interne ? ARC ?)
- adapter le processus d'inclusion aux contraintes de la consultation en MG (durée de la consultation ...),
- proposer des projets de recherche portant sur des thèmes appréciés par les MG,
- communiquer le résultat final de l'étude pour valoriser leur participation,

- faire participer les DUMG ; les études portées par eux auraient plus de crédibilité et plus susceptibles donc des motiver,
- proposer une rémunération satisfaisante ».

Entre la recherche fondamentale et la recherche en santé publique le champ de la recherche clinique est ouvert aux MG (46). Les MG doivent s'en saisir.

Combiner les méthodes quantitatives et qualitatives est jugé pertinent par les MG pour prendre en charge au mieux les patients en soins primaires (58).

La création du GROUMF (Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone) en 2007, cherche à répondre aux besoins de la recherche qualitative, inspirée des sciences humaines et sociales. Cette recherche est inductive ; elle induit des hypothèses pouvant ensuite être vérifiées par les études quantitatives. Elle peut également être un outil pour comprendre les résultats des études quantitatives. Le GROUMF peut s'appuyer sur l'expertise d'une cinquantaine de MG, d'enseignants-chercheurs et de chercheurs en sciences humaines et sociales (132).

A Rennes, deux champs de recherche sont explorés : les maladies chroniques prévalentes (en débutant par la BPCO) et la périnatalité/développement de l'enfant.

L'étude DISCO (133), réalisée en Bretagne, en est un exemple. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé, conduit sur 12 semaines, avec 40 MG incluant 4100 patients, âgés de 40 à 80 ans, financé par le CORECT (Comité de la recherche clinique et translationnelle) en 2016 et achevé fin 2017.

Cette étude avait pour objectif d'améliorer la détection de la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) dans la population générale. Une phase d'extension était prévue en automne 2018 sur environ 3200 patients pour évaluer l'intérêt diagnostique des deux stratégies testées dans la phase pilote (PIL-DISCO).

Elle montre la faisabilité et l'intérêt des financeurs pour les soins de santé primaires.

### Formation à la recherche

Selon la thèse de Vincent Hélias (134), la formation à la recherche se fait majoritairement par le biais de cours dispensés en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle (par les DMG).

Il faut acter une augmentation conséquente du nombre d'enseignants de MG, avec cependant un rapport de 1 pour 30 internes (1 pour 10 dans les autres spécialités) (27).

Des formations gratuites, en e-learning, sont mises à disposition par le réseau Formation du GIRCI-GO (réseau FORMEDEA) pour acquérir (et maintenir) la connaissance et la maîtrise des Bonnes pratiques cliniques (BPC). Des cours ont été créés spécifiquement pour les médecins généralistes.

Le GIRCI-GO peut se féliciter d'être le seul GIRCI à proposer un si large choix de formation en recherche clinique.

A Brest les internes ont un rôle primordial en permettant de tenir le rôle de TEC. Nous développerons cette idée dans le paragraphe suivant.

Plusieurs types de formation peuvent être proposés : des cours classiques, une formation aux technologies de l'information et de la communication (TIC), des formations par les pairs (135) etc.

Une étude finlandaise a montré le bénéfice d'une année dévolue à ces activités sur la publication de travaux scientifiques (136).

L'allongement de la durée du DES à quatre ans serait l'occasion de sensibiliser les internes aux activités de recherche.

### L'enjeu des thèses de MG

La thèse est le fruit d'un travail long et investi, nécessitant en moyenne 18 mois de travail (53).

Il faut davantage investir dans les travaux de thèse préparés par les internes en fin de cursus, comme certains le préconisent (35).

Une étude s'est intéressée à 252 thèses de la faculté de médecine de Paris-Descartes ; pour 22% de celles-ci la question de recherche n'est pas clairement définie et 47% présentent un résumé ne respectant pas la structure IMRAD (Introduction – Matériel et méthodes – Résultats (And) Discussion) (53).

Les causes des échecs des projets de thèse ont été analysées (53). Le manque de pertinence du sujet choisi ainsi que le manque de temps et de motivation de l'interne sont pointés du doigt.

Des difficultés sont éprouvées par nombre de thésards. Selon une enquête nationale, environ 20% d'entre eux aurait subi un échec de projet de thèse (53). Les internes interrogés la voient littéralement comme une perte de temps pour eux ; sans illusion sur le fait que leur travail ne sera pas bénéfique à la communauté scientifique (137) (106). Autres difficultés exprimées : un manque de légitimité ressenti, un manque de temps, un manque de formation quant au travail de recherche, des difficultés à trouver un directeur de thèse. Des cours sont pourtant dispensés dans de nombreuses facultés, en lien direct avec la méthodologie choisie (137).

En 2005 on recensait 52 facultés proposant des réunions pour suivre et aider les thésards dans leur projet (53). Proposer des articles de recherche à lire aux internes pour les familiariser et leur donner goût à ce domaine est une piste à développer.

Le ratio entre le nombre d'étudiants et le nombre de membres du DMG peut expliquer le manque d'encadrement ressenti par les étudiants.

Des pistes sont évoquées comme participer à un projet de grande envergure où chaque étudiant aurait à travailler sur une partie, ce qui provoquerait une émulation intéressante. Prenons un exemple proche de nous, à la faculté de Médecine de Brest.

L'étude AdoDesp « a pour but d'évaluer les avantages à réaliser un dépistage et une prévention secondaire de la dépression de l'adolescent à partir de la rencontre de parents déprimés en soins primaires au sein d'un parcours de soins articulant soins primaires et dispositif spécialisé (Maison des Adolescents) en comparaison avec un dépistage et une prévention secondaire en soin courant » (138). Pour ce projet, une trentaine d'internes est mobilisée, leur contribution se traduisant par une thèse d'exercice pour chacun d'eux. Ce groupe de thèse est dirigé par des universitaires du DUMG. Il y a un groupe « revue de la littérature » qui s'intéresse aux échelles d'évaluation de qualité de vie et de dépression chez l'adolescent ; un groupe qui interroge les MG via un questionnaire pour le dépistage

des adolescents dépressifs et un groupe qui analyse la validité statistique des échelles recueillies. Plusieurs CCA réaliseront une synthèse de ces contributions pour produire une thèse de sciences avec une publication à l'international en ligne de mire.

Cette façon de procéder a plusieurs avantages indéniables. L'interne s'inscrit dans un projet d'ampleur, avec le sentiment que son travail sera *in fine* valorisé et la motivation est entretenue par l'émulation entre co-internes. Ce qui répondrait aux récriminations mentionnées plus haut.

Pour faciliter cette étape indispensable du cursus que représente la thèse il faut (106) :

- informer dès le début du DES les internes du travail de thèse qu'ils auront à fournir et l'exigence scientifique qui l'accompagne,
- proposer des formations obligatoires portant sur les différents volets du travail de thèse,
- encourager (voire obliger) la publication au format article,
- former les MSU à la direction de travaux de thèse.

On voit que le manque de temps est un motif souvent évoqué par les internes.

Pourtant le décret du 10 novembre 1999 avait instauré deux demi-journées de formation hebdomadaires pour les internes. Elles étaient réservées à la formation universitaire. Le décret du 26 février 2015 a instauré la ½ journée hebdomadaire de formation en autonomie.

Le respect des ½ journées de formation des internes permet à ceux-ci, entre autres, d'amorcer leur travail de thèse.

#### Les bases de données en médecine générale

L'Assurance Maladie récolte les données de remboursement des soins mais ne dispose pas de données plus fournies concernant les pathologies vues en médecine générale (49).

Et pourtant, les médecins généralistes seraient assis sur une « mine d'or » : 5000 à 10000 consultations par an et par généraliste, produisant 15 000 à 30 000 conclusions diagnostiques (pour 3 motifs de soins par consultation) et autant de prises en charge différentes. Cela représente 40 millions de décisions par an pour l'ensemble de la profession (139). Toute valorisation passera par le codage des données recueillies avec la CISP-2.

Un accès aux bases institutionnelles (SNIIRAM) pour les médecins chercheurs serait également une piste intéressante (27).

Le projet PRIMEGE (Plateforme régionale d'information en médecine générale)-PACA a eu pour ambition de collecter des données médicales, anonymisées, directement à partir des logiciels de consultation, sans action directe du MG. Une base de données ainsi créée est utile pour la recherche et l'évaluation des pratiques en MG. Les dossiers médicaux électroniques (DME) de 11 MG ont été recueillis sur quatre ans (2012 à 2015), représentant un total de plus de 200 000 consultations. 97% des motifs et des diagnostics ont pu être codés grâce à la CISP-2. Les MG participants peuvent bénéficier d'un retour sur leur pratique après analyse de leurs données. Ce projet a été porté par le Collège Azuréen des Généralistes Enseignants (CAGE), le Département d'enseignement et de



recherche en MG (DERMG) et le Département de santé publique (DSP) du CHU de Nice. On peut imaginer que cette initiative régionale puisse essaimer sur le territoire pour constituer un panel d'observatoires régionaux alimentés par des MG volontaires.

De façon plus large, le codage informatique des motifs de consultation offre plusieurs avantages (140) :

« - constat objectif de la distribution des pathologies rencontrées pour chaque MG, permettant d'orienter ses besoins de formation continue,

- utilisation pour la formation des internes de MG, connaissant *de facto* les pathologies les plus fréquemment rencontrées en cabinet de ville,
- évaluation des pratiques professionnelles (via la ROSP),
- amélioration de la qualité des soins ».

Les bases de données en France alimentées par les DPE (dossiers patients électroniques) sont à l'état embryonnaire ; certaines sont gérées par des sociétés privées qui en monnayent l'accès (réseaux d'IMS-Health et Thales) (49).

Rappelons que l'Observatoire de la MG a cessé son activité comme décrit plus haut.

L'étude ECOGEN (étude transversale sur les éléments de la consultation en médecine générale) (141) portée par le CNGE, a permis de décrire les motifs de consultation et les procédures de soins concernant les prises en charge réalisées dans les cabinets de MG. Une base de données recensant plus de 20 000 consultations a été constituée. Les données ont été récoltées entre 2011 et 2012 en les codant grâce à la CISP-2. Chaque consultation faisait l'objet en moyenne de 2,6 motifs, de 2,2 résultats de consultation et de 4,7 procédures réalisées ou prescrites. Cette étude avait pour objectifs *in fine* de valoriser le travail des MG (pour une possible réforme de la tarification des consultations), de recueillir des données de consultation structurées et d'élaborer des banques de cas cliniques pour la formation des étudiants.

## 5. Conclusion

L'impérieuse nécessité de développer les activités de recherche en médecine générale par les principaux intéressés est désormais communément acceptée. Elle permettra de rendre à la médecine générale, et de façon plus large aux soins premiers, dont elle est le pivot, la maîtrise de son référentiel de connaissances, pour le bénéfice des patients.

Les réseaux d'investigateurs en soins primaires seront le support de développement de cette recherche. Ils sont pour l'heure ancrés à l'échelon régional.

Concernant la Bretagne, il est question de s'appuyer sur les MG exerçant dans des MSP pour la constitution des réseaux d'investigateurs en soins primaires.

Ne disposant pas pour l'heure d'un tel réseau, nos résultats ont pour objectif de faciliter sa mise en place par une connaissance plus fine des principaux acteurs et de leurs attentes.

Certaines problématiques restent d'actualité et méritent que l'on s'attache à les traiter, notamment la rémunération des MG participants.

La valorisation des thèses de Médecine générale, la formation aux activités de recherche et le développement de bases de données médicales permettront également à la spécialité de progresser dans le domaine de la recherche.

## 6. Format article

<h1>ARTICLE</h1>
------------------

## Recherche en soins primaires ; enquête pour mesurer l'intérêt et les attentes des médecins généralistes bretons

*Primary care research ; survey to measure the interest and expectations of the general practitioners carrying their activity in Brittany*

Mathieu Guédo, Interne de Médecine générale – Faculté de Rennes

**Mots-clés** : soins de santé primaires – médecine générale – recherche - investigateur

**Keywords** : primary health care – general practice – research - investigator

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Résumé

### Contexte.

Le développement des activités de recherche revêt une importance capitale pour la spécialité de Médecine générale (MG). La participation aux activités de recherche peut se faire *via* la direction de travaux de thèse, la collection de données médicales en consultation, le suivi de cohortes de patients etc. Des réseaux d'investigateurs existent dans certaines régions françaises et permettent d'obtenir des résultats utilisables pour la pratique.

### Objectif.

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'intérêt pour la recherche et de connaître les attentes des MG bretons. Les objectifs secondaires étaient de connaître leurs souhaits en termes d'organisation, d'articulation avec leur activité de soin et les moyens permettant de favoriser leur implication. Ces résultats pouvant être utiles pour la constitution d'un réseau breton d'investigateurs en soins premiers.

### Méthode.

Réalisation d'une étude transversale descriptive par enquête *via* un questionnaire diffusé sur *Limesurvey* aux MG bretons libéraux installés.

Le questionnaire a été activé le 27 octobre 2019 et a été clôturé le 31 décembre 2019.

### Résultats.

Le questionnaire a été expédié à 1627 MG bretons.

Au total, 211 réponses ont été collectées. 149 étaient complètes, 62 incomplètes.

Le taux de réponse a été de 13.3 %. La majorité des répondants (60%) considérait que la recherche était l'une des composantes de l'exercice du médecin généraliste. 62% d'entre eux souhaitaient y consacrer l'équivalent de moins d'une demi-journée hebdomadaire.

Parmi les MG désireux d'encadrer des travaux de thèse, la majorité (61.4%) trouvait intéressante l'idée de figurer sur une liste de directeurs de thèse potentiels, pouvant être mise à disposition par le DMG. Ils pensaient que le DMG était l'interlocuteur privilégié pour les épauler dans leurs travaux de recherche (54%). Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins que les MG exerçant seuls ou en groupe à intégrer un réseau d'investigateurs ( $p < 0.001$ ).

### Conclusion.

L'impérieuse nécessité de développer les activités de recherche en MG par les principaux intéressés est désormais communément acceptée. Elle permettra de rendre à la MG, et de façon plus large aux soins premiers, dont elle est le pivot, la maîtrise de son référentiel de connaissances, pour le bénéfice des patients. Les réseaux d'investigateurs en soins primaires seront l'un des supports du développement de cette recherche. Concernant la Bretagne, il est question de s'appuyer sur les MG exerçant dans des MSP pour la constitution des réseaux d'investigateurs en soins primaires. La valorisation des thèses de MG, la formation aux activités de recherche et le développement de bases de données médicales permettront également à la spécialité de progresser dans le domaine de la recherche.

**Mots-clés.** soins de santé primaires - médecine générale – recherche – investigateur

## **Abstract**

### **Introduction.**

Research in General Practice is critical and must be developed. It is possible to participate in research activities by directing PhD work, collecting medical data during consultations or monitoring patient cohorts, for instance.

### **Objective.**

Thanks to the networks of investigators in place in certain regions of France, it is also possible to obtain results that can be used for practice. This study's main objective was to gauge the interest in research and understand the expectations of the General Practitioners carrying their activity in Brittany. The secondary objective was to find out what they wanted in terms of organization, of interconnection with their healthcare activity and how to promote their involvement.

These results may be helpful for creating a network of investigators in Brittany's primary care.

### **Method.**

Carrying out a descriptive cross-sectional study based on a survey, using a questionnaire posted on Limesurvey to Brittany's established private GPs.

The questionnaire was available between October 27, 2019 and December 31, 2019.

### **Results.**

The questionnaire has been sent to 1627 GPs serving in Brittany.

The number of respondents was 211, of which 149 answered all the questions and 62 didn't answer all the questions.

The response rate was 13.3%.

The majority of respondents (60%) believed that research is one of the components of the General Practitioner's practice.

62% of the respondents wanted to spend the equivalent of less than half a day a week.

Among the GPs wishing to supervise PhD work, the majority (61.4%) of them found the idea of appearing on a list of potential thesis directors interesting, which could be made available by the DMG. They thought that the DMG is the entity that could best support their research work (54%).

GPs working in a multidisciplinary health center were more likely than GPs working alone or in groups to join a network of investigators ( $p < 0.001$ ).

### **Conclusion.**

It is now widely accepted that the main stakeholders must take part in the development of research activities in General Practice.

It will help General medicine, which is central to primary care, and more broadly the latter to take control of its knowledge repository, for the benefit of patients.

The networks of investigators in primary care will support the development of this research.

Currently, these networks are established at the regional level. In Brittany, the constitution of networks of investigators in primary care depends on the GPs working in MSPs.

With the promotion of theses in General medicine, the training in research activities and the development of medical databases, this specialty will move forward in terms of research.

**Key words.** primary health care – general practice – research - investigator

## Contexte

Les soins premiers constituent le « premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé » (142). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que si ces soins ont un coût, ils demeurent rentables en définitive (23). Leur importance n'est pas négligeable. On évalue à 80-90% des besoins de santé tout au long de la vie d'un individu pouvant être assumés par les équipes de soins premiers (11).

Le médecin généraliste (MG), acteur de première ligne, est, par définition, un maillon essentiel des soins premiers. Sa reconnaissance en tant que spécialiste à part entière a été laborieuse jusqu'à la nomination des premiers enseignants universitaires associés de MG en 1991 et la création du Diplôme d'études spécialisées (DES) en 2004. Elle est maintenant assumée. Pour soigner au mieux ses patients, le MG doit s'appuyer sur des données probantes.

La recherche, au même titre que le soin et la prévention, doit faire partie intégrante de son exercice. Les obstacles sont nombreux et bien connus (manque de temps, de valorisation ; rémunération de ces activités etc). Un chiffre édifiant l'exhorte pourtant à s'investir : 62% des recommandations s'appliquant aux soins premiers reposent sur des études bâties sur des patients vus en soins secondaires ou tertiaires (143). L'intérêt pour la recherche est tangible : un tiers des généralistes serait disposé à y participer (60). Le carré de White illustre bien le volume de patients auquel peut s'adosser la recherche dans la spécialité et l'atout que cela représente (74). Le « virage ambulatoire », à rebours de l'hospitalocentrisme, montre l'intérêt actuel des pouvoirs publics pour les soins premiers ; mieux à même de gérer les maladies chroniques, dans le contexte du vieillissement de la population française. Les travaux recensés en MG sont de façon prépondérante descriptifs, n'ayant donc aucune incidence sur l'amélioration de l'état de santé des patients (35).

La recherche en MG doit s'orienter davantage vers des études interventionnelles, elles seules ayant un impact démontré sur les soins dispensés aux patients. Des réseaux d'investigateurs en soins primaires apparaissent progressivement en France ; ils représentent un atout pour le rayonnement de la discipline. La Bretagne n'en dispose pas à l'heure actuelle.

## Intérêt de la recherche et questionnement

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'intérêt des médecins généralistes bretons (des départements 22, 35 et 56) pour les activités de recherche au sens large (direction de travaux de thèse, collections de données brutes, suivi de cohortes de patients...). Les objectifs secondaires étaient de recueillir leurs attentes quant à l'organisation de ces activités et leur articulation avec leur activité de soin. Ces données pourront être utiles pour la mise en place d'un réseau breton d'investigateurs en soins premiers.

## Matériel et méthodes

### Choix méthodologique

Une étude transversale descriptive par enquête a été réalisée, permettant de recueillir à un instant  $t$  l'avis de l'ensemble des médecins généralistes libéraux des départements 22, 35 et 56.

Un questionnaire en ligne a été créé grâce au logiciel *LimeSurvey*, mis à disposition par l'Université de Rennes 1. Un message de présentation préfaçait le questionnaire. Il exposait brièvement l'identité du thésard, sa problématique de recherche, le temps estimé pour répondre au questionnaire et les remerciements d'usage.

Le questionnaire comportait au total 34 questions dont 8 questions socio-démographiques insérées à la fin (âge, sexe, milieu d'exercice, département d'exercice, type d'activité, informatisation du cabinet, nombre approximatif d'heures de travail hebdomadaires, autres fonctions universitaires et d'enseignement).

Toutes les questions étaient à réponse obligatoire afin d'obliger les médecins généralistes à se positionner et pour pouvoir analyser les résultats de façon plus complète. Un item « sans opinion » était laissé au choix.

Certaines questions n'étaient accessibles qu'après avoir coché un item de la question précédente (questions 7,8 et 20).

Le questionnaire était divisé en deux parties : « questions en lien avec la recherche » et « questions sociodémographiques ».

Le questionnaire a été testé auprès de médecins généralistes rencontrés lors du stage praticien de niveau 1 du thésard. Ainsi, leur curiosité pour cette thématique de recherche, le temps qu'il leur a fallu pour y répondre, les modifications qu'ils ont conseillé d'entreprendre, leur jugement quant à la présentation du questionnaire ont pu être recueillis.

Les MG travaillent en moyenne de 50 à 55 heures par semaine (27). Les valeurs 45 et 65 (55+/-10) ont été retenues pour voir l'impact potentiel du temps de travail sur les réponses.

### Population étudiée et recrutement

Les médecins généralistes des 3 départements bretons (hors Finistère, car rattachés à la faculté de Brest), en activité, installés ont été interrogés.

En 2018, le CNOM recensait au total 719 MG en activité régulière dans les Côtes d'Armor, 1406 en Ille-et-Vilaine et 1019 dans le Morbihan.

Les médecins généralistes remplaçants ont été volontairement exclus de l'étude ; leur statut (DES possiblement en cours, réalisation de leur travail de thèse, variabilité de leur lieu de remplacement...) ne leur permettant pas *a priori* de se consacrer à des activités de recherche qui requièrent du temps qu'ils n'ont probablement pas. Des études corroboraient cette hypothèse (115).

Il n'a pas été utile de calculer un nombre de sujets nécessaire pour la réalisation de l'étude étant entendu qu'un maximum de réponses était souhaité.

Nous avons sollicité les CDOM des trois départements.

Pour l'Ille-et-Vilaine, le CDOM nous a permis de contacter les médecins généralistes acceptant de répondre aux questionnaires des travaux de thèse. Cette liste a été détruite après la soutenance.

Le questionnaire a ainsi été envoyé le 27 octobre 2019 à 779 médecins. 42 adresses mél étaient en réalité invalides. 2 médecins généralistes étaient à la retraite et n'ont donc pas répondu au questionnaire. En retranchant ces médecins, ou injoignables par mail ou en retraite, nous avons obtenu un total de 735 MG. Le rappel a été envoyé le 10 novembre 2019.

Pour les Côtes d'Armor, le CDOM s'est chargé de diffuser le questionnaire.

Le premier envoi s'est effectué le 4 novembre 2019 à 563 médecins.

Pour le Morbihan, le CDOM, invoquant le Règlement général sur la protection des données (RGPD), nous a conseillé de nous tourner vers l'Union régionale des professionnels de santé (URPS-ML de Bretagne) pour la diffusion. Le lien vers le questionnaire a pu être diffusé via la newsletter de l'URPS le 14 novembre 2019 à son panel de MG bretons. Il a été adressé à 285 médecins.

Le questionnaire a été activé le 27 octobre 2019 et a été clôturé le 31 décembre 2019.

Aucune rémunération n'a été proposée. Les résultats de l'étude pouvaient être envoyés aux médecins qui renseignaient leur adresse mél.

### **Recueil des données**

L'avis de la CNIL a été sollicité. Une demande a été faite auprès de la correspondante informatique et libertés (CIL) de l'Université de Rennes 1.

Le numéro d'enregistrement est le suivant : 2019-027.

Tous les répondants au questionnaire qui en ont fait la demande ont pu ainsi avoir un droit de regard sur l'utilisation de leurs données.

Une fois le questionnaire clôturé, les résultats ont été extraits de *LimeSurvey* sur un fichier Excel.

Ce fichier Excel était hébergé sur le serveur sécurisé mis à disposition de l'Université de Rennes 1.

Le fichier de recueil sera détruit à l'issue de la soutenance de la thèse.

L'avis du CPP n'était pas nécessaire.

### **Méthode d'analyse des résultats**

Les variables quantitatives étaient décrites en utilisant la moyenne et l'écart type.

Les variables qualitatives étaient décrites avec la fréquence et le pourcentage.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel *RCommander* dans sa version 3.6.2 ainsi qu'avec tous les progiciels requis.

Les statistiques bivariées ont été réalisées avec un test du Chi Deux.

Lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq, un test exact de Fisher a été utilisé.

L'association entre deux variables a été considérée comme significative lorsque  $p$  était inférieur à 0.05.

La variable quantitative « âge » a été divisée en trois classes : moins de 40 ans, entre 40 et 60 ans, plus de 60 ans.

Les autres variables étaient qualitatives.



## Résultats

Le questionnaire a été expédié à 1627 médecins généralistes, 1583 si on enlève finalement les médecins dont l'adresse mél était invalide et ceux à la retraite.

Leurs caractéristiques figurent dans le tableau 1.

Au total, 211 réponses ont été collectées. 149 étaient complètes, 62 incomplètes.

Le taux de réponse a été de 13.3 %.

Les résultats sont également présentés sous forme de graphiques en annexe (annexe 4).

### Questions sociodémographiques

On dénombrait 73 hommes (49%) et 76 femmes (51%). L'âge moyen des répondants était de 45.7 ans (écart-type : 11.5 ans).

69 (46%) des MG exerçaient en milieu urbain ; 56 (38%) en milieu semi-rural et 24 (16%) en milieu rural.

112 exerçaient en Ille-et-Vilaine, 28 dans les Côtes d'Armor et 9 dans le Morbihan.

24 (16%) travaillaient seuls ; 99 (66%) travaillaient en groupe avec d'autres médecins hors maison de santé et 26 (17%) en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

144 (97%) avaient un cabinet informatisé ; 4 (3%) n'avaient pas de cabinet médical informatisé ; 1 n'a pas répondu à la question.

50 (34%) estimaient leur temps de travail hebdomadaire inférieur à 45 heures, 90 (60%) travaillaient entre 45 et 65 heures ; 9 (6%) travaillaient plus de 65 heures par semaine.

57 étaient MSU ; 6 appartenaient au DMG ou à une autre structure de recherche ; 11 étaient chargés d'enseignement ; 88 n'avaient pas les fonctions précédemment citées.

### Questions en lien avec la recherche

#### Questions générales concernant la recherche

105 médecins généralistes bretons (60%) pensaient que la recherche était l'une des composantes de l'exercice de la médecine générale, en complément du soin et de la prévention. 39 (22%) MG pensaient que la recherche n'était pas du ressort du MG ; 31 (18%) étaient sans opinion.

26 des MG interrogés (15%) estimaient consacrer une part satisfaisante de leur activité à des fins de recherche. 115 (66%) déclaraient ne pas s'y consacrer suffisamment. 34 (19%) étaient sans opinion sur la question.

57 MG (33%) souhaitaient s'impliquer davantage dans des activités de recherche en lien avec la MG. 96 (55%) n'exprimaient pas l'envie de s'impliquer plus avant dans ces activités. 22 (13%) étaient sans opinion.

20 (11%) jugeaient très insatisfaisante l'organisation actuelle des activités de recherche concernant leur spécialité. 109 (62%) la jugeaient peu satisfaisante. 44 (25%) la jugeaient satisfaisante. 2 (1%) trouvaient que l'organisation était très satisfaisante.

### Questions relatives aux préférences de recherche

101 (62%) souhaitaient y consacrer l'équivalent de moins d'une demi-journée par semaine. 23 (14%) entre une demi-journée et une journée. 2 (1%) voulaient y investir plus d'une journée sur une semaine-type. 36 (22%) étaient sans opinion.

44 MG (19%) souhaitaient encadrer des internes dans leurs travaux de thèse. 61 (27%) se déclaraient intéressés pour collecter des données brutes. 70 (31%) étaient intéressés pour suivre des cohortes de patients. 51 (23%) MG n'avaient pas d'opinion.

Parmi les 44 MG désireux d'encadrer des travaux de thèse : 32 (73%) n'avaient pour l'instant encadré aucun travail de thèse sur les cinq dernières années ; 9 (20%) en avaient encadré entre un et cinq et 3 (7%) en avaient encadré au moins cinq.

Parmi les 61 MG intéressés pour collecter des données médicales brutes au cabinet : 49 (80%) privilégiaient le support informatique comme support de recueil ; 3 (5%) préféraient le support papier ; 7 (11%) plébiscitaient une personne physique pour le recueil ; 2 (3%) n'avaient pas d'opinion. A noter qu'aucun MG n'a souhaité utiliser le téléphone comme moyen de recueil.

87 MG (31%) étaient intéressés par la recherche quantitative (études de cas, études cas-témoins, études de cohortes, essais cliniques...) ; 56 (20%) par la recherche qualitative (études d'observation, entretiens, *focus group*, technique Delphi, groupe nominal...) ; 38 (14%) par les études médico-économiques (études coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice...) ; 18 (6%) la recherche secondaire (revues systématiques, méta-analyses) ; 81 (29%) l'évaluation de la qualité des soins (enquête analytique de pratiques).

39 (34%) trouvaient intéressante l'idée de figurer sur une liste de directeurs potentiels de thèse qui serait à disposition des internes (éventuellement gérée par le DMG) ; 102 (63%) n'étaient pas intéressés et 20 (12%) n'avaient pas d'opinion.

Parmi les 44 MG intéressés pour diriger les travaux de thèse : 27 (61.4%) trouvaient intéressant de figurer sur une telle liste ; 12 (27.3%) ne le souhaitaient pas ; 5 (11.4) n'avaient pas d'opinion.

### Questions relatives à l'organisation de la recherche

28 (18%) pensaient que la recherche en MG devait s'organiser à l'échelon local/départemental ; 51 (33%) lui préféraient l'échelon régional ; 31 (20%) l'échelon national ; 46 (29%) n'avaient pas d'opinion.

108 (54%) pensaient que le DMG était l'interlocuteur privilégié pour accompagner les MG dans leurs activités de recherche ; 7 (4%) lui préféraient l'ARS, 13 (7%) le CHU, 23 (12%) les UFR, 10 (5%) l'URPS, 5 (3%) avaient proposé d'autres interlocuteurs (organisme national indépendant type NHG hollandais qui est un collège scientifique de MG ; une chaire de recherche dédiée aux soins primaires, Ministère de la Santé, Comité de MG,...) ; 33 (17%) n'avaient pas d'opinion.

89 (51%) pensaient que le Collège de la MG était la structure la plus appropriée pour diriger les activités de recherche, 12 (7%) lui préféraient le Ministère de la Santé, 9 (5%) le Ministère de la Recherche, 19 (11%) le CNGE Collège Académique, 1 (0.5%) une structure privée (ex : laboratoire pharmaceutique...) ; 3 (2%) une autre structure (INSERM, UFR ; 43 (24%) n'avaient pas d'opinion.

#### Questions relatives à la rémunération des activités de recherche

130 (85%) pensaient que la participation à des activités de recherche devait être rémunérée en plus de leur activité de soins ; 2 (1%) pensaient que non ; 21 (14%) étaient sans opinion.

71 (46%) trouvaient judicieux d'intégrer à la ROSP la participation à des activités de recherche, 61 (40%) ne le souhaitaient pas, 21 (14%) étaient sans opinion.

#### Questions relatives aux éléments influençant la participation

96 (64%) pensaient qu'avoir un confrère impliqué dans des activités de recherche les pousserait à s'investir également, 28 (19%) pensaient que ce ne serait pas le cas, 27 (18%) étaient sans opinion.

93 (62%) pensaient que recevoir des étudiants (internes, externes) au sein de leur cabinet était une motivation pour s'investir dans des activités de recherche, 36 (24%) pensaient que non, 22 (15%) étaient sans opinion.

93 (62%) estimaient que leur motivation à participer à des activités de recherche serait impactée si celles-ci étaient dirigées et/ou financées par un laboratoire pharmaceutique, 46 (30%) pensaient qu'il n'y aurait pas d'impact, 12 (8%) étaient sans opinion.

7 MG avaient embauché ou projetaient d'embaucher un(e) assistant(e) médicale. Parmi ceux-ci 1 MG pensait que cette embauche lui permettrait de se dégager du temps pour participer à des travaux de recherche, 4 pensaient que non, 1 était sans opinion sur le sujet.

#### Questions relatives à la formation au travail de recherche

67 (44%) disaient n'avoir jamais été incités pendant leurs études à s'investir dans des activités de recherche, 59 (39%) disaient avoir été peu incités, 23 (15%) avaient été plutôt incités suffisamment et 2 (1%) avaient été fortement incités.

52 (34%) auraient aimé participer à des formations pour développer leurs compétences en matière de recherche ; 76 (50%) ne le souhaitaient pas ; 23 (15%) étaient sans opinion.

#### Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires

24 MG (16%) avaient connaissance des réseaux d'investigateurs en soins primaires ; 126 (84%) ne connaissaient pas l'existence de tels réseaux.

63 (42%) déclaraient être intéressés pour intégrer de tels réseaux ; 57 (38%) n'étaient pas intéressés et 30 (20%) n'avaient pas d'opinion.

17 (14%) pensaient que ces réseaux ne devaient comporter que des MG ; 37 (30%) pensaient qu'ils pouvaient intégrer d'autres spécialistes de soins primaires, 38 (31%) que des paramédicaux pouvaient y figurer ; 20 (16%) que des patients pouvaient y figurer ; 10 (8%) étaient sans opinion.

36 MG ont laissé leur adresse mél pour recevoir les résultats de l'étude.

32 (21%) ont laissé un commentaire libre en fin de questionnaire.

### **Analyses bivariées**

Les membres du DMG et d'autres structures de recherche (CNGE...) estimaient consacrer une part satisfaisante de leur exercice à des activités de recherche ( $p < 0.0001$ ).

Ils souhaitaient consacrer l'équivalent d'une demi-journée à une journée par semaine pour ces activités ( $p < 0.01$ ).

Ils étaient intéressés pour intégrer ces réseaux d'investigateurs en soins primaires ( $p < 0.01$ ) ; tout comme les chargés d'enseignement ( $p < 0.05$ ).

Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins à intégrer ces réseaux ( $p < 0.001$ ) que les MG exerçant seuls ou en groupe.

Les MSU ne souhaitaient pas restreindre l'accès des réseaux d'investigateurs aux MG seuls ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MSU souhaitaient intégrer les soignants paramédicaux dans les réseaux d'investigateurs en soins primaires ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MSU étaient favorables à l'inclusion d'autres spécialistes médicaux de soins primaires ( $p < 0.001$ ) ; tout comme les membres du DMG et d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ) et les chargés d'enseignement ( $p < 0.001$ ).

En revanche, les MSU et les chargés d'enseignement n'étaient pas favorables à la participation des patients ( $p < 0.001$  et  $p < 0.001$  respectivement) ; à l'inverse des membres du DMG ou d'autres structures de recherche ( $p < 0.001$ ).

Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins que les autres à intégrer des patients aux réseaux ( $p < 0.01$ ).

Les MG exerçant en groupe ou en MSP étaient plus enclins à intégrer des professionnels paramédicaux ( $p < 0.05$ ).

Les MG âgés de plus de 60 ans étaient moins enclins à intégrer des professionnels paramédicaux au sein des réseaux ( $p < 0.05$ ).

## Discussion

### Forces de l'étude

L'intérêt de cette étude résidait tout d'abord dans le choix de la population étudiée. Aucune étude ne s'était attachée à mesurer l'intérêt pour la recherche des médecins généralistes de la région Bretagne. A l'heure du développement progressif des réseaux d'investigateurs en soins primaires, présents dans certaines régions, il nous paraissait judicieux de dresser cet état des lieux pour favoriser l'émergence de tels réseaux. Le préalable étant de recueillir les attentes des principaux intéressés.

Nous avons également souhaité nous intéresser à l'ensemble des MG, participant de manière effective ou non aux activités de recherche. Ceci pour caractériser les médecins intéressés mais ne participant pas à la recherche.

Il se distingue également des études réalisées dans d'autres régions sur la même thématique.

Ainsi nous avons cherché à mesurer leur satisfaction de l'organisation actuelle des activités de recherche concernant le MG et notamment le rôle que souhaitaient voir attribuer aux différents acteurs les MG interrogés et l'échelon pertinent pour mener de telles activités.

Nous avons également souhaité inclure des questions en lien avec les évolutions récentes qui modifient l'exercice du MG, notamment l'arrivée des assistants médicaux.

Il nous paraissait important de prendre en compte l'environnement immédiat des MG (confrères, étudiants...) et l'impact de celui-ci sur leur implication dans la recherche.

Des pistes ont également été formulées pour favoriser leur implication.

Enfin, après ces questions générales, des questions exploratoires ont été formulées concernant une des pistes d'avenir de la recherche en MG : les réseaux d'investigateurs en soins primaires. Ces réseaux sont inexistant à l'heure actuelle dans notre région. Les questions ont exploré brièvement leur connaissance de ces réseaux, leur souhait de s'y investir et la composition qu'ils en souhaiteraient. Il appartiendra aux pouvoirs publics et à la profession d'implémenter ces réseaux en caractérisant plus finement les aspects techniques et réglementaires nécessaires.

### Critique de l'étude

#### Critique de la méthode

Le taux de participation aurait pu être plus élevé. On rappellera toutefois qu'il est généralement de 15% environ ; un taux retrouvé pour des études comparables (115).

Les difficultés pour contacter les MG, évoquées précédemment, limitent la portée des résultats obtenus. Nous avons déploré le fait que le CDOM des Côtes d'Armor n'ait pas souhaité envoyer un rappel pour augmenter le taux de réponse au questionnaire.

Peu de réponses ont pu être récoltées pour le Morbihan. Il est possible que les MG aient moins d'intérêt pour les mél émis par l'URPS que par le CDOM.

La constitution pour les Côtes d'Armor et le Morbihan de listes d'adresses mél recensant les MG intéressés pour répondre aux questionnaires de thèse serait une piste intéressante. La question n'a pas pu être explorée par la présente étude ; la prise de conscience de la problématique ayant émergé au cours de sa réalisation.

En somme, l'objectif a été atteint (surtout en Ille-et-Vilaine) mais aurait gagné en validité par une plus grande participation dans les autres départements.

Enfin, le sujet en lui-même, à l'heure où la recherche en MG s'organise et s'étend progressivement, a pu être vu de loin par certains MG ; laissant répondre au questionnaire un cercle restreint de MG intéressés par la problématique.

### Critique du questionnaire

Les questions à réponse obligatoire ont pu décourager les médecins généralistes n'ayant pas envie de se positionner sur certaines d'entre elles. Il aurait peut-être été plus judicieux de leur laisser la possibilité de ne pas y répondre.

Ce choix a été effectué dans le souci d'avoir le plus de questionnaires remplis intégralement.

A noter qu'une option « sans opinion » leur était offerte toutefois. Cette option a rarement été utilisée sur l'ensemble du questionnaire. Ceci pouvant laisser penser que la majorité des MG avait un avis à émettre sur les questions posées.

Certains ouvrages faisant référence dans la spécialité recommandent de placer les questions sociodémographiques à la fin des questionnaires (45). Ceci a pour inconvénient non négligeable de ne pas pouvoir décrire les MG qui ne sont pas allés jusqu'au bout du questionnaire. Nous n'avons pas pu mieux caractériser les MG qui ont été intéressés par le sujet (assez du moins pour débiter le questionnaire) mais qui n'ont pas achevé son remplissage.

## **Analyse des réponses**

### **Questions sociodémographiques**

On retrouve un nombre de réponses similaire quel que soit le sexe. 51% des répondants étaient des femmes ; qui représentaient 48.2% des MG en 2018 ; ce qui montre une bonne représentativité de l'échantillon. Plusieurs études n'ont pas retrouvé d'influence du sexe sur la volonté des MG de s'investir dans des projets de recherche (58) (116).

L'âge moyen des répondants était un peu moins élevé que la moyenne d'âge de l'ensemble des MG : 45.7 ans contre 50.6 ans. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les jeunes MG sont davantage intéressés par cette thématique ; ce que corroborent les études antérieures.

La majorité des répondants exerçait en milieu urbain (46%). Le contingent des médecins exerçant en milieu rural était bien plus faible (16%). Cela peut s'expliquer par une charge de travail clinique plus importante pour l'exercice rural et par l'éloignement des structures universitaires, rendant la recherche inaccessible à tous points de vue.

Une étude australienne a montré, à l'inverse, que les MG exerçant leur activité en milieu rural ou semi-urbain sont plus motivés pour participer aux activités de recherche (117).

D'autres, à l'inverse, retrouvent que les MG exerçant en milieu rural sont moins enclins à s'investir dans des activités de recherche (118).

La très grande majorité des répondants exerçait en Ille-et-Vilaine (75.2%).

Les 2/3 des répondants exerçaient en cabinet de groupe avec d'autres médecins ; le 1/3 restant se partageant équitablement entre ceux exerçant seuls et ceux exerçant en MSP.

Ces chiffres concordent avec ceux de la DRESS pour qui une majorité de MG en Bretagne travaille en cabinet de groupe (119).

La quasi-totalité des répondants était équipée d'un matériel informatique.

La majorité (60%) travaillait entre 45 et 65 heures par semaine ; le temps de travail moyen pour un MG étant de 50 à 55 heures. Ce résultat est cohérent avec le temps de travail hebdomadaire moyen d'un MG mesuré par la DREES en 2019 (120).

La majorité des répondants (88) n'avait pas d'activité d'enseignement ou de recherche.

On dénombrait 57 MSU parmi les répondants (au moins 27% des répondants, puisque tous les questionnaires ne sont pas complets), sur environ 385 MSU au total en Bretagne. Les MSU bretons représentant environ 12% de l'ensemble des MG. Cette surreprésentation des MSU dans notre échantillon pouvait s'expliquer par un intérêt plus important pour les activités de recherche. Les MG encadrant des étudiants, sous l'impulsion de ces derniers ou pas, sont plus familiers de ces enjeux. Les internes pouvant les solliciter pour qu'ils dirigent leur travail de thèse, les aident pour la conception des questionnaires/guides d'entretien. Les MG peuvent en retour leur soumettre des idées de projets ; issues des problématiques émergeant au cours de leur pratique.

Au total, les répondants sont un peu plus jeunes que la moyenne d'âge établie par les organismes compétents, sont davantage MSU et comportent un peu plus de femmes.

## **Questions en lien avec la recherche**

### Questions générales concernant la recherche

Une majorité de MG (60%) pensaient que la recherche était l'une des attributions des MG au même titre que le soin ou la prévention. Indépendamment de leur volonté de s'y impliquer à titre personnel on peut noter que les MG ont considéré cette thématique comme relevant du ressort de l'activité de la médecine générale.

Les 2/3 des répondants déclaraient ne pas y consacrer une part satisfaisante de leur activité. Mais seulement 1/3 souhaitait y consacrer davantage de temps. Certains MG ont pu donc dresser le constat de leur manque d'implication sans pour autant afficher un souhait de s'investir davantage. On peut raisonnablement supposer que les freins évoqués dans plusieurs études (manque de temps, lourdeur administrative...) ont finalement raison de leur motivation initiale.

Enfin, la très grande majorité des répondants (73%) jugeait que l'organisation de la recherche en MG était soit très insatisfaisante soit peu satisfaisante. L'organisation actuelle peut influencer clairement et négativement leur volonté de s'y investir.

### Questions relatives aux préférences de recherche

La majorité des répondants souhaitait consacrer aux activités de recherche l'équivalent de moins d'une demi-journée par semaine. Leur investissement serait donc inférieur à quatre heures par semaine.

Une étude suisse a recueilli l'avis de plusieurs centaines de MG ; ceux-ci accepteraient de consacrer 15 minutes par jour à du recueil de données (61). Sur une base de cinq jours travaillés par semaine cela représenterait une heure et quinze minutes ; résultat cohérent avec notre étude.

Parmi les MG désireux d'encadrer des travaux de thèse, 73% déclaraient ne pas en avoir dirigé sur les cinq dernières années. Ce résultat interroge. On peut se demander si le problème vient de l'offre ou de la demande. Ces MG peuvent se sentir illégitimes pour encadrer ces travaux (par manque de formation par exemple) ou peut-être ne sont-ils pas suffisamment sollicités par les thésards.

Parmi les MG se déclarant intéressés pour récolter des données brutes à leur cabinet, une majorité confortable plébiscitait le recueil informatique de ces données. Ce qui correspond bien au degré d'informatisation des cabinets médicaux et à l'appropriation des outils numériques.

La recherche quantitative et l'évaluation de la qualité des soins étaient les études intéressant le plus les MG. Venaient ensuite la recherche qualitative puis les études médico-économiques et enfin la recherche secondaire (revues systématiques, méta-analyses).

La majorité des MG souhaitant encadrer des travaux de thèse trouvait intéressant de figurer sur une liste de directeurs de thèse potentiels. Elle aurait l'avantage de mettre en relation plus facilement les thésards et les MG. Ceux-ci pourraient indiquer au préalable les thématiques qui les intéressent le plus. Pour les thésards, on peut imaginer que leur recherche de directeur(-trice) s'en trouverait facilitée, leur permettant d'amorcer plus rapidement leurs travaux.

#### Questions relatives à l'organisation de la recherche

Pour ce qui concerne l'échelon auquel doit s'organiser la recherche en MG, par ordre décroissant les MG jugeaient plus pertinent l'échelon régional puis national, enfin l'échelon local/départemental. On peut penser que l'échelon régional permet d'atteindre un nombre critique de MG pour pouvoir mener les travaux, s'imposant d'autant plus que leurs résultats seront validés sur une large base d'échantillonnage. Sans toutefois vouloir se dissoudre à l'échelle nationale, où la complexité prendrait le pas sur l'efficacité. L'échelon départemental/local n'aurait a priori pas la visibilité suffisante ni le vivier suffisant de MG pour entreprendre des travaux d'ampleur.

La majorité (54%) pensait que le DMG était la structure la plus à même d'épauler les MG dans leurs travaux. Cette structure est bien acceptée par les MG, à l'interface entre la pratique ambulatoire inhérente à leur activité et la partie universitaire, les rapprochant des moyens mis à disposition des CHU pour défendre les spécificités et les attentes de leurs confrères.

Parmi ceux qui ont choisi le DMG, celui-ci est le meilleur liant entre le monde libéral et le monde universitaire. Les commentaires laissés en fin de questionnaire l'attestent : « plus de contact entre activité du MG en cabinet et milieu universitaire » ; « les mieux placés » ; « les enseignants sont *a priori* les mieux formés pour mener des travaux de recherche » ; « proximité, interlocuteur conscient des problématiques de terrain » ; « pour garantir la prise en compte de la spécificité de la MG, ses objectifs, ses valeurs », « connaît nos préoccupations de terrain », « lien avec le terrain ».



Une majorité pensait dans le même temps qu'il incomberait au Collège de la médecine générale de piloter plus largement l'activité de recherche au plan national.

#### Questions relatives à la rémunération des activités de recherche

L'écrasante majorité estimait qu'une rémunération supplémentaire devait être octroyée pour investir cette part de leur activité.

Notre étude confirme le souhait des MG d'avoir une rémunération spécifique à ces activités (81).

46% pensaient que cette activité pourrait être intégrée à la ROSP. Il serait intéressant de savoir pourquoi 40% ne jugent pas cela pertinent. Le paiement à l'acte ne semble pourtant pas satisfaisant pour rémunérer un codage informatique des données de consultation, activité chronophage.

Il faut préciser que la ROSP a ses détracteurs ; leurs griefs à son endroit sont expliqués dans certains travaux (121). Il est possible que la proposition formulée suscite un rejet plus global sur ce système de rémunération.

Le recueil de données peut être considéré comme une des fonctions du MG. Un rapport proposait de l'inclure dans la ROSP (27). Il nous paraissait intéressant de tester cette hypothèse auprès des MG.

D'autres interlocuteurs (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (REAGJIR) et l'ISNAR-IMG) proposent quant à eux une rémunération au forfait (27).

#### Questions relatives aux éléments influençant la participation

La majorité des répondants pensaient qu'avoir un confrère impliqué dans des activités de recherche les pousserait à s'investir également. La fin de l'exercice seul, au profit de l'exercice de groupe voire pluriprofessionnel (MSP, ESP, CPTS...) plébiscité par les jeunes générations de médecins est de bon augure pour la progression du nombre de MG souhaitant faire rayonner leur discipline.

De même, la majorité des MG pensaient que recevoir des étudiants au cabinet (externe, interne, autre étudiant paramédical...) les motiverait davantage. Là aussi, la progression du nombre de MSU, la généralisation des stages en ambulatoire laisse présager de belles perspectives.

La plupart des MG réservait sa participation à la nature du promoteur ou de l'investigateur. On peut imaginer que la présence d'un laboratoire pharmaceutique aurait un impact, négatif, sur leur participation. Les scandales sanitaires faisant l'actualité et les liens d'intérêt étant dénoncés de plus en plus vigoureusement. A défaut d'avoir une opinion tranchée (pour ne pas dire manichéenne) une transparence sur la nature des différents participants serait souhaitable pour que chaque médecin puisse agir en pleine conscience.

Parmi les 7 MG envisageant d'embaucher un(e) assistant(e) médical, un seul pensait que cela lui permettrait de développer sa participation aux activités de recherche. Parmi eux 4 avaient déclaré ne pas souhaiter s'impliquer davantage dans les activités de recherche.

5 exerçaient en milieu urbain et 2 en milieu semi-rural. 4 exerçaient en groupe et 3 en MSP. La création des assistants médicaux est encore très récente. Cette question cherchait à savoir si l'embauche (ou le souhait s'embauche) d'un(e) assistant(e) médical impacterait le temps consacré à la recherche. Une analyse serait à mener plus tard, une fois la mise en place pleinement effective du dispositif.

#### Questions relatives à la formation aux activités de recherche

83% déclaraient avoir été ou insuffisamment incités ou peu incités à s'investir dans les activités de recherche.

Il y aurait ainsi un travail à entreprendre pour faire naître et entretenir l'appétence pour la recherche chez les étudiants.

Etonnamment seule une minorité de MG (34%) souhaitait participer à des formations pour améliorer ses compétences dans cette thématique.

Certains papiers retrouvaient pourtant un besoin de formation (81).

La raison de ce manque d'enthousiasme serait à appréhender dans une étude qualitative pour en comprendre les raisons. Est-ce car le bagage est jugé satisfaisant ? Par le manque de temps qui fait repousser les activités empiétant sur le temps clinique ? L'intégration de ces formations au DPC, obligatoire depuis 2013 pour les professionnels de santé, serait une option intéressante pour les MG intéressés.

#### Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires

La grande majorité des répondants n'avait pas connaissance de l'existence de réseaux de recherche en soins primaires. Ces réseaux sont pourtant présents en Normandie, à Nantes et à Brest. Rennes apparaît à la traîne pour la mise en place de tels réseaux. Un peu plus de 40% étaient intéressés par ces réseaux. La présentation qui en a été faite dans le questionnaire est pour le moins succincte mais témoigne de l'intérêt des MG pour participer aux activités de recherche. Les MG interrogés trouvaient pertinent d'ouvrir ces réseaux à d'autres spécialistes médicaux et aux professionnels paramédicaux. Une moindre proportion allait jusqu'à intégrer les usagers dans ces réseaux.

Leur concours pourrait être intéressant pour le choix des thématiques de recherche, la conception des études et pour tenter de dissoudre les réticences des patients à participer aux études.

A noter que pour la région Bretagne, les personnes en charge de la mise en place des réseaux d'investigateurs souhaiteraient s'appuyer sur les MG exerçant au sein des MSP. Leur volonté est de construire des projets de recherche avec d'autres professionnels de santé (voire des patients).

#### Commentaires finaux

Dans les commentaires libres finaux, la divergence entre une « médecine universitaire de plus en plus spécialisée » et la « médecine générale ambulatoire » est actée et regrettée.

Certains MG ressentent encore du mépris de la part des autres spécialistes ; déplorant le rôle d'« élève » qui leur est attribué.

### Analyses bivariées

Il semble assez logique que les MG ayant déjà une fonction d'enseignant ou de chercheur soient plus intéressés que les autres pour intégrer des réseaux d'investigateurs en soins primaires.

On peut penser que les MG exerçant en MSP avaient déjà l'habitude de côtoyer d'autres professionnels de santé au quotidien ; intégrer ces structures semble le prolongement logique de leur pratique. Ils pouvaient s'appuyer sur une équipe qu'ils connaissent et avec laquelle ils élaborent déjà des projets pluriprofessionnels ; les activités de recherche étant une piste d'amélioration des pratiques, au bénéfice des patients. A l'inverse, les MG exerçant strictement entre confrères, et *a fortiori* seuls, n'avaient pas l'habitude de l'interprofessionnalité, ce qui peut expliquer leur manque d'enthousiasme pour ces réseaux.

Les résultats obtenus concordent avec ce que projettent de faire les instances en charge du développement de ces réseaux ; en effet, il est prévu de solliciter dans un premier temps les MG exerçant dans les MSP.

La volonté d'intégrer d'autres professionnels de santé au sein des réseaux est de bon augure. L'inclusion va même assez loin ; le souhait de voir des patients les intégrer restait toutefois limité aux membres du DMG et d'autres structures de recherche. On peut raisonnablement penser que ces réseaux vont d'abord s'évertuer à intégrer des professionnels paramédicaux, avant les patients.

### **Comparaison avec les résultats d'études antérieures**

Dans l'étude DRIM (60), 452 MG de la région Rhône-Alpes avaient été interrogés en 2009 sur leur disposition à participer à des projets de recherche et leurs attentes sur ce sujet.

Les secteurs de recherche les plus attrayants étaient les procédures préventives, diagnostiques et thérapeutiques avec la qualité des soins. Elle montrait également qu'il ne suffit pas d'« enrôler » une fois pour toutes les médecins pour qu'ils participent par la suite à bon nombre de projets de recherche. En effet, moins de la moitié des médecins ayant participé à un projet de recherche renouvelait l'expérience.

L'étude DEPAR-MG, en 2016, avait pour objectif de dresser le constat du « Désir de participation à la recherche des MG ». L'ensemble des MG de la région Normandie avaient été contactés (environ 3000), 489 questionnaires avaient pu être exploités.

Les caractéristiques des répondants étaient les suivantes : âge moyen des répondants :45.9 ans, et majoritairement, exercice en groupe (63.7%), en milieu semi-rural (47.2%), de sexe masculin (56.7%). Un tiers des répondants étaient MSU.

On notait une forte envie de mener des projets de recherche avec d'autres spécialistes médicaux (94.2%) et paramédicaux (94.2%). 47.6% souhaitaient une indemnisation compensatoire. Par ordre décroissant les études les plus sollicitées étaient les études descriptives, étiologiques et les essais d'intervention. 90.2% privilégiaient le support informatique.

La thèse de Sophie NUGUES (73), avec le concours de la SFMG et de la Revue du Praticien – MG, a cherché à faire un état des lieux de la recherche en MG en 2004. 1000 MG sur l'ensemble du territoire

avaient été contactés, les MG participant à la recherche étant ensuite priés de répondre à un questionnaire plus approfondi. Dans les résultats nous intéressant : 88% des médecins interrogés jugeaient que la MG devait organiser sa propre recherche. 46% des sondés désiraient participer à des travaux de recherche.

## **Perspectives**

### Développement des soins de santé primaires

On peut saluer l'engagement du Pacte territoire Santé, lancé en 2012 ; il envisageait de labelliser au minimum une maison de santé ou un centre de santé universitaire par département en 2017 (122).

La recherche en médecine générale permettra de faire avancer la montée en gamme des soins de santé primaires. Cependant, il ne faudrait pas oublier que les médecins généralistes ne sont pas les seuls représentants des soins primaires. Une nécessaire articulation avec les autres professionnels est donc indispensable.

Les sciences infirmières ont fait leur entrée au Conseil National des Universités (CNU) (92<sup>ème</sup> section) en fin d'année 2019 ouvrant la voie à la création des premiers enseignants-chercheurs à la rentrée 2020. Deux autres sections intéressent la maïeutique et les sciences de la réadaptation/rééducation.

Il existait déjà des départements universitaires de soins infirmiers mais les enseignants-chercheurs qui en font partie ne sont pas infirmiers en tant que tel et les formateurs des IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) ne sont pas enseignants-chercheurs. Ces évolutions tendent à corriger cet état de fait et permettent à la France de rattraper son retard par rapport aux autres pays.

### Enjeux de la recherche en MG

Exercer la profession de MG c'est exercer trois fonctions : soigner, faire de la prévention et produire des informations utiles à la pratique (123).

Les enjeux de développement de la recherche en MG sont multiples : ils permettent d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients, de favoriser la reconnaissance de la MG comme discipline universitaire à part entière et d'améliorer la visibilité de la France à l'international.

La création de réseaux d'investigateurs apparaît comme un prérequis indispensable pour qu'elle se développe (124) (113) (125).

Lors des journées du CNGE en juin 2019 à Nice, un point a été fait sur ces réseaux d'investigateurs. Ils sont constitués seulement de MG, sauf à Nantes où on retrouve une contractualisation avec les MSP. Ils comportent entre 30 et 200 médecins. Ils sont gouvernés plus par des collègues que par les DMG.

Les difficultés exprimées sont nombreuses : recrutement des investigateurs ; maintien de leur participation dans le temps ; animation des réseaux ; mise à jour des données ; extension vers les autres professionnels de santé ; besoin d'un outil pour coordonner efficacement le réseau ; organisation de la gouvernance ; participation à plusieurs réseaux ; types d'études ; place de l'industrie pharmaceutique, financement, difficulté à trouver rédacteurs et revues...

Les médecins généralistes et leurs patients ont besoin de résultats d'études pragmatiques en soins primaires. De telles études nécessitent des méthodes spécifiques (par exemple la gestion d'un grand nombre de sites de recrutement et de réseaux de recherche, une définition adéquate des groupes témoins, et des méthodes statistiques spécifiques).

Les médecins généralistes peuvent s'impliquer à plusieurs niveaux : élaboration de protocoles, avis donnés sur la faisabilité d'un projet, collection de données etc.

Se sentir considéré comme collaborateur réel et non comme simple exécutant augmente leur participation (126) (62). Animer ces réseaux et entretenir la motivation des participants conditionnera le succès ou l'échec du projet.

L'EGPRN et d'autres soutiennent qu'un réseau de ce type gagnerait à être mis en place à l'échelon national ; pour obtenir la puissance nécessaire pour des études interventionnelles (127) (128). Cela aurait l'avantage de répartir équitablement les thématiques de recherche en évitant les doublons.

Les Australiens se sont en effet rendu compte du manque de pertinence de produire de la recherche à un échelon inférieur (51). Pour ce qui concerne la France, l'échelon régional semble pour autant privilégié avec un réseau national qui fédérerait les réseaux régionaux. Cela peut s'expliquer par les difficultés notables rencontrées par le CNGE en 2012, en termes de recrutement, pour constituer un réseau national de MG investigateurs. Les régions seraient calquées sur les territoires d'influence des DMG. La création d'un Institut de recherche en soins primaires est à l'étude. Une plateforme numérique est en cours d'élaboration et permettra à chaque MG qui le souhaite d'intégrer le réseau et même de lui soumettre des projets d'études.

En 2007, on recensait 128 organisations constituant ou collaborant avec un réseau de recherche (129). 39 réseaux ont été dénombrés à l'époque. Leur implantation géographique était majoritairement régionale ; la direction quasi-totale par un MG ; 42% étaient adossés avec une université ou un autre établissement d'enseignement supérieur ; 24% collaboraient avec l'industrie pharmaceutique ou une société prestataire de service.

Dans le détail de leur activité : pour 12 d'entre eux : réalisation de travaux sentinelles ; pour 23 : travaux épidémiologiques ; pour 27 : travaux sur la pratique ; pour 23 : études interventionnelles ; pour 11 : essais cliniques.

Constitués de 12 à 5000 investigateurs. Pour 34% d'entre eux : formation obligatoire à la recherche ; pour 26% d'entre eux pas de rémunération.

En 2018, 21 DMG pouvaient s'appuyer sur un réseau d'investigateurs et 7 étaient en passe d'en créer un. Les enseignants et les MSU représentaient de façon prépondérante l'effectif des investigateurs. Les réseaux disposaient de listes d'investigateurs potentiels, sans tenir compte des préférences des MG quant à la thématique de recherche (144).

Le cloisonnement des acteurs de la recherche est une impasse, dans un monde changeant et de plus en plus compétitif (85). Les MG doivent s'appuyer et le font déjà sur les structures existantes affectées initialement pour les autres spécialités (les CIC entre autres).

Les patients ont leur mot à dire (on parle aujourd'hui de « démocratie sanitaire ») et devront être davantage consultés pour mettre en place des programmes de recherche.

Cette participation pour peu qu'elle soit effective devra montrer qu'elle est souhaitée par les patients.

En effet, notre système souffre actuellement d'un défaut d'éducation civique à la recherche et à la science (85).

Un programme de recherche européen élaboré par l'EGPRN est paru en 2011 et offre des pistes de recherche.

Les facteurs influençant positivement la recherche en médecine générale sont connus : accorder au médecin généraliste un rôle de pivot dans le système de soins primaires, accélérer l'universitarisation de la profession et allouer des financements propres (50).

Les MSU présentent une appétence et une volonté de participer aux activités de recherche (130). Leur nombre croissant fait qu'ils représentent un vivier prometteur d'investigateurs.

L'étude SAGA (Statines Au Grand Age), débutée en 2016 et cherchant à déterminer l'intérêt clinique et médico-économique d'un arrêt des statines chez les plus de 75 ans en prévention primaire, a permis de proposer plusieurs pistes pour améliorer la conduite des travaux de recherche en MG (131).

Entre la recherche fondamentale et la recherche en santé publique le champ de la recherche clinique est ouvert aux MG (46). Les MG doivent s'en saisir.

Combiner les méthodes quantitatives et qualitatives est jugé pertinent par les MG pour prendre en charge au mieux les patients en soins primaires (58).

La création du GROUMF (Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone) en 2007, cherche à répondre aux besoins de la recherche qualitative, inspirée des sciences humaines et sociales. Cette recherche est inductive ; elle induit des hypothèses pouvant ensuite être vérifiées par les études quantitatives. Elle peut également être un outil pour comprendre les résultats des études quantitatives. Le GROUMF peut s'appuyer sur l'expertise d'une cinquantaine de MG, d'enseignants-chercheurs et de chercheurs en sciences humaines et sociales (132).

A Rennes, deux champs de recherche sont explorés : les maladies chroniques prévalentes (en débutant par la BPCO) et la périnatalité/développement de l'enfant.

L'étude DISCO (133), réalisée en Bretagne, en est un exemple. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé, conduit sur 12 semaines, avec 40 MG incluant 4100 patients, âgés de 40 à 80 ans, financé par le CORECT (Comité de la recherche clinique et translationnelle) en 2016 et achevé fin 2017.

Cette étude avait pour objectif d'améliorer la détection de la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) dans la population générale. Une phase d'extension était prévue en automne 2018 sur environ 3200 patients pour évaluer l'intérêt diagnostique des deux stratégies testées dans la phase pilote (PIL-DISCO).

Elle montre la faisabilité et l'intérêt des financeurs pour les soins de santé primaires.

### Formation à la recherche

Selon la thèse de Vincent Héris (134), la formation à la recherche se fait majoritairement par le biais de cours dispensés en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle (par les DMG).

Il faut acter une augmentation conséquente du nombre d'enseignants de MG, avec cependant un rapport de 1 pour 30 internes (1 pour 10 dans les autres spécialités) (27).

Des formations gratuites, en e-learning, sont mises à disposition par le réseau Formation du GIRCI-GO (réseau FORMEDEA) pour acquérir (et maintenir) la connaissance et la maîtrise des Bonnes pratiques cliniques (BPC). Des cours ont été créés spécifiquement pour les médecins généralistes.

Le GIRCI-GO peut se féliciter d'être le seul GIRCI à proposer un si large choix de formation en recherche clinique.

A Brest les internes ont un rôle primordial en permettant de tenir le rôle de TEC. Nous développerons cette idée dans le paragraphe suivant.

Plusieurs types de formation peuvent être proposés : des cours classiques, une formation aux technologies de l'information et de la communication (TIC), des formations par les pairs (135) etc.

Une étude finlandaise a montré le bénéfice d'une année dévolue à ces activités sur la publication de travaux scientifiques (136).

L'allongement de la durée du DES à quatre ans serait l'occasion de sensibiliser les internes aux activités de recherche.

### L'enjeu des thèses de MG

La thèse est le fruit d'un travail long et investi, nécessitant en moyenne 18 mois de travail (53).

Il faut davantage investir dans les travaux de thèse préparés par les internes en fin de cursus, comme certains le préconisent (35).

Une étude s'est intéressée à 252 thèses de la faculté de médecine de Paris-Descartes ; pour 22% de celles-ci la question de recherche n'est pas clairement définie et 47% présentent un résumé ne respectant pas la structure IMRAD (Introduction – Matériel et méthodes – Résultats (And) Discussion) (53).

Les causes des échecs des projets de thèse ont été analysées (53). Le manque de pertinence du sujet choisi ainsi que le manque de temps et de motivation de l'interne sont pointés du doigt.

Des difficultés sont éprouvées par nombre de thésards. Selon une enquête nationale, environ 20% d'entre eux aurait subi un échec de projet de thèse (53). Les internes interrogés la voient littéralement comme une perte de temps pour eux ; sans illusion sur le fait que leur travail ne sera pas bénéfique à la communauté scientifique (137) (106). Autres difficultés exprimées : un manque de légitimité ressenti, un manque de temps, un manque de formation quant au travail de recherche, des difficultés à trouver un directeur de thèse. Des cours sont pourtant dispensés dans de nombreuses facultés, en lien direct avec la méthodologie choisie (137).

En 2005 on recensait 52 facultés proposant des réunions pour suivre et aider les thésards dans leur projet (53). Proposer des articles de recherche à lire aux internes pour les familiariser et leur donner goût à ce domaine est une piste à développer.

Le ratio entre le nombre d'étudiants et le nombre de membres du DMG peut expliquer le manque d'encadrement ressenti par les étudiants.

Des pistes sont évoquées comme participer à un projet de grande envergure où chaque étudiant aurait à travailler sur une partie, ce qui provoquerait une émulation intéressante. Prenons un exemple proche de nous, à la faculté de Médecine de Brest.

L'étude AdoDesp « a pour but d'évaluer les avantages à réaliser un dépistage et une prévention secondaire de la dépression de l'adolescent à partir de la rencontre de parents déprimés en soins primaires au sein d'un parcours de soins articulant soins primaires et dispositif spécialisé (Maison des Adolescents) en comparaison avec un dépistage et une prévention secondaire en soin courant » (138). Pour ce projet, une trentaine d'internes est mobilisée, leur contribution se traduisant par une thèse d'exercice pour chacun d'eux. Ce groupe de thèse est dirigé par des universitaires du DUMG. Il y a un groupe « revue de la littérature » qui s'intéresse aux échelles d'évaluation de qualité de vie et de dépression chez l'adolescent ; un groupe qui interroge les MG via un questionnaire pour le dépistage des adolescents dépressifs et un groupe qui analyse la validité statistique des échelles recueillies. Plusieurs CCA réaliseront une synthèse de ces contributions pour produire une thèse de sciences avec une publication à l'international en ligne de mire.

Cette façon de procéder a plusieurs avantages indéniables. L'interne s'inscrit dans un projet d'ampleur, avec le sentiment que son travail sera *in fine* valorisé et la motivation est entretenue par l'émulation entre co-internes. Ce qui répondrait aux récriminations mentionnées plus haut.

Pour faciliter cette étape indispensable du cursus que représente la thèse il faut (106) :

- informer dès le début du DES les internes du travail de thèse qu'ils auront à fournir et l'exigence scientifique qui l'accompagne,
- proposer des formations obligatoires portant sur les différents volets du travail de thèse,
- encourager (voire obliger) la publication au format article,
- former les MSU à la direction de travaux de thèse.

On voit que le manque de temps est un motif souvent évoqué par les internes.

Pourtant le décret du 10 novembre 1999 avait instauré deux demi-journées de formation hebdomadaires pour les internes. Elles étaient réservées à la formation universitaire. Le décret du 26 février 2015 a instauré la ½ journée hebdomadaire de formation en autonomie.

Le respect des ½ journées de formation des internes permet à ceux-ci, entre autres, d'amorcer leur travail de thèse.



### Les bases de données en médecine générale

L'Assurance Maladie récolte les données de remboursement des soins mais ne dispose pas de données plus fournies concernant les pathologies vues en médecine générale (49).

Et pourtant, les médecins généralistes seraient assis sur une « mine d'or » : 5000 à 10000 consultations par an et par généraliste, produisant 15 000 à 30 000 conclusions diagnostiques (pour 3 motifs de soins par consultation) et autant de prises en charge différentes. Cela représente 40 millions de décisions par an pour l'ensemble de la profession (139). Toute valorisation passera par le codage des données recueillies avec la CISP-2.

Un accès aux bases institutionnelles (SNIIRAM) pour les médecins chercheurs serait également une piste intéressante (27).

Le projet PRIMEGE (Plateforme régionale d'information en médecine générale)-PACA a eu pour ambition de collecter des données médicales, anonymisées, directement à partir des logiciels de consultation, sans action directe du MG. Une base de données ainsi créée est utile pour la recherche et l'évaluation des pratiques en MG. Les dossiers médicaux électroniques (DME) de 11 MG ont été recueillis sur quatre ans (2012 à 2015), représentant un total de plus de 200 000 consultations. 97% des motifs et des diagnostics ont pu être codés grâce à la CISP-2. Les MG participants peuvent bénéficier d'un retour sur leur pratique après analyse de leurs données. Ce projet a été porté par le Collège azuréen des généralistes enseignants (CAGE), le Département d'enseignement et de recherche en MG (DERMG) et le Département de santé publique (DSP) du CHU de Nice. On peut imaginer que cette initiative régionale puisse essaimer sur le territoire pour constituer un panel d'observatoires régionaux alimentés par des MG volontaires.

De façon plus large, le codage informatique des motifs de consultation offre plusieurs avantages (140) :  
« - constat objectif de la distribution des pathologies rencontrées pour chaque MG, permettant d'orienter ses besoins de formation continue,

- utilisation pour la formation des internes de MG, connaissant *de facto* les pathologies les plus fréquemment rencontrées en cabinet de ville,
- évaluation des pratiques professionnelles (via la ROSP),
- amélioration de la qualité des soins ».

Les bases de données en France alimentées par les DPE (dossiers patients électroniques) sont à l'état embryonnaire ; certaines sont gérées par des sociétés privées qui en monnayent l'accès (réseaux d'IMS-Health et Thales) (49).

Rappelons que l'Observatoire de la MG a cessé son activité comme décrit plus haut.

L'étude ECOGEN (étude transversale sur les éléments de la consultation en médecine générale) (141) portée par le CNGE, a permis de décrire les motifs de consultation et les procédures de soins concernant les prises en charge réalisées dans les cabinets de MG. Une base de données recensant plus de 20 000 consultations a été constituée. Cette étude avait pour objectifs *in fine* de valoriser le travail des MG (pour une possible réforme de la tarification des consultations), de recueillir des données de consultation structurées et d'élaborer des banques de cas cliniques pour la formation des étudiants.

## **Conclusion**

Développer les activités de recherche en MG est devenu un impératif pour la spécialité. Elle permettra de lui rendre, et de façon plus large aux soins premiers, dont elle est le pivot, la maîtrise de son référentiel de connaissances, pour le bénéfice des patients.

Les réseaux d'investigateurs en soins primaires seront le support de développement de cette recherche. L'organisation actuelle penche pour une déclinaison à l'échelle régionale. Concernant la Bretagne, il est question de s'appuyer sur les MG exerçant dans des MSP pour la constitution des réseaux d'investigateurs en soins primaires. Nos résultats espèrent modestement faciliter sa mise en place par une connaissance plus fine des principaux acteurs et de leurs attentes.

La valorisation des thèses de Médecine générale, la formation aux activités de recherche et le développement de bases de données médicales permettront également à la spécialité de progresser dans le domaine de la recherche.



SCOLARITE SANTE  
BUREAU 3EME CYCLE

## FACULTE DE MEDECINE



**NOM et Prénom : GUEDO Mathieu**

### TITRE DE LA THESE D'EXERCICE

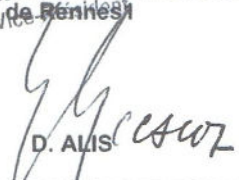
(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Recherche en soins primaires : enquête pour mesurer l'intérêt et les attentes des médecins généralistes bretons

Rennes, le 10-05-2020  Le Directeur de thèse	Rennes, le 20/04/20  Le Président de jury
---	---

**Vu et permis d'imprimer**

Rennes, le 29/04/2020  D. ALIS	Le Président de la délégation P/le Président de l'Université de Rennes le Vice-Président
--	---

## 7. Bibliographie

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
2. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Questions d'économie de la santé. 2012;(179):8.
3. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Cos X, Eilat-Tsanani S, Fink W, et al. Programme de recherche pour la médecine générale/médecine de famille et les soins primaires en Europe. Exercer. 2011;22(96):36-9.
4. Bago d'Uva T, Jones AM. Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP. J Health Econ. 1 mars 2009;28(2):265-79.
5. OMS | Rapport sur la santé dans le monde 2008 [Internet]. WHO. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/fr/>
6. Nouvel engagement mondial en faveur des soins de santé primaires pour tous à la conférence d'Astana [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>
7. Les soins de santé primaires [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
8. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med. 1 avr 2019;179(4):506-14.
9. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 1 nov 2013;63(616):e742-50.
10. Green LA, Dovey SM. Practice based primary care research networks: They work and are ready for full development and support. BMJ. 10 mars 2001;322(7286):567-8.
11. Lancet T. The Astana Declaration: the future of primary health care? The Lancet. 20 oct 2018;392(10156):1369.
12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
13. Afonso MM, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, Guillemin F, et al. Primary care: A definition of the field to develop research. Epidemiol Public Health Rev Epidémiologie Santé Publique. mars 2018;66(2):157-62.
14. Safon M-O. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger [Internet]. 2018 [cité 24 janv 2020] p. 380. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
15. Classification Internationale des Soins Primaires - version 2 [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/cgts\\_sem\\_cisp\\_fiche-detaillee.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/cgts_sem_cisp_fiche-detaillee.pdf)
16. Chauveau L. D'Alma Ata à Astana, quel avenir pour le soin primaire ? Enjeux actuels, quarante ans après. Médecine. 1 janv 2019;15(1):4-6.
17. Gay B, Duhamel S. La situation des soins de santé primaires en France. Médecine. 1 janv 2019;15(1):34-7.

18. Lancry PJ. Directeur de la Santé à la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. mardi 27 mars 2007 [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/Rapport\\_Lancry\\_definitif.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf)
19. Journal of the Royal College of General Practitioners, April 1978 [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://bjgp.org/content/bjgp/28/189/244.full.pdf>
20. Atlas démographie médicale en France [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
21. Gray DP. Research in general practice: law of inverse opportunity. BMJ. 8 juin 1991;302(6789):1380-2.
22. Pouvourville G de. L'organisation des soins [Internet]. Presses de Sciences Po; 2009 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--9782724611144-page-401.htm>
23. OMS | Rapport sur la santé dans le monde 2008 [Internet]. WHO. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/fr/>
24. Allen et Heyrman - préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
25. Modèle biomédical versus holiste [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/810/fichier\\_fiche8\\_modele\\_biomedical\\_et\\_holistee360e.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/810/fichier_fiche8_modele_biomedical_et_holistee360e.pdf)
26. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). J Psychol. 2008;n° 260(7):52-5.
27. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. 2015 [cité 24 janv 2020] p. 91. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Druais\\_Mars\\_2015.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf)
28. Bourrel G, Hofliger P, Vanoni I. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. Exercer. 2008;81:42-4.
29. Medecins\_traitant\_23012007.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Medecins\\_traitant\\_23012007.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medecins_traitant_23012007.pdf)
30. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 | Legifrance [Internet]. [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/20/AFSS1629881A/jo/texte>
31. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo>
32. Médecine fondée sur des preuves [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: </m%C3%A9decine-fond%C3%A9e-sur-des-preuves>
33. Perdrix C, Imbert P. Médecine générale : des données à la pratique Volume 1 - le patient et la maladie chronique. CNGE, Global Media Santé. 2019. 156 p.
34. Rigal PL, Coindard DG. Quelle est la place de la Société Française de Médecine Générale dans la construction de la médecine générale en France entre 1973 et 2010 ? 2017;86.

35. Supper I. Disposition des médecins généralistes à participer à la recherche en soins primaires How do general practioners consider participating in research in primary care: the DRIM study : l'étude DRIM. *Exercer*. 2008;(84):130-4.
36. Beylot J. Médecine générale, médecine interne. Des combats aux enjeux partagés. *Wwwem-Premiumcomdaterevues02488663v30i4S0248866308013453* [Internet]. 30 mars 2009 [cité 13 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.passerelle.univ-rennes1.fr/article/206825/resultatrecherche/1>
37. Gay B, Druais P-L, Renard V. Thirty years of the National College of Teachers in General Practice: the birth of academic general practice. *Exercer*. 2013;(110):244-9.
38. N° 1132 - Rapport d'information de M. Marc Bernier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>
39. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou M-F. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):119-32.
40. Schuers M. Quel modèle pour le clinicat de médecine générale ? *Exercer*. 2011;95(supp1):38S-9S.
41. Laporte C, Darmon D, Gelly J, Bonnet P-A, Bouchez T, Schuers M. Senior registrars: what has become of them? *Exercer*. 2014;(116):275-9.
42. 4 915 euros par généraliste : la ROSP 2018, un bon cru | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/4-915-euros-par-generaliste-la-rosp-2018-un-bon-cru>
43. Maisons de santé, équipes de soins primaires, CPTS... Qui fait quoi ? La CNAM dissèque la coordination [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/maisons-de-sante-equipes-de-soins-primaires-cpts-qui-fait-quoi-la-cnam-disseque-la-coordination>
44. Pouchain D, Druais P-L, Renard V, Huas D. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients. *Exercer*. 2008;(84):130-4.
45. Frappé P. Initiation à la recherche. *CNGE, Global Media Sante*. 2018. 224 p.
46. Netgen. Médecine de premier recours à l'aube du XXIe siècle – rôle essentiel de la recherche : l'exemple australien [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24010>
47. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A. Création de la filière universitaire de médecine générale [Internet]. 2007 [cité 19 déc 2019] p. 74. Disponible sur: <https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/10/5/7105.pdf>
48. Schlegel-Trabut A-C. Les représentations de la recherche en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
49. De Pourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions [Internet]. 2006 [cité 10 déc 2019] p. 41. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11279102-Developper-la-recherche-en-medecine-generale-et-en-soins-primaires-en-france-propositions.html>
50. De Maeseneer J, van Weel C. Research in general practice in Europe: A growing community. *Eur J Gen Pract*. janv 2001;7(3):90-1.
51. Chevallier P. Passé et avenir de la recherche française en soins primaires-médecine générale : résultats et principes de l'évidence. *Exercer*. 2009;(85):29-30.

52. Ovhed I, Van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(4):248-53.
53. Frappé P. Echecs des projets de thèse en médecine générale. *Exercer*. 2011;99:180-5.
54. Anderson MR. Valorisation des thèses de médecine générale soutenues par les étudiants de l'université Paris Descartes entre 2012 et 2015. 2017;67.
55. Nugues S, Boissault P. [Etat de la recherche en médecine générale]. Paris: Medical thesis, University of Paris VII, 2004. 87p [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/196/fichier\\_etat\\_recherche\\_nuguesed7e4.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/196/fichier_etat_recherche_nuguesed7e4.pdf)
56. The contribution of family doctors to primary care research: a global perspective from the International Federation of Primary Care Research Networks (IFPCRN) | Primary Health Care Research & Development | Cambridge Core [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/contribution-of-family-doctors-to-primary-care-research-a-global-perspective-from-the-international-federation-of-primary-care-research-networks-ifpcrn/BEE49BFAC81D83FC0337D81DCF9B6655>
57. Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P, Calafiore M, Leruste S, et al. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;(104):212-9.
58. Cadwallader J-S, Lebeau J-P, Lasserre E, Letriliart L. Patient and professional attitudes towards research in general practice: the RepR qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 juill 2014;15:136.
59. Ringa V, Gay B, Druais P-L. Recherche en soins de santé primaires - Proposition du Comité Interface INSERM-Médecine générale et du Collège de la Médecine générale [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Propositions%20RechercheSoinsPrim.pdf>
60. Frappé P., Le Reste JY. Comment les généralistes envisagent-ils de participer à la recherche dans leur spécialité ? *Exercer*. 2011; 95(supp1):56S-7S.
61. Rossi S, Zoller M, Steurer J. [Research interest by general practitioners: a survey]. *Praxis*. 6 déc 2006;95(49):1913-7.
62. 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*. avr 2008;25(2):105-12.
63. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract*. 21 déc 2004;5(1):31.
64. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
65. L'agenda des généralistes plombé par les tâches non médicales | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/lagenda-des-generalistes-plombe-par-les-taches-non-medicales>
66. Erik J. Lindbloom, Bernard G. Ewigman, John M. Hickner. Practice-Based Research Networks: The Laboratories of Primary Care Research. *Med Care*. 2004;42(4):45.
67. Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2008;58(546):15-9.

68. Bell-Syer SE, Moffett JAK. Recruiting patients to randomized trials in primary care: principles and case study. *Fam Pract.* 1 avr 2000;17(2):187-91.
69. Levinson W, Dull VT, Roter DL, Chaumeton N, Frankel RM. Recruiting physicians for office-based research. *Med Care.* juin 1998;36(6):934-7.
70. Michel J, Berkhout C, Lespinasse S, Vandaele M, Robert S, Lefebvre JM, Fontaine P. Pourquoi les médecins généralistes ne semblent-ils pas concernés par la recherche ? L'étude Diagest3-GP. *Exercer.* 2008;80(supp1):48-9. :2.
71. Lefébure P, Blanchon T, Kieffer A, Sarter H, Fournel F, Flahault pour le groupe Dépiscan A. Profil des investigateurs actifs au cours d'un essai clinique en médecine générale. *Rev Mal Respir.* janv 2009;26(1):45-52.
72. Dehondt A. La recherche en médecine générale: un moyen de formation et d'amélioration de sa pratique [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
73. Caulin PC, Nugues S, Boisnault P. [Etat de la recherche en médecine générale]. Paris: Medical thesis, University of Paris VII, 2004. 87p. :91.
74. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. 1961. *Bull N Y Acad Med.* 1996;73(1):187-212.
75. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res.* avr 1997;32(1):11-21.
76. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med.* 2001;5.
77. Steel N, Abdelhamid A, Stokes T, Edwards H, Fleetcroft R, Howe A, et al. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. *J Clin Epidemiol.* 1 nov 2014;67(11):1251-7.
78. ISLER M. Recherche en médecine de premier recours, un défi partout dans le monde. *Prim Hosp Care* [Internet]. [cité 6 déc 2019]; Disponible sur: <https://primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/pc-f.2003.05781>
79. Vicari S. Evaluation du taux et des facteurs d'acceptation ou de refus de participation des patients à un essai clinique en médecine générale. Enquête auprès de la population lorraine consultant chez les généralistes. Nancy; 2015.
80. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement [Internet]. 2010 [cité 19 déc 2019] p. 55. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_maison\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf)
81. Virama-Latchoumy L, Chevillot D, Rousselot N, Ducos G, Gay B. Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français. *Médecine.* 1 févr 2019;15(2):85-90.
82. Historique du CNGE [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/historique\\_du\\_cnge/](https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/)
83. Innovation en santé: de quoi parle-t-on ? [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/innovation-en-sante-de-quoi-parle-ton>
84. Une ambition pour les CHU du Grand Ouest [Internet]. 2019 [cité 24 janv 2020] p. 72. Disponible sur: [https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/docs/Betty2018/HUGO\\_-\\_Rapport\\_de\\_presentation.pdf](https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/docs/Betty2018/HUGO_-_Rapport_de_presentation.pdf)
85. rapport-cordier-SNS-sages.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>



86. Missions [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/connaitre-inserm/missions>
87. Recherche et formation en soins primaires [Internet]. ReAGJIR. 2017 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2017/11/14/recherche-formation-soins-primaires/>
88. Les pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) : une offre de formation et de recherche plus cohérente [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20724/les-poles-de-recherche-et-d-enseignement-superieur-pres.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20724/les-poles-de-recherche-et-d-enseignement-superieur-pres.html)
89. Médecin de famille mondial - WONCA online [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>
90. Global Family Doctor - WONCA en ligne [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/WorkingPartyonResearch2019AnnualReport.aspx>
91. Soudais B, Devillers L. Se former à la recherche en médecine générale. Médecine. 1 sept 2018;14(7):329-31.
92. Bannières de réunion - EGPRN [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.egprn.org/page/about>
93. Réparer l'Humain | Groupe de recherche national (GDR) [Internet]. [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <http://reparer-humain.insa-lyon.eu/>
94. Nos Missions [Internet]. CMG. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/le-college/>
95. Société Française de Médecine Générale : Présentation [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.sfmfg.org/presentation/>
96. Société Française de Médecine Générale : Observatoire de la MG - OMG © [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [http://www.sfmfg.org/theorie\\_pratique/outils\\_de\\_la\\_demarche\\_medicale/observatoire\\_de\\_la\\_mg\\_-\\_omg/](http://www.sfmfg.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/observatoire_de_la_mg_-_omg/)
97. L'activité de CNGE Collège Académique [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/lactivite\\_de\\_cnge\\_college\\_academique/](https://www.cnge.fr/le_cnge/lactivite_de_cnge_college_academique/)
98. Bouvier B, Huas D. Evaluation d'une formation à la direction de thèse. Exercer. 2012;103:165-8.
99. Buts de l'association [Internet]. FAYR-GP. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <http://fayrgp.org/association/buts-association/>
100. IRMG | [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.irmg.fr/irmg.php>
101. ISNAR-IMG. Guide de l'année recherche destiné aux internes de Médecine générale [Internet]. 2019 [cité 20 déc 2019] p. 8. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190212-Guide-ann%C3%A9e-recherche.pdf>
102. Tison A. Désir de participation à la recherche médicale des internes de médecine générale picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
103. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/presentation-revue>
104. Rappel : La recherche en Médecine Générale [Internet]. ISNAR-IMG. 2019 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/rappel-la-recherche-en-medecine-generale/>
105. Département de Médecine Générale - Rennes : Fiche de poste SASPAS pédagogie et recherche [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://dmg-rennes.fr/page/fiche-de-poste-saspas-pedagogie-et-recherche>

106. Teisset Y, Lehr-Drylewicz AM. Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours. *Exercer*. 2012; 102:127-8.
107. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer*. 2010;(93):111-4.
108. McAuley D, Weber W. Les secrets pour publier de la recherche en soins primaires dans le BMJ. *Exercer*. 2012; 100(suppl1):64S.
109. Greenhalgh T, Annandale E, Ashcroft R, Barlow J, Black N, Bleakley A, et al. An open letter to The BMJ editors on qualitative research. *BMJ*. 10 févr 2016;352:i563.
110. Peltier M-C. Perception de la thèse par les internes de médecine générale picards: motivations et obstacles à sa réalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2012.
111. Solis M, Elorriaga A, Gonzalez S, Valdes C, Fernandez JM. Formation et recherche pour des médecins généralistes. *Exercer*. 2009;85(suppl1):32S-3S.
112. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Programme hospitalier de recherche clinique - PHRC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/article/programme-hospitalier-de-recherche-clinique-phrc>
113. Laporte C, Rosa MD, Cambon B, Pereira B, Blanc O, Dubray C, et al. CHU et DMG : des intérêts convergents pour développer la recherche en médecine générale L'expérience de Clermont-Ferrand. *Exercer*. 2015;(118):91-3.
114. adsp n° 35 - Accréditation et qualité des soins hospitaliers [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=67>
115. Biard M, Beuzeboc J. Désir de Participation à la Recherche des Médecins Généralistes: L'étude DéPaR-MG [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2017.
116. Askew D, Clavarino A, Glasziou P, Del Mar C. Recherche en médecine générale: attitudes et implication des médecins généralistes du Queensland. *Med J Aust*. 2002;177:74-7.
117. Silagy C, Carson N. Facteurs affectant le niveau d'intérêt et d'activité dans la recherche en soins primaires chez les médecins généralistes. *Fam Pract*. 1989;6:173-6.
118. Klemenc-Ketis Z, Kurpas D, Tsiligianni I, Petrazzuoli F, Jacquet J-P, Buono N, et al. Is a practice-based rural research network feasible in Europe? *Eur J Gen Pract*. 2015;21(3):203-9.
119. Aulagnier O, Paraponaris S-S, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *ETUDES et RESULTATS*. 2007;(610):8.
120. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>
121. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]; 2016.
122. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Engagement 7 : Soutenir la recherche en soins primaires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-7-soutenir-la-recherche-en-soins-primaires>
123. Kandel O, Boissault P. Recherche en médecine générale : une nécessaire professionnalisation. *La revue du Praticien - Médecine Générale*. 2001;2.

124. Peckham S, Hutchison B. Developing primary care: the contribution of primary care research networks. *Health Policy Polit Sante*. 2012;8:56-70.
125. B G. Repenser la place des soins de santé primaires en France - rôle de la médecine générale. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/passerelle.univ-rennes1.fr/pubmed/23639686>
126. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *Sante Publique (Bucur)*. 2002;Vol. 14(2):191-9.
127. Mercier A. Encore un réseau...et si c'était le bon. *Exercer*. 2011;96(suppl2):80S.
128. Pradier E, Beyer M, von Royen P et al. L'agenda de recherche pour la médecine générale et les soins primaires en Europe. *Exercer*. 2010;90(suppl1):6S-7S.
129. Cittée J. Les réseaux de recherche en soins primaires en France en 2007. *Exercer*. 2010;90(suppl1):8S-9S.
130. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Sante Publique (Bucur)*. 24 mars 2015;Vol. 27(1):59-67.
131. Jaeger J, Robert E, Thouraud E. Difficultés des médecins généralistes dans l'exercice de la recherche clinique: enquête de pratique réalisée auprès des investigateurs de l'étude SAGA [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018.
132. GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.groumf.fr/fr/>
133. Comment est organisée la recherche en soins primaires au CHU de Rennes ? [Internet]. 2018 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le\\_chu/04-recherche\\_et\\_innovation/06\\_magazine\\_chercheurs\\_en\\_sante/CHURennes\\_LettreRechercheSante19\\_04.2018.pdf](https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le_chu/04-recherche_et_innovation/06_magazine_chercheurs_en_sante/CHURennes_LettreRechercheSante19_04.2018.pdf)
134. Hélys V. Quelle est aujourd'hui en France, la formation à la recherche des thésards en médecine générale ? Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, soutenue le 16 décembre 2005, Université de Poitiers. [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_helis.pdf](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_helis.pdf)
135. Caroline Huas, Davorina Petek, Esperanza Diaz, Miquel A. Muñoz-Perez, Peter Torzsa, Claire Collins. Strategies to improve research capacity across European general practice: The views of members of EGPRN and Wonca Europe. *Eur J Gen Pract*. 2019;(1):25.
136. Liira H, Koskela T, Thulesius H, Pitkälä K. Encouraging primary care research: evaluation of a one-year, doctoral clinical epidemiology research course. *Scand J Prim Health Care*. 2 janv 2016;34(1):89-96.
137. Rousset A-I, Marais P, Bouton C, Baufreton C, Huez J-F. Étude qualitative auprès des jeunes thésés. *Exercer*. 2013;(110):254-60.
138. Collège BRESTOIS des Généralistes Enseignants - Etude AdoDesp [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: [https://brest.cnge.fr/article.php3?id\\_article=117](https://brest.cnge.fr/article.php3?id_article=117)
139. Mercier A. Coder les dossiers en CISP-2 : la poule aux œufs d'or ? *Exercer*. 2010;(91(suppl2)):67S.
140. Lacroix-Hugues V. Utilisation des enregistrements médicaux électroniques, exemple d'utilisation dans le cadre du projet PRIMEGE PACA ; quels sont les principaux motifs de recours, diagnostics et prescriptions en soins primaires. 27 oct 2016;70.

141. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;(114):148-57.
142. Rapport Alma-Ata - Soins de santé primaires - 1978 [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=22A56B73DF835926AB128D97BE4A9AD7?sequence=1>
143. Steel N, Abdelhamid A, Stokes T, Edwards H, Fleetcroft R, Howe A, et al. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. *J Clin Epidemiol*. nov 2014;67(11):1251-7.
144. Charvin L, Bayen M, Lognos B, Rougé-Bugat M-E, Saint-Lary O, Laporte C. Etat des lieux des réseaux d'investigateurs recherche dans les départements de médecine générale et collèges régionaux d'enseignement. *Exercer*. 2018;(146):354-9.
145. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

## 8. Glossaire

- ALD : Affection de longue durée
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ARC : Assistant de recherche clinique
- ARS : Agences régionales de santé
- CCI : Copie carbone invisible
- CCU : Chef de clinique universitaire
- CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CIC : Centre d'investigation clinique
- CIL : Correspondant informatique et libertés
- CISP : Classification internationale des soins primaires
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNIL : Commission nationale informatique et libertés
- CNU : Conseil national des universités
- CPP : Comité de protection des personnes
- CRPV : Centre régional de pharmacovigilance
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DPC : Développement professionnel continu
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DMG : Département de médecine générale
- DUMG : Département universitaire de médecine générale
- EBM : Evidence-based medicine
- EPST : Etablissements publics à caractère scientifique et technologique
- FAQSV : Fonds d'action pour la qualité des soins de ville
- FUMG : Filière universitaire de MG
- GDRE : Groupe de recherche européen
- GDRI : Groupe de recherche international
- HAS : Haute autorité de santé
- HUGO : Hôpitaux universitaires du grand ouest
- IMRAD : Introduction, méthodes, résultats et (and) discussion
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MG : Médecine générale/Médecin généraliste
- MHU : Médecins hospitalo-universitaires
- MIRE : Mission recherche
- NHS : National health service
- PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
- PRES : Pôle de recherche et d'enseignement supérieur
- RGPD : Règlement général sur la protection des données

- ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
- SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
- SFMG : Société française de médecine générale
- SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste
- SSP : Soins de santé primaires/premiers
- T2A : Tarification à l'activité
- TEC : Technicien d'études cliniques
- TIC : Technologies de l'information et de la communication
- UEMO : Union européenne des médecins omnipraticiens
- UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
- URPS : Union régionale des professionnels de santé

## 9. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire diffusé (format Word)

#### Eléments d'introduction :

« Bonjour,

Je suis interne en Médecine générale à la faculté de Rennes.

Dans le cadre de mon travail de thèse j'aimerais recueillir votre avis concernant la recherche en médecine générale.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes bretons, impliqués ou non dans des activités de recherche en rapport avec la médecine générale.

Le temps pour y répondre n'excède pas 10 minutes.

Vos réponses sont anonymes.

Je vous suis reconnaissant par avance pour le temps que vous y consacrerez. »

Mathieu GUEDO

#### **. Questions en lien avec la recherche :**

##### Questions générales concernant la recherche :

1. Pensez-vous que la recherche soit l'une des composantes de l'exercice de la médecine générale, en complément du soin et de la prévention ?  
(Par « recherche » on entend : encadrement de travaux de thèse, collection de données médicales, suivi de cohortes de patients...) (Veuillez choisir 1 réponse)
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion
  
2. Trouvez-vous que vous consacrez une part satisfaisante de votre exercice médical à des activités de recherche ? (Veuillez choisir 1 réponse)
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion
  
3. Souhaitez-vous vous impliquer davantage dans des activités de recherche en lien avec la médecine générale ? (Veuillez choisir une réponse)
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion
  
4. Quelle est votre vision de l'organisation actuelle des activités de recherche concernant la médecine générale ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
  - a. Très insatisfaisante
  - b. Peu satisfaisante
  - c. Satisfaisante
  - d. Très satisfaisante

##### Questions relatives aux préférences de recherche :

5. Quelle serait la durée optimale que vous aimeriez consacrer à vos activités de recherche (temps moyen sur une semaine-type) ? :  
(Veuillez choisir 1 réponse)

- a. Moins d'1/2 journée
- b. Entre 1/2 journée et 1 journée
- c. Plus d'1 journée
- d. Sans opinion

6. Vers quels travaux de recherche irait votre préférence ? :  
(Veuillez choisir une ou plusieurs réponses)

- a. Encadrement de travaux de thèse
- b. Collection de données brutes
- c. Suivi de cohortes de patients
- d. Sans opinion

Si vous préférez diriger des travaux de thèse :

7. Combien de travaux de thèse avez-vous encadré sur les cinq dernières années ? : (Veuillez choisir 1 réponse)

- a. Aucun
- b. Entre 1 et 5
- c. Plus de 5

8. Concernant le recueil et la transmission des données récoltées au cabinet, quel support de recueil jugez-vous le plus pertinent ? : (Veuillez choisir 1 réponse)

- a. Support informatique
- b. Support papier
- c. Support téléphonique
- d. Recueil par une personne physique
- e. Sans opinion

9. A quel type d'études va votre préférence ? : (Veuillez choisir une ou plusieurs réponses)

- a. Recherche quantitative (études de cas, études cas-témoins, études de cohortes, essais cliniques...)
- b. Recherche qualitative (études d'observation, entretiens, *focus group*, technique Delphi, groupe nominal...)
- c. Etudes médico-économiques (études coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice...)
- d. Recherche secondaire (revues systématiques, méta-analyses)
- e. Evaluation de la qualité des soins (enquête analytique de pratiques...)

10. Trouveriez-vous intéressant de figurer sur une liste de directeurs de thèse potentiels pour encadrer les travaux des internes (on peut imaginer que vous indiqueriez vos thématiques préférentielles, la liste étant à disposition du DMG) ?

(Veuillez choisir 1 réponse)

- a. Oui
- b. Non
- c. Sans opinion

Questions relatives à l'organisation de la recherche :

11. Selon vous, à quel échelon la recherche en médecine générale doit-elle s'organiser en France ? (Veuillez choisir 1 réponse)

- a. Local/Départemental
- b. Régional
- c. National
- d. Sans opinion



12. Selon vous, quel serait l'interlocuteur privilégié pour accompagner les médecins généralistes dans leurs actions de recherche ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- Département de médecine générale
  - ARS (Agence régionale de santé)
  - CHU (Centre hospitalo-universitaire)
  - UFR (Unité de formation et de recherche) régionale de Médecine
  - URPS (Union régionale des professionnels de santé)
  - Autre (Veuillez préciser) .....
  - Sans opinion
13. Selon vous, quelle structure serait la plus adaptée pour diriger la recherche dans le champ de la médecine générale ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- Collège de la médecine générale
  - Ministère de la Santé
  - Ministère de la Recherche
  - CNGE Collège académique
  - Autres structures privées (ex : laboratoire pharmaceutique...)
  - Sans opinion
  - Autre (Veuillez préciser) .....

Questions relatives à la rémunération des activités de recherche :

14. Pensez-vous que la participation à des activités de recherche doit être rémunérée en sus de votre activité de soins ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- Oui
  - Non
  - Sans opinion
15. Selon vous, la rémunération des activités de recherche dans la ROSP serait-elle une piste intéressante ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
- Oui
  - Non
  - Sans opinion

Questions relatives aux éléments influençant la participation :

16. Selon vous, le fait d'exercer avec un confrère participant à une activité de recherche est-il un élément qui vous pousserait à vous investir également ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
- Oui
  - Non
  - Sans opinion
17. Diriez-vous que le fait de recevoir des étudiants en stage au cabinet (externes et internes) vous motive, ou motiverait, pour participer à des activités de recherche ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- Oui
  - Non
  - Sans opinion

18. Selon vous, le fait qu'un travail de recherche soit dirigé et/ou financé par un laboratoire pharmaceutique impacterait-il votre volonté d'y participer ? :  
(Veuillez choisir 1 réponse)
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion
19. Envisagez-vous d'embaucher un(e) assistant(e) médical(e) ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion
20. Si oui, pensez-vous que la création de postes d'assistants médicaux vous permettra de dégager du temps pour effectuer des activités de recherche ?  
(Veuillez choisir 1 réponse)
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion

Questions relatives à la formation au travail de recherche :

21. Diriez-vous avoir été incité(e) pendant vos études (maîtres de stage, enseignants ...) à vous investir dans les activités de recherche ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
- a. Jamais
  - b. Plutôt peu incité(e)
  - c. Plutôt incité(e) suffisamment
  - d. Fortement incité(e)
22. Aimerez-vous participer à des formations pour développer des compétences en matière de recherche ? (Veuillez choisir 1 réponse)
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion

Questions relatives aux réseaux d'investigateurs en soins primaires :

Pour terminer, j'aimerais avoir votre avis sur les réseaux d'investigateurs en soins primaires. Ces réseaux existent déjà en France, à Brest ou Angers par exemple, sont constitués de médecins généralistes et permettent de mener des projets de recherche ; par exemple en proposant aux médecins de collecter des données, de suivre des cohortes de patients ou en administrant des questionnaires à leurs confrères. Il n'en existe pas à Rennes à l'heure actuelle.

23. Avez-vous déjà entendu parler de ce type de réseau ? (Veuillez choisir une réponse)
- a. Oui
  - b. Non
24. Seriez-vous intéressé(e) pour intégrer ce type de réseau ? (Veuillez choisir une réponse)
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Sans opinion

25. Si oui, concernant la constitution d'un réseau d'investigateurs (Veuillez choisir une ou plusieurs réponses) :
- Il devrait être constitué uniquement de médecins généralistes
  - Il devrait intégrer d'autres médecins spécialistes de soins primaires
  - Il devrait intégrer des soignants paramédicaux
  - Il devrait intégrer des patients
  - Sans opinion

26. Commentaires libres sur ce sujet :

.....

**. Questions sociodémographiques :**

- Vous êtes : (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Un homme
  - Une femme
- Quel est votre âge ? (Veuillez indiquer votre âge en chiffres) .....
- Quel est votre lieu d'exercice ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Milieu urbain
  - Milieu semi-rural
  - Milieu rural
- Quel est votre département d'exercice ? (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Morbihan
  - Ille-et-Vilaine
  - Côtes d'Armor
- Comment exercez-vous votre activité ? : (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Seul(e)
  - En groupe avec d'autres médecins hors maison de santé
  - En maison de santé pluriprofessionnelle
- Votre cabinet médical est-il informatisé ? (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Oui
  - Non
- Combien d'heures estimez-vous consacrer à votre activité professionnelle en moyenne par semaine : (Veuillez choisir 1 réponse)
  - Moins de 45 heures
  - Entre 45 et 65 heures
  - Plus de 65 heures
- En plus de votre activité de médecin généraliste, êtes-vous : (Veuillez choisir 1 ou plusieurs réponses)
  - Maître de stage des universités
  - Membre du Département de Médecine générale (professeur associé, maître de conférences des universités, maître de conférences associé, chef de clinique) ou d'une autre structure de recherche (CNGE, ...)
  - Chargé(e) d'enseignement (formations pour les internes, les professionnels paramédicaux...)
  - Non concerné(e)

Veuillez indiquer votre adresse mail si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude :

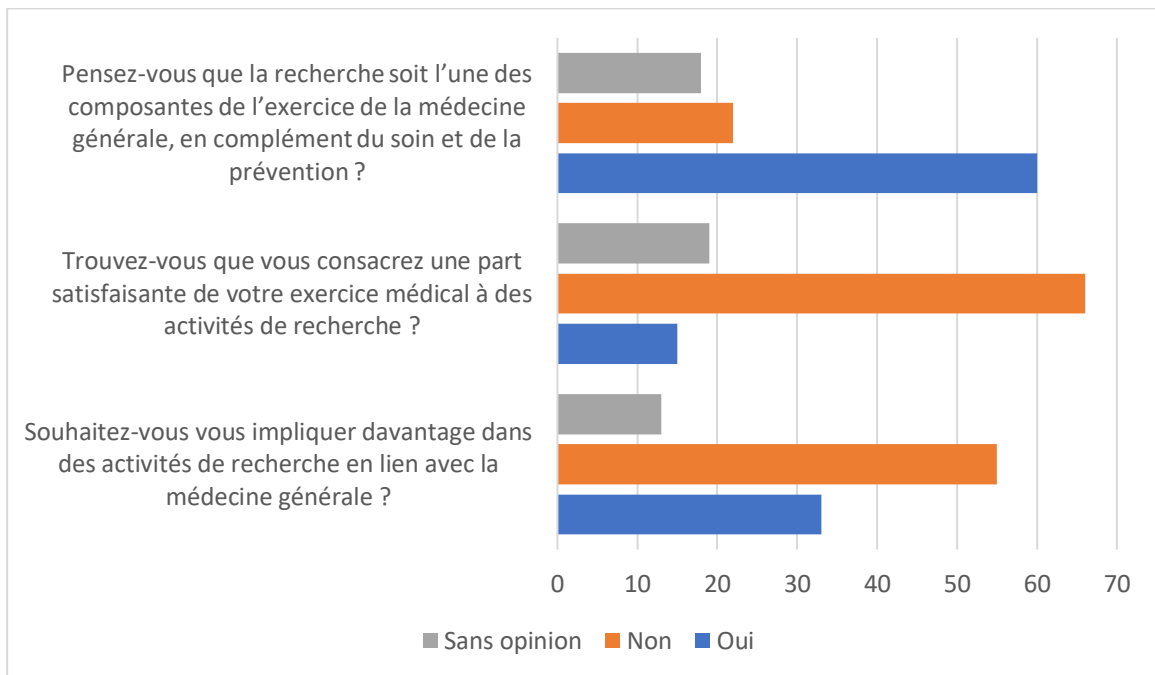
.....

## Annexe 2 : Détail de la population étudiée

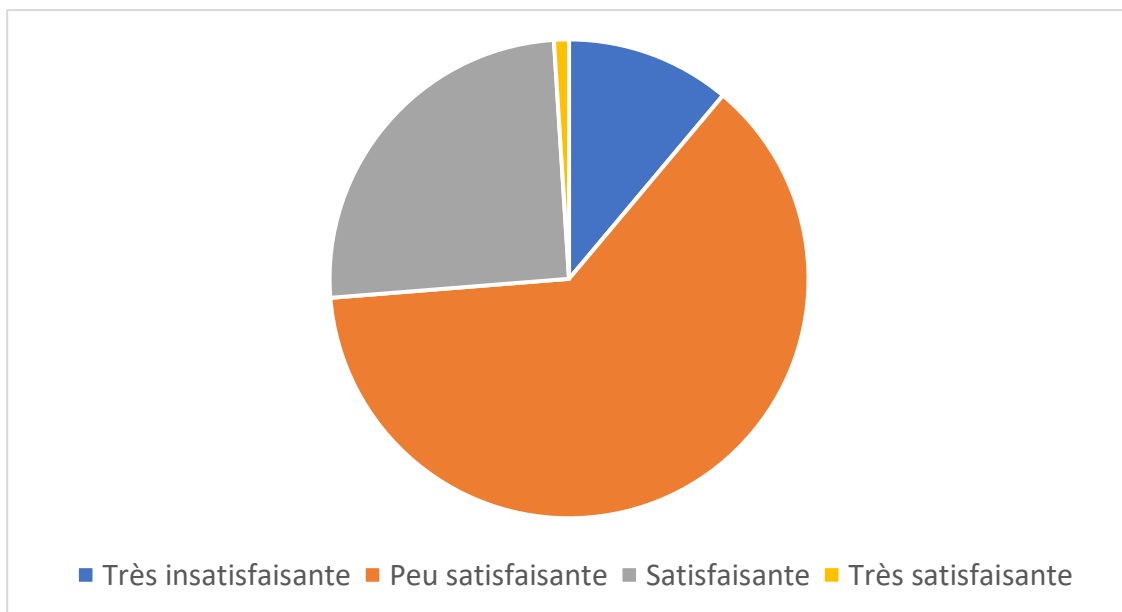
## Caractéristiques des médecins généralistes répondants

Caractéristiques des répondants (réponses complètes)	n=149
Sexe (%)	
- Homme	73 (49)
- Femme	76 (51)
Sex ratio	0,96
Age (en années) (moyenne)	45.7
Ecart-type	11.5
Lieu d'exercice (%)	
- Milieu urbain	46
- Milieu semi-rural	68
- Milieu rural	16
Département d'exercice (%)	
- Morbihan	6
- Ille-et-Vilaine	75.2
- Côtes d'Armor	18.8
Type d'activité (%)	
- Seul(e)	16.1
- En groupe avec d'autres médecins (hors maison de santé)	66.4
- En maison de santé pluriprofessionnelle	17.4
Informatisation du cabinet médical (%)	
- Oui	97.3
- Non	2.7
Temps de travail hebdomadaire moyen (%)	
- Moins de 45h	33.6
- Entre 45 et 65h	60.4
- Plus de 65h	6.0
Activités annexes (choix multiple) valeur absolue (%)	
- MSU	57 (38.3)
- Membre du DMG ou autre structure de recherche	6 (4.0)
- Chargé(e) d'enseignement	11 (7.4)
- Non concerné(e)	88 (59.1)

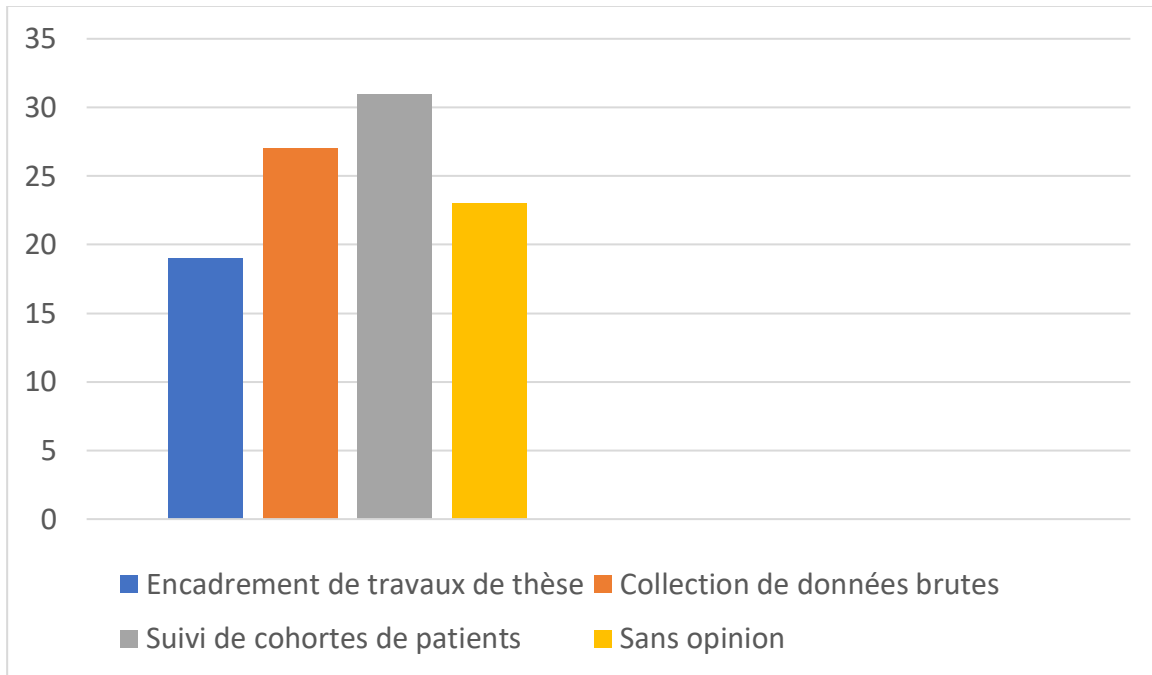
## Annexe 3 : Statistiques descriptives



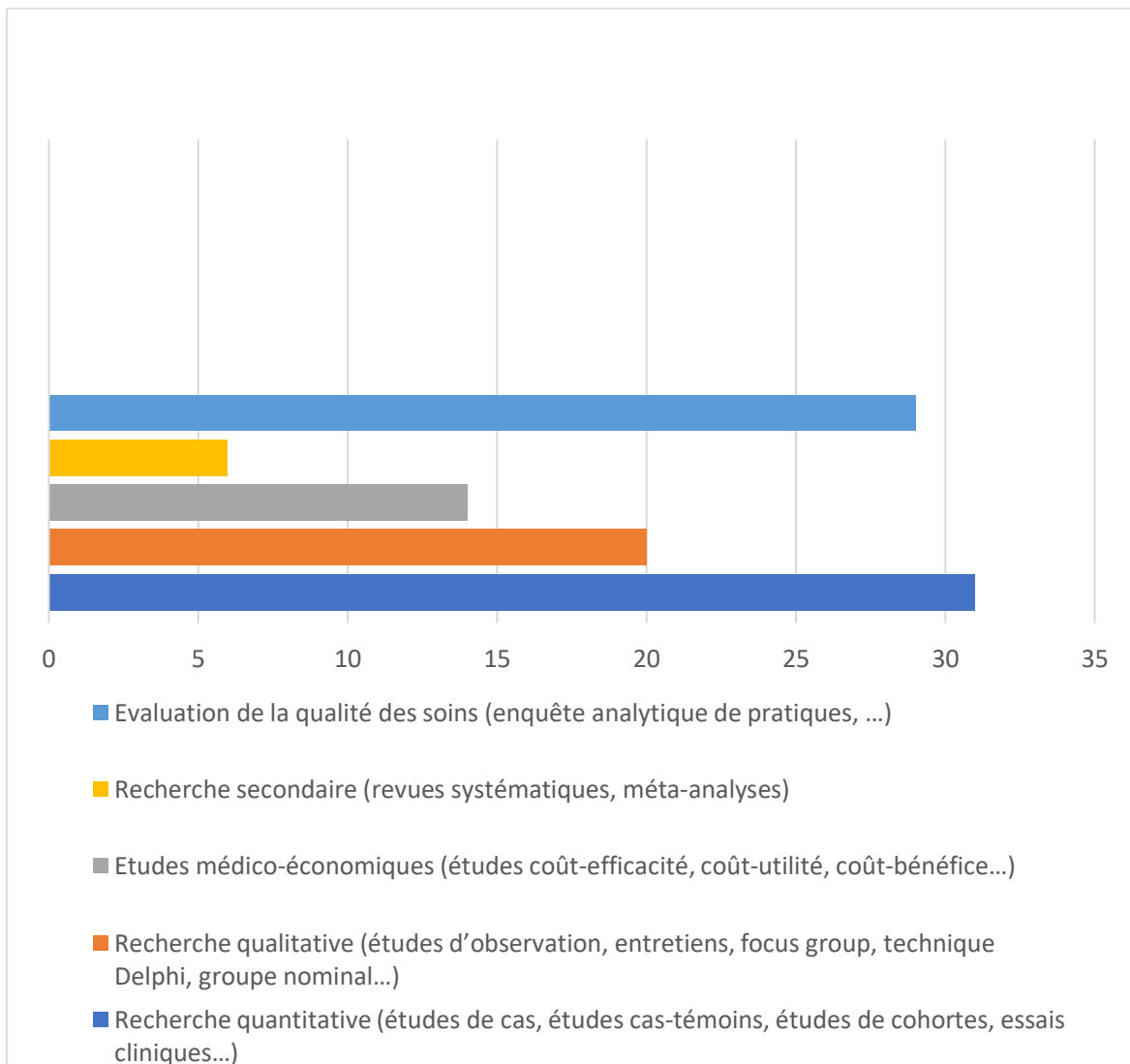
Graphique 1 : Questions générales concernant la recherche



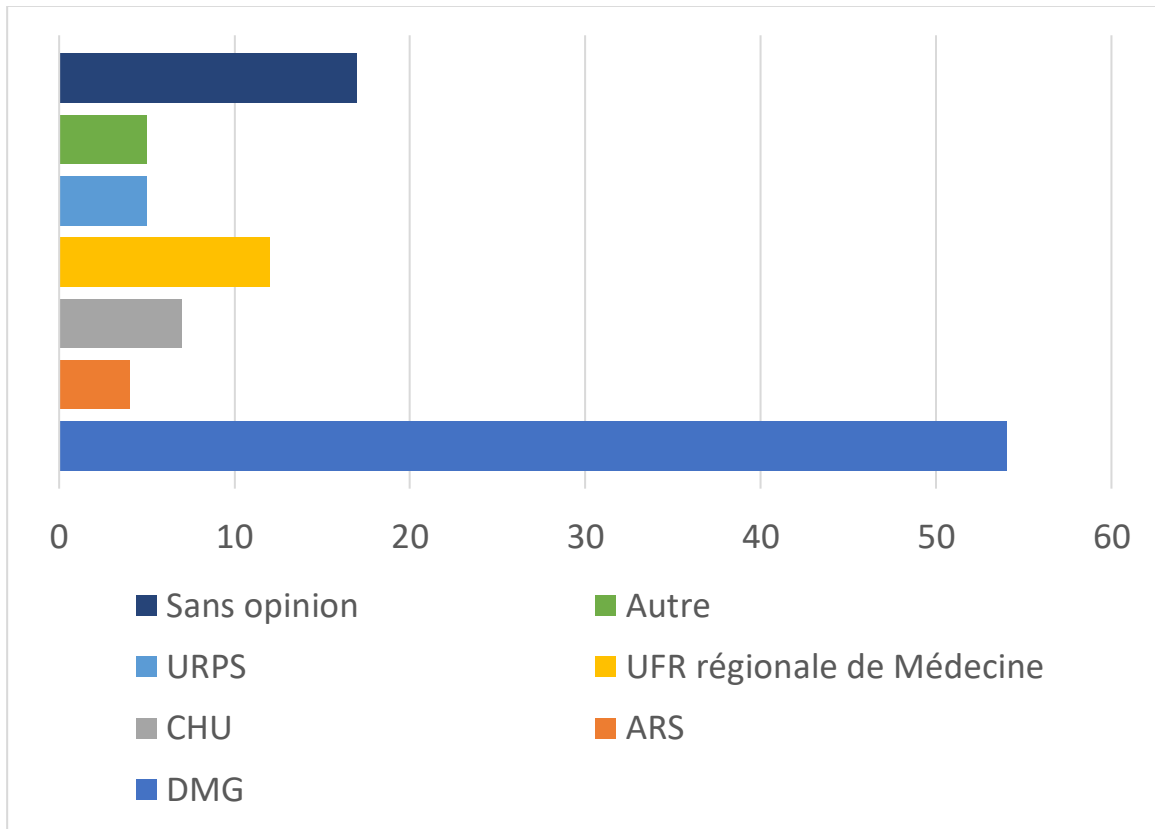
Graphique 2 : Vision de l'organisation actuelle des activités recherche concernant la MG



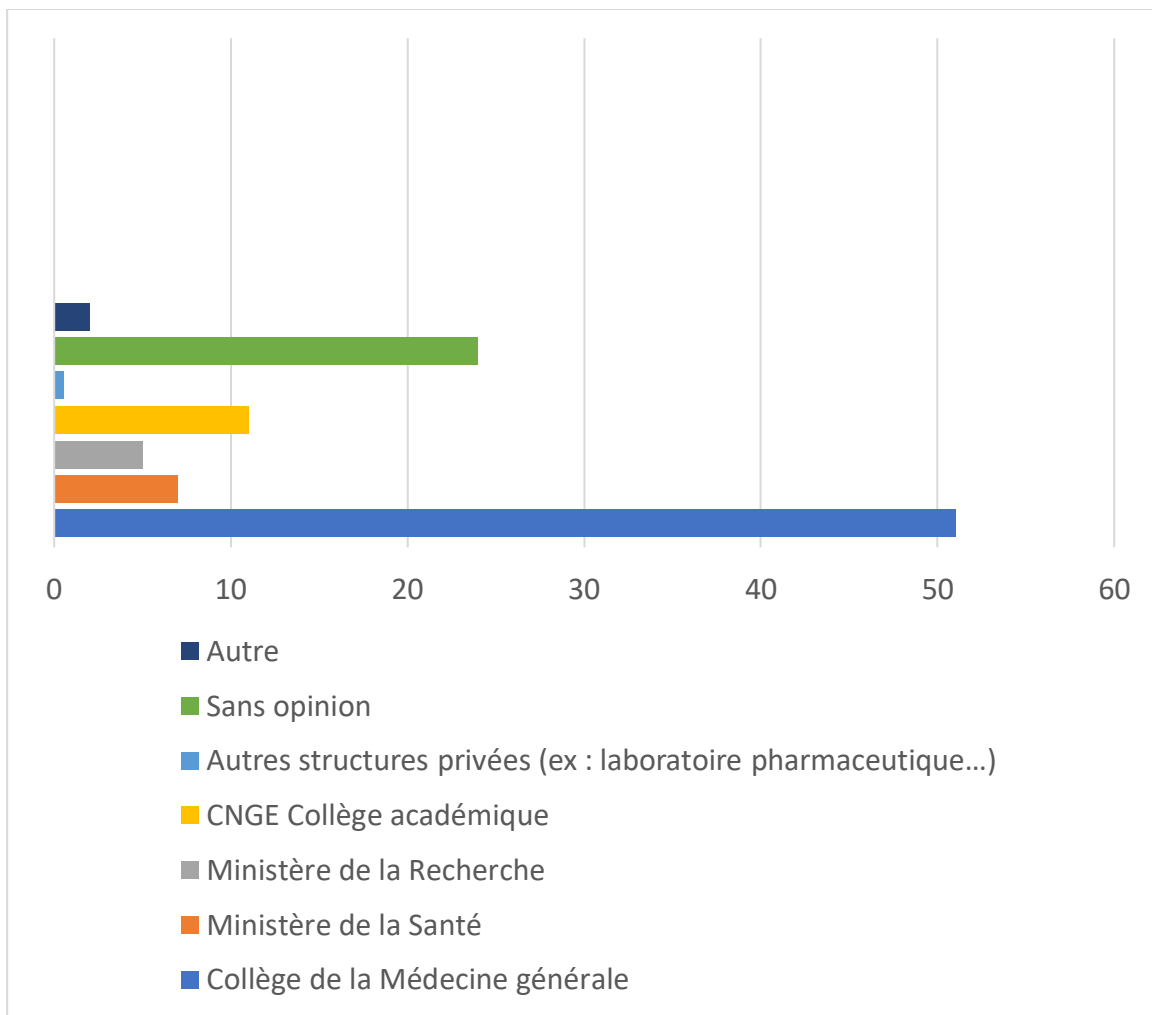
**Graphique 3** : Types de travaux de recherche préférés



**Graphique 4** : Types d'études préférées



**Graphique 5** : Interlocuteurs privilégiés pour accompagner les MG dans leurs projets de recherche



**Graphique 6** : Structures susceptibles de diriger les activités de recherche concernant la MG



## Annexe 4 : Serment d'Hippocrate

### Serment d'Hippocrate (145)

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de

l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

**GUEDO, Mathieu. - Recherche en soins primaires : enquête pour mesurer l'intérêt et les attentes des médecins généralistes bretons**

113 feuilles, 2 illustrations, 6 graphiques, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N°

**Contexte.** Le développement des activités de recherche revêt une importance capitale pour la spécialité de Médecine générale. La participation aux activités de recherche peut se faire *via* la direction de travaux de thèse, la collection de données médicales en consultation, le suivi de cohortes de patients etc. Des réseaux d'investigateurs existent dans certaines régions françaises et permettent d'obtenir des résultats utilisables pour la pratique. **Objectif.** L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'intérêt pour la recherche et de connaître les attentes des médecins généralistes bretons. Les objectifs secondaires étaient de connaître leurs souhaits en termes d'organisation, d'articulation avec leur activité de soin et les moyens permettant de favoriser leur implication. Ces résultats pouvant être utiles pour la constitution d'un réseau breton d'investigateurs en soins premiers. **Méthode.** Réalisation d'une étude transversale descriptive par enquête *via* un questionnaire diffusé sur *Limesurvey* aux MG bretons libéraux installés. Le questionnaire a été activé le 27 octobre 2019 et a été clôturé le 31 décembre 2019. **Résultats.** Le questionnaire a été expédié à 1627 MG bretons. Au total, 211 réponses ont été collectées. 149 étaient complètes, 62 incomplètes. Le taux de réponse a été de 13.3%. La majorité des répondants (60%) considérait que la recherche était l'une des composantes de l'exercice du médecin généraliste. 62% d'entre eux souhaitaient y consacrer l'équivalent de moins d'une demi-journée hebdomadaire. Parmi les MG désireux d'encadrer des travaux de thèse, la majorité (61.4%) trouvait intéressante l'idée de figurer sur une liste de directeurs de thèse potentiels, pouvant être mise à disposition par le DMG. Ils pensaient que le DMG était l'interlocuteur privilégié pour les épauler dans leurs travaux de recherche (54%). Les MG exerçant en MSP étaient plus enclins que les MG exerçant seuls ou en groupe à intégrer un réseau d'investigateurs ( $p < 0.001$ ). **Conclusion.** L'impérieuse nécessité de développer les activités de recherche en MG par les principaux intéressés est désormais communément acceptée. Elle permettra de rendre à la médecine générale, et de façon plus large aux soins premiers, dont elle est le pivot, la maîtrise de son référentiel de connaissances, pour le bénéfice des patients. Les réseaux d'investigateurs en soins primaires seront l'un des supports du développement de cette recherche. Ils sont pour l'heure ancrés à l'échelon régional. Concernant la Bretagne, il est question de s'appuyer sur les MG exerçant dans des MSP pour la constitution des réseaux d'investigateurs en soins primaires. La valorisation des thèses de Médecine générale, la formation aux activités de recherche et le développement de bases de données médicales permettront également à la spécialité de progresser dans le domaine de la recherche.

Rubrique de classement : Médecine générale – Recherche en soins primaires

Mots-clés : soins de santé primaires – médecine générale - recherche - investigateur

Président : Monsieur le Pr Éric BELLISANT

JURY : Assesseurs : M le Pr Olivier DECAUX

M le Dr Anthony CHAPRON

Mme le Dr Françoise TATTEVIN [directrice de thèse]

Adresse de l'auteur :

11 Boulevard des Trente  
56800 PLOERMEL