

Faculté de santé publique

Développer la recherche en médecine générale

Propositions et perspectives du CAMG

Mémoire réalisé par
Micaela De Escoriaza

Promoteurs
Olivier Schmitz
Grégory Dallemagne

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Développer la recherche en médecine générale

Propositions et perspectives du CAMG

Mémoire réalisé par
Micaela De Escoriza

Promoteurs
Olivier Schmitz
Grégory Dallemagne

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalitée spécialisée

Remerciements

J'aimerais exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie chaleureusement mon promoteur, Olivier Schmitz, pour la confiance qu'il m'a accordée et sa disponibilité tout au long de ce travail. Son expertise et ses encouragements ont été déterminants pour l'aboutissement de ce projet.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers Grégory Dallemagne de m'avoir donné la chance de participer à ce projet de recherche et de m'avoir si gentiment accompagnée et conseillée dans l'analyse des données.

Un hommage particulier à Rodolphe et Aloyse, dont l'accompagnement constant et la bienveillance ont été fondamentaux pour terminer ce travail.

Je n'oublie pas ma famille, et en particulier ma fille pour toutes les concessions que ce master a représentées pour elle, à mes parents, mes frères et sœurs et mes amis, pour leur encouragement indéfectible tout au long de mon parcours académique. Leur support m'a permis de surmonter les défis rencontrés.

Enfin, je souhaite exprimer ma reconnaissance à tous les participants à cette étude, qui ont généreusement partagé leur temps et leurs expériences, rendant ce travail possible.

À toutes ces personnes, un infini merci.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

CA : Communauté apprenante

CAMG : Centre académique de médecine générale de l'UCLouvain

CASU : Cellule d'Appui Scientifique et Universitaire du CMG

CMG : Collège de Médecine Générale de Belgique francophone

CUMGs : Centres Universitaires de Médecine Générale

DMG : Dossier Médical Global

DMI : Dossier Médical Informatisé

EBM : Evidence-Based Medicin

GLEM : Groupement Local d'Évaluation Médicale

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise ou Federaal Kenniscentrum

MC1/MC2/MC3: Master Complémentaire 1ère, 2ème et 3ème année

MdS : Maîtres de stage

MG : Médecine Générale

MRC : Mémoire de recherche clinique

PBL : Enseignement «Problem-Based Learning »

PUMG : Programme d'Unité de Médecine Générale

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SLR : Séminaire Locaux Régionaux

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TFE : Travail de fin d'études

WONCA : World Organization of Family Doctors

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	9
1.1 LE CAMG ET SES MISSIONS	9
1.2 MODALITÉS DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE EN MG.....	10
2. CONCEPT THÉORIQUE : LA MOTIVATION À LA RECHERCHE.....	13
3. MÉTHODOLOGIE.....	17
3.1 LE PROJET DE RECHERCHE ACTION, ÉTAPE 1.....	17
3.2 SOURCE ET COLLECTE DES DONNÉES	18
3.2.1 <i>Techniques d'investigation et formats de discussion</i>	18
3.2.2 <i>Les rencontres, les formats et les thèmes</i>	18
3.2.3 <i>Echantillon</i>	20
3.3 GESTION DES DONNÉES	21
3.4 ANALYSE DES DONNÉES	22
3.4.1 <i>Étape 1 : identification des facteurs jouant un rôle dans le développement d'un aspect particulier de l'organisation étudiée</i>	23
3.4.2 <i>Étape 2: Analyse</i>	25
4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE (ANALYSE SWOT)	26
4.1. FORCES	26
4.1.1 <i>Le soutien de la cellule recherche</i>	26
4.1.2 <i>Communication avec le CAMG</i>	26
4.1.3 <i>Les formations</i>	26
4.1.4 <i>Les compétences et l'expérience de l'équipe</i>	27
4.1.5 <i>Le CAMG pour introduire la recherche dans l'enseignement</i>	27
4.1.6 <i>L'implication des maîtres de stage</i>	28
4.2. FAIBLESSES.....	29
4.2.1 <i>Le manque d'information et de formation à la recherche</i>	29
4.2.2 <i>Engagement des Maîtres de Stage</i>	31
4.2.3 <i>Formation trop tardive</i>	32
4.2.4 <i>Manque de retours</i>	33
4.2.5 <i>Les formations de maîtres de stage</i>	33
4.2.6 <i>Le TFE comme expérience négative</i>	34
4.2.7 <i>Qui fait quoi?</i>	35

4.3. OPPORTUNITÉS	36
4.3.1 Développement intellectuel et satisfaction personnelle.....	36
4.3.2 Amélioration de la pratique	36
4.3.3 Éviter les dérives et maintenir le sens critique	37
4.3.4 Application des guidelines adaptés	37
4.3.5 Témoins privilégiés et légitimité scientifique	38
4.3.6 Réappropriation de la médecine générale	38
4.3.7 Relation renforcée avec les patients	39
4.3.8 Se réunir et collaborer.....	39
4.3.9 La médecine générale internationale	40
4.3.10 Innovation et technologie	41
4.4 MENACES	42
4.4.1 Le temps et les conditions de travail des médecins généralistes	42
4.4.2 Ajouter de nouvelles tâches	43
4.4.3 Les demandes des patients.....	44
4.4.4 Isolement professionnel	44
4.4.5 La recherche source de frustration	45
4.4.6 Préférence pour l'aspect pratique	45
4.4.7 La participation des patients	46
4.4.8 Disparité de financement et de la valorisation de la médecine générale.....	46
4.4.9 Procédures administratives et éthiques	47
4.4.10 Défis informatiques.....	48
4.4.11 Complexité de la médecine générale et transférabilité des résultats	48
4.4.12 Peur de partager ses données	50
4.4.13 Réticence des patients.....	50
4.4.14 Discordances des idéaux	51
4.4.15 Appréhension des médecins généralistes envers le milieu universitaire	51
5. PISTES D'AMÉLIORATION ET D'INNOVATION	52
6. CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	59

Introduction

La recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins... (Lu sur le portail du Collège académique des généralistes enseignants de France)

« *Médecine de tous et de tout*¹ », « *médecine de famille* », « *médecine totale de l'homme total*² », les qualificatifs de la médecine générale ne manquent pas. Parmi les différentes disciplines médicales, la médecine générale (MG) se distingue principalement des autres spécialités hospitalo-universitaires par son approche globale et holistique du patient³, par sa prise en charge des troubles psychosociaux⁴, par la diversité des problèmes de santé pris en charge⁵, mais aussi par certaines spécificités, qui ont été identifiées au début des années 2000 par la WONCA, une association qui regroupe l'ensemble des organisations mondiales de médecine générale. Celle-ci a en effet proposé de définir la MG par ses champs d'action, ses objectifs et ses méthodes⁶ qu'elle a regroupés derrière les 11 critères suivants : 1) premier contact avec le système de soins⁷, 2) utilisation efficiente des ressources du système, 3) approche centrée sur la personne (et non sur la maladie), 4) mode de consultation personnalisée⁸, 5) responsabilité de la continuité des soins, 6) décisions médicales déterminées par le contexte épidémiologique et personnel, 7) prise en charge des problèmes de santé aigus

¹ Baszanger I., « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail*, 1983, n°3, pp. 275-294.

² Cf. Fabre C., *Cahiers de la SFMG*, 1978, n°6-7, p.15, cité par Baszanger, Op cit.

³ « Le généraliste, en tant que médecin, doit appréhender tous les aspects de la vie, physiologiques, psychologiques et sociaux au niveau de l'individu afin de résoudre ses difficultés physiques et morales et aussi de l'aider par ses conseils à organiser sa vie personnelle et familiale » (Baszanger, Op cit.).

⁴ « La médecine générale prend en charge une pathologie qui n'a pas sa place à l'hôpital car ne relevant pas des compétences de la médecine scientifique... En ce sens, il y a bien spécificité de la médecine générale » (Baszanger, Op cit.).

⁵ « *On fait de tout, de la pédiatrie, de la gynécologie, de... tout. On soigne de treize jours à quatre-vingt dix-huit ans et de tout* » (Baszanger, Op cit.).

⁶ Voir l'introduction du travail qu'a mené Jean-Sébastien Cadwallader sur *les représentations de la recherche en médecine générale* pour et à l'Université de Lyon 1, pour l'année 2009-2010.

⁷ Par rapport au référencement médical, le médecin généraliste est souvent le « premier maillon de la chaîne des distributeurs de soins » (Baszanger, Op cit.).

⁸ « En partant d'une opposition établie par la médecine scientifique, l'opposition aiguë/chronique, le raisonnement semble montrer que c'est bien au nom de cette logique scientifique qu'il existe deux interventions médicales différentes, l'une basée sur la technique, l'autre faisant une place plus grande à l'approche personnalisée des malades » (Baszanger, Op cit.).

et chroniques, 8) intervention au stade précoce des problèmes de santé, 9) promotion et éducation à la santé, 10) responsabilité sociétale, et 11) approche globale des problèmes de santé. En bref, cette définition internationale décrit la MG comme « un domaine d'activité très large et multidimensionnel, à la fois technique et relationnel, ponctuel et inscrit dans la durée, ouvert à toutes les pathologies et plus largement à toute demande de la part des patients⁹ » ;

Ces spécificités, nous le verrons, justifient en partie le développement d'une recherche propre à la médecine générale, comme l'écrivait déjà Gérard de Pouvourville, mandaté en 2006 par le ministère français de la santé pour identifier des pistes permettant de développer une telle recherche :

« La justification première d'une recherche en médecine générale est donc qu'il existe un vaste domaine de soins offerts à la population qui ne bénéficie pas, ou peu, d'investigations scientifiques rigoureuses, alors que celles-ci sont considérées comme nécessaires et incontestables en médecine hospitalière (...) : il s'agit essentiellement de recherche clinique et épidémiologique dont le domaine d'application est celui des patients pris en charge en médecine générale... »

D'après de Pouvourville (2006), comme pour Delahaye-Guillocheau et al (2007) auteurs d'un rapport visant à éclairer les conditions pour la création de la filière universitaire de médecine générale en France, la recherche en médecine générale est donc nécessaire pour améliorer la qualité des soins primaires offerts en première ligne, mais également pour enrichir les connaissances nécessaires à la formation et à la pratique de la MG¹⁰. C'est de cette question que traite le présent mémoire, en se basant sur une étude de cas réalisée par le Centre Académique de Médecine Générale au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles (UCL).

⁹ Schweyer F.-X., « Activités et pratiques des médecins généraliste », dans *Singuliers généralistes*, 2010, pp. 55-74.

¹⁰ Voir le rapport de Delahaye-Guillocheau V., Jeannet A., Vernerey M., Mallet F., Pittoors J.-P., *Création de la filière universitaire de médecine générale* de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, février 2007 ; faisant suite au rapport de Gérard de Pouvourville, *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions*, 2006, rendu public par La Revue du praticien en juin 2007

En Belgique, comme dans les pays voisins¹¹, ce n'est qu'au début des années 2000 que la MG a été reconnue comme spécialité médicale à part entière, et qu'elle s'est engagée sur le chemin de son autonomie académique dans une double perspective de développement entre enseignement et recherche¹². Son autonomisation tardive s'expliquerait, selon certains, du fait que parmi les médecins, les généralistes sont à la fois les plus attachés à l'autonomie professionnelle, mais aussi les plus éloignés des leviers de contrôle et des justifications sociales de cette autonomie¹³. Cette reconnaissance, bien que tardive, repose néanmoins sur la prise en compte des spécificités de la MG relevées plus haut, mais ces spécificités ont surtout été prises en considération dans son enseignement, au détriment de la recherche¹⁴.

Au début des années 2000, Levasseur et Schweyer (2003)¹⁵ ont analysé la production scientifique des généralistes enseignants français de 1990 à 2000, et en ont surtout montré les limites : faible publication, courte professionnalisation, qualité inégale. On peut ainsi dire que, jusqu'à cette époque, la recherche en médecine générale était pratiquement inexistante. Les raisons évoquées par les auteurs étaient notamment que le statut de « chercheur en médecine générale » était difficile à exercer étant donné plusieurs manques : un manque de temps que les enseignants pouvaient y consacrer (contrairement à l'enseignement), un manque de moyens, et surtout, un manque de formation en la matière. En effet le cursus des études en MG ne comprenait alors quasiment aucun module d'épistémologie ou de méthodologie de la recherche¹⁶, et n'offrait aux étudiants que très peu d'occasions de s'y initier. La formation à la médecine générale étant principalement une formation professionnalisante, la plupart des étudiants sortant des études se consacrent à sa pratique en s'installant en solo, en se faisant

¹¹ En France, par exemple, la MG est reconnue comme spécialité médicale en 2004 avec la création du DES de médecine générale, une filière universitaire de médecine générale est créée en 2008, et les premiers enseignants titulaires (professeurs des universités) sont nommés en 2009.

¹² Czerny E., Lepaux V., « Les ficelles sans le métier. Les ambiguïtés d'une formation aux méthodes qualitatives en médecine générale », *Emulations*, 2021, n°39-40, en ligne.

¹³ Grignon M., note de lecture de l'ouvrage collectif dirigé par Bloy G. Schweyer F.-X. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, paru dans la *Revue française des affaires sociales*, 2011, 2, pp. 49-62.

¹⁴ « La recherche, écrit Géraldine Bloy, reste le parent pauvre de la dynamique d'autonomisation de la médecine générale ». Voir Bloy G., « Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable », dans *Singuliers généralistes*, 2010, pp. 307-328.

¹⁵ Levasseur G., Schweyer F.-X., « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé Publique*, 2003, vol.15, n°2, pp. 203-212.

¹⁶ « Pour diverses raisons, les études médicales dotent peu les étudiants de l'équipement épistémologique et méthodologique nécessaire à la production scientifique » (Bloy, 2010, Op cit.).

recruter dans une institution de soins, ou bien en rejoignant une pratique de groupe. Cela ne veut pas pour autant dire que les praticiens ne participent pas à des recherches en santé publique ou à des essais cliniques, par exemple, mais dans la plupart des cas, « ils ne sont associés ni à l'élaboration de la question de recherche, ni à la mise en place des protocoles d'études, ni aux publications des résultats ; ils restent essentiellement des investigateurs, voire simplement des fournisseurs de patients »¹⁷. Et même si, en France par exemple, la création du statut d'enseignant-chercheur en médecine générale invite les généralistes enseignants à produire des travaux de recherche et à diriger des thèses, ils n'en ont bien souvent pas les moyens en raison de « l'absence de statut, de formation à la recherche, du manque de temps et de moyens financiers »¹⁸. On peut donc affirmer que malgré qu'elle ait été considérée comme un important moyen de promotion de la MG¹⁹ depuis les bases historiques de son mouvement d'autonomisation académique qui remonte aux années 1970, la recherche en médecine générale est et reste peu encouragée.

Le déficit de recherche en médecine générale a cependant des conséquences délétères tant pour la formation que pour la pratique des futurs généralistes, car une bonne partie des connaissances médicales acquises lors des études de médecine proviennent directement de la recherche clinique, alors que la MG a besoin d'autres types de connaissances en raison de la part importante que prend la dimension humaine dans son exercice. Celle-ci ne peut en effet se réduire à une application directe, neutre et objective d'évidences scientifiques (EBM). Outre des compétences cliniques certes bien nécessaires, le MG a également besoin de compétences communicationnelles, sociales, psychologiques, etc.

Une illustration de cela peut être fournie dans l'utilisation, par le MG, des *guidelines*, qui sont certes des outils scientifiquement validés, mais qui ont souvent été conçus pour et par des

¹⁷ Bouldouyre Magnier A.-M., « Recherche en médecine générale, toute une histoire », *La Revue du Praticien*, 2022, pp. 690-694.

¹⁸ Voir Griscelli C., « L'INSERM et la recherche en médecine générale », *La Revue du Praticien*, 2000, 14 (506, pp.1396-98.

¹⁹ D'après M. Grignon, tant que la recherche en MG ne perce pas, la MG elle-même rencontrera des difficultés à s'imposer comme discipline médicale : « La médecine générale n'existe pas vraiment : elle se réduit à une pédagogie et ne perce pas véritablement en recherche (la recherche en médecine générale relève de véritables disciplines universitaires – médecine interne, épidémiologie et biostatistiques, ou sciences humaines, ou du regroupement disciplinaire des trois citées, connu sous le nom de *health services research*, et englobant parfois une sous-spécialité « soins primaires » (Grignon, 2011, voire note 5).

spécialistes, et qui prennent rarement en compte le contexte dans lequel surviennent les problèmes de santé. Pourtant, la prise en considération du contexte épidémiologique et de vie du patient est importante, étant donné qu'une grande partie des patients de médecine générale sont atteints d'affections chroniques, bénignes ou débutantes, fréquemment liées à leurs conditions de vie²⁰ ou de travail (le burn-out par exemple). La prise en compte des problèmes de santé que rencontrent les généralistes nécessitent donc autant de compétences cliniques que ceux que rencontrent les spécialistes.

Les connaissances provenant d'une science positiviste et expérimentale ne peuvent donc tout à fait convenir à la MG, qui ne peut ignorer ni la subjectivité du praticien, ni celle du patient comme individu vivant dans un contexte social et culturel variable, partageant des représentations et des pratiques de santé, qui le distinguent d'un rat ou d'un virus de laboratoire. Comme l'écrit Michel Grignon, « la médecine générale est quelque chose qu'on fait et non quelque chose qu'on peut entièrement décrire analytiquement, ce qui en montre le caractère holistique et complexe, mais aussi, par conséquent, partiellement subjectif (un art autant qu'une science) »²¹. L'objet de la médecine générale n'est en effet pas plus le corps du patient que le problème de santé pour lequel il vient en consultation. Son objet, c'est le patient dans toutes ses dimensions, et dans tous ses ancrages.

De toute évidence, la médecine générale a besoin de connaissances qui ne proviennent pas seulement de la recherche clinique, qui est d'ailleurs en grande partie produite par des laborantins, ou des chercheurs d'autres disciplines médicales. C'est la raison principale pour laquelle, conformément à son approche « globale » du patient, la recherche en MG s'est en partie détournée de ces approches positivistes et expérimentales « pures », au profit d'approches plus qualitatives développées par les sciences humaines de la santé²². Cette appropriation des méthodes de recherche qualitatives va en fait de soi, compte tenu de la nécessité, pour le généraliste, de prendre en compte le problème de santé de son patient dans son contexte (familial, social, culturel) spécifique. Leur utilisation en MG reste cependant

²⁰ Véga A., « Positivism and dependence : the sociocultural uses of medication among general practitioners in France », *Sciences sociales et santé*, 2012, vol. 30, n°3, pp. 71-102.

²¹ Grignon, Op cit.

²² Il en va par exemple ainsi de la méthode du focus group : voir Marty L., Vorilhon P., Vaillant-Roussel H., Bernard P., Raineau C., Cambon B., « Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group », *Exercer*, 2011, vol. 22, n°98, pp.129-135.

problématique, étant donné que les chercheurs en MG ont souvent été socialisés à une épistémologie quantitative et positiviste de la production scientifique.

Que ce soit en France, en Suisse ou encore au Canada, la médecine générale s'est donc naturellement et logiquement ouverte aux « humanités médicales²³ » dans son enseignement, et dans sa recherche, intégrant selon des modalités variables selon les pays les approches socio-anthropologiques, historiques et philosophiques de la santé.

En Belgique, le développement de la recherche en MG a été en partie rendu possible grâce à la création des centres universitaires de médecine générale (CUMGs) et, dans une moindre mesure, aux sociétés savantes de MG comme la SSMG, ou la CASU, qui ont toujours accordé une place importante à la recherche, mais qui ne disposent pas à proprement parler des ressources humaines et financières nécessaires à son développement²⁴. A l'UCL, le CUMG a notamment pour mission d'organiser le master de spécialisation en médecine générale, mais aussi de gérer le financement de fonctionnement reçu par les pouvoirs publics. Ce budget permet ainsi de financer les enseignants, mais peut également être utilisé pour financer de la recherche et des chercheurs. C'est dans ce cadre que le Centre Académique de Médecine Générale s'est doté de sa propre Cellule de Recherche, qui à son tour peut élaborer son propre programme de recherche²⁵.

Mais comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, la recherche en MG est encore en quête de son identité, et il reste à préciser les contours de cette recherche originale, au regard de celle développée dans les disciplines connexes que sont la santé publique et les sciences sociales de la santé.

Les spécificités de la recherche en médecine générale

²³ Le courant des *Medical Humanities* est né aux Etats-Unis dans les années 1970, dans un contexte de critique de la médecine vue comme dépersonnalisante et déshumanisante. Depuis, les sciences sociales ont été intégrées dans la plupart des programmes d'études en médecine.

²⁴ « Quant aux sociétés savantes de médecine générale, elles constituent de petites structures qui ont une offre diversifiée en matière de formation médicale continue, mais fédèrent peu de monde sur des projets proprement scientifiques » (Bloy, 2010).

²⁵ Voir <https://uclouvain.be/fr/facultes/mede/camg/la-recherche-au-camg.html>

Lorsqu'il est question de « recherche en médecine générale » dans la littérature scientifique, il s'agit en réalité de différents types de recherche :

- La recherche clinique et épidémiologique **en** médecine générale sur les problèmes de santé et psychosociaux rencontrés par les médecins de première ligne ;
- La recherche **sur** les pratiques et les modalités d'exercice de la médecine générale²⁶ ;
- La recherche **sur les études** de médecine générale, qui s'intéresse à la manière dont les médecins généralistes sont formés ou « fabriqués »²⁷.

Le développement de la recherche en MG suppose donc que celle-ci réponde principalement aux questionnements, attentes et motivations de ses principaux acteurs, c'est-à-dire les patients, dans une certaine mesure, mais aussi les étudiants, les praticiens, les enseignants, les maîtres de stage, ainsi que toutes les personnes impliquées dans l'organisation de la formation et de la MG. Cette recherche doit donc notamment être pratique, applicable, viser à améliorer la qualité des soins. Elle doit également être éthique et respectueuse des participants. Elle doit aussi tenir compte de l'ancrage des problèmes de santé dans des histoires de vie, dans des parcours de soins, mais aussi de leurs représentations et de leur expression *dans* et *par* le discours des patients. C'est une recherche qui porte certes sur des problèmes de santé, ou des problèmes psychosociaux, mais qui doit autant que possible les aborder de manière complexe et transdisciplinaire.

Mais au-delà des questions relatives aux « objets » et aux « sujets » de la recherche en MG, d'autres interrogations relatives à son positionnement méthodologique et épistémologique sont soulevées dans la littérature. Par exemple :

²⁶ On entend par cela les études généralement intitulées *Le rôle du MG dans...* par exemple : - les maladies liées à l'environnement, - la prise en charge du décrochage scolaire, - la prévention médicale, - la prise en charge des pathologies psychiatriques, etc.

²⁷ Nous faisons ici référence aux travaux portant sur la « fabrication » des soignants. On peut notamment inclure dans cet ensemble les travaux classiques de la sociologue Isabelle Baszanger qui a travaillé sur le processus de socialisation professionnelle des jeunes médecins français dans les années 1970, mais aussi des travaux menés en pédagogie médicale, par exemple. Sur cette question, nous renvoyons le lecteur au numéro spécial de la revue *Travail et Emploi* (numéro 141 de 2015), et aux travaux de Géraldine Bloy, présentés dans l'article « A quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2014, n°1-2, pp. 171-191.

- Quel est le niveau d'exigence méthodologique à viser, en quantitatif comme en qualitatif²⁸ ?
- Quelle complémentarité définir avec les autres spécialités médicales²⁹ ?
- Est-ce que les thèses d'exercice ou les TFE peuvent être considérées comme des travaux de recherche menés par des étudiants pourtant non formés à la recherche³⁰ ?
- La recherche en médecine générale doit-elle être exclusivement menée par des médecins généralistes³¹ ?

Autant de questions auxquelles peu de réponses peuvent à ce jour être données, et qui montrent bien, d'après nous, que cette nouvelle recherche transdisciplinaire est encore en train de se chercher et de se définir.

L'objet de ce mémoire est de proposer des pistes permettant de développer la recherche au sein du Centre Académique de Médecine Générale de l'UCL, compte tenu de ses conditions de financement et de fonctionnement. C'est en effet dans le but d'analyser les conditions de développement de la recherche en MG que les responsables de la Cellule de recherche du CAMG ont entrepris, avec l'aide d'un chercheur, Gregory Dallemagne, une série de rencontres, individuelles et de groupe, avec des membres du CAMG, et des Maîtres de stage. Le présent mémoire est basé sur l'exploitation des données issues de ces rencontres. Ce travail est donc un mémoire de recherche dont les contributions sont plurielles. Gregory Dallemagne a donc recueilli les données utilisées dans cette analyse et Olivier Schmitz a écrit cette introduction ainsi que la méthodologie de l'analyse SWOT.

²⁸ Bloy, Op cit.

²⁹ Bloy, Op cit.

³⁰ Sur cette question, G. Bloy écrit : « si les travaux restent très inégaux, il est indéniable que les efforts faits pour élever leur niveau en les rapprochant de mémoires de recherche originaux, présentables dans les congrès ou les événements scientifiques récemment institués de la discipline, commencent à porter leurs fruits » (Op cit.).

³¹ Levasseur G., Schweyer F.-X., « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé Publique*, 2003, vol. 15, n°2, pp. 203-212.

1. Problématique de l'étude

Ce mémoire de recherche est donc issu d'une collaboration avec le Centre Académique de Médecine Générale de l'UCL (CAMG) et plus particulièrement avec le Professeur Olivier Schmitz et le chercheur Grégory Dallemagne.

L'analyse que nous avons réalisé dans ce travail s'inscrit en effet dans le second temps d'une recherche action (RA) participative-exploratoire débutée en juin 2022. Dans une phase antérieure de cette RA, Gregory Dallemagne, l'investigateur principal, a réalisé une collecte de données en organisant des ateliers de réflexion avec différents membres du CAMG, des maîtres de stage et d'autres personnes impliquées dans l'organisation de la formation et de la MG autour du CAMG. Ces rencontres visent à les encourager ces parties prenantes à échanger leurs réflexions autour de la recherche au sein du CAMG. La cellule recherches du CAMG a ensuite prévu une phase de recherche pour analyser les données récoltées. Une partie de celles-ci nous ont été confié pour analyse. Ce mémoire constitue donc une contribution au projet de la recherche-action.

Sur base des verbatim de ces ateliers auxquels nous n'avons pas participé, nous avons été chargée d'identifier des pistes susceptibles de contribuer à développer la recherche au sein du CAMG, en tentant d'apporter des éléments de réponse à la question suivante: "Comment stimuler la recherche en médecine générale?". Cette recherche a donc pour objectif principal d'établir un diagnostic sur les freins et les leviers à la constitution d'une communauté de chercheurs en médecine générale ainsi que sur les forces et les faiblesses du CAMG dans son activité de recherche.

Les résultats de notre analyse devraient contribuer à organiser par la suite, l'étape 3 de la recherche action à savoir, la mise en place de stratégies et d'actions visant à stimuler la recherche en MG au CAMG.

Mais avant d'aller plus loin, il nous paraît opportun de présenter le CAMG, ses missions et son rôle dans le développement de la recherche en MG.

1.1 Le CAMG et ses missions

Le CAMG regroupe des enseignants, des collaborateurs scientifiques, des chercheurs et un pôle administratif. Il encadre les cours de médecine générale du master en médecine et le programme de formation du master de spécialisation en MG. L'une de ses missions est également de former

les maîtres de stage et de participer au développement d'une pratique universitaire de médecine générale, le Centre Médical Laennec. (lu sur le site du CAMG)

Le CAMG se donne aussi des missions et de recherche. Il anime une cellule recherche et publications, dirigée par un responsable et supervisée par une coordinatrice de la recherche en Médecine Générale. Cette cellule comprend également des collaborateurs scientifiques et des chercheurs anthropologues. Elle est organisée de façon à permettre à chaque membre d'apporter son expertise, garantissant ainsi une diversité de méthodes et de compétences.

L'équipe du CAMG est en outre complétée par des doctorants et des assistants PST (personnel scientifique temporaire) impliqués dans des activités de recherche et qui, pour certains, apportent leur soutien dans l'enseignement et les tâches administratives.

Plusieurs membres du CAMG cumulent les fonctions d'enseignants, de chercheurs, et certains exercent également en tant que médecins généralistes. Cette diversité de rôles peut être perçue comme un atout pour le CAMG car elle permet de maintenir une vision multidimensionnelle et une connexion entre le monde académique et la pratique de la MG.

Comme mentionné précédemment, la cellule Recherche et Publication du CAMG a plusieurs fonctions-clés, visant au développement de la recherche en MG. Elle veut être un moteur pour encourager et soutenir les étudiants et professionnels à s'engager dans des projets d'investigation.

L'une de ses fonctions principales est de permettre aux étudiants de mener des recherches en médecine générale tout au long de leur formation clinique ambulatoire grâce à l'assistantat-recherche. Elle offre également des opportunités de recherche dans le cadre d'un doctorat en collaboration avec l'IRSS. En outre, elle permet aux médecins généralistes de s'impliquer dans des études en tant qu'investigateurs. Les généralistes peuvent par ailleurs initier des projets de recherche en collaborant avec des chercheurs du CAMG.

1. 2 Modalités de participation à la recherche en MG

Le CAMG collabore avec les médecins généralistes selon différentes modalités de participation. La première modalité est la collecte de données. Les médecins généralistes peuvent contribuer à des études menées par des instituts fédéraux ou académiques en collectant des données dans leur patientèle, en tant que « fournisseurs de patients » comme cité plus haut. La deuxième modalité est de participer à des recherches observationnelles, en observant une pratique ou en étant l'objet de recherche, en participant à des entretiens collectifs ou individuels.

Une troisième modalité de participation de la recherche en MG est la révision et l'élaboration de protocoles de recherche. L'expertise des médecins généralistes est en effet essentielle pour évaluer la faisabilité des protocoles dans les aspects pratiques et théoriques d'une recherche, comme le mentionne notre introduction. L'implication des médecins généralistes dans cette étape garantit que les protocoles soient réalistes et s'adaptent aux conditions réelles du terrain. Enfin, à un niveau d'engagement plus avancé, les médecins généralistes peuvent initier leurs propres projets de recherche basés sur leurs questionnements cliniques spécifiques. Cette démarche permet d'exploiter des problématiques directement issues de leur pratique quotidienne, contribuant ainsi à l'avancement des connaissances médicales de manière pertinente et ciblée. Dans toutes ces contributions et à chaque étape, le CAMG peut offrir son soutien collaboratif.

Pour chacune de ces modalités, le CAMG offre une collaboration et un soutien continus aux médecins généralistes. Un exemple concret, cité par une personne travaillant au CAMG lors des entretiens, illustre ce processus de soutien : un médecin généraliste souhaitant consacrer une journée par semaine à la recherche a proposé son sujet au CAMG. Celui-ci, intéressé par le projet, l'a aidé à construire son projet de recherche, à affiner son protocole et sa méthodologie, établissant ainsi une collaboration. Si les résultats de son projet s'avèrent fructueux dans une phase exploratoire, une étude plus importante à grande échelle pourra être menée en association avec le CAMG. De plus, les financements nécessaires au projet peuvent également être trouvés grâce au CAMG. En apportant une structure de soutien concrète, le CAMG rassure les praticiens souhaitant s'investir dans la recherche et simplifie les démarches pour devenir initiateurs de projets de recherche.

Par ailleurs, pour les médecins généralistes souhaitant intégrer une étude, la cellule recherche les aide dans la constitution de leur dossier, dans les démarches envers le comité d'éthique, et en développant le dossier de consentement pour les patients par exemple. Ils offrent également leur expertise dans l'analyse de résultats, la rédaction des articles et la préparation des présentations et des orateurs pour les congrès.

La cellule recherche facilite donc le développement de projets de recherche en médecine générale en permettant aux étudiants et aux professionnels de contribuer activement à l'avancement des connaissances

Outre cette mission de soutien à la recherche, l'ambition du CAMG est de créer une communauté apprenante (CA) entre médecins généralistes, visant à générer et transférer des connaissances depuis les cabinets médicaux. Dans leur vision, la recherche en MG se réalise de

manière collaborative et en équipe, soutenue par un cadre structuré et des aides appropriées. La synergie d'une telle communauté autour de la profession, serait stimulante pour les médecins généralistes, souvent isolés dans leur pratique. Cette CA est inspirée des dodécagroupes et des GLEM mais serait spécifiquement axée sur la recherche et l'implémentation des résultats. Notre travail d'analyse s'inscrit d'ailleurs dans la poursuite de ce projet. Notre travail d'analyse s'inscrit dans la phase préparatoire à cette mise en œuvre.

Dans ses projets, le CAMG vise au développement d'une recherche pragmatique afin de pouvoir garantir l'implémentation de résultats et de connaissances utiles dans la pratique des médecins généralistes. En plus de conduire ses propres projets, le CAMG s'engage de manière opportuniste dans diverses études, pourvu qu'elles soient bien ancrées dans le terrain.

Dans le cadre de la formation à la recherche, des cours d'Evidence-Based Medicine (EBM) sont organisés par des enseignants du CAMG au cours du Master complémentaire. Ils sont essentiels pour introduire les étudiants dans le monde scientifique. Le CAMG prévoit également d'organiser des ateliers destinés aux maîtres de stage pour l'accompagnement des travaux de fin d'études (TFE) de leurs assistants.

Enfin, pour promouvoir une culture de la recherche parmi les médecins généralistes, le CAMG met en place diverses initiatives telle que l'organisation d'un congrès en MG, des ateliers de recherche et les midis Philo-santé.

2. Concept théorique : la Motivation à la recherche

Afin de mieux comprendre les mécanismes qui permettent de stimuler la recherche en médecine générale, nous allons dans ce deuxième chapitre, nous intéresser au concept de motivation appliqué à la recherche.

La motivation est un concept important en psychologie car elle influence une variété de comportements humains. Cette notion se réfère à l'ensemble des forces internes et externes qui initient, dirigent et soutiennent les actions vers un but spécifique. Dans le contexte académique, la motivation à la recherche est indispensable pour contribuer au progrès scientifique et à l'innovation. Nous explorerons brièvement explorer les différentes théories de la motivation, leurs applications dans le domaine de la recherche, et la façon dont elles peuvent être optimisées pour favoriser l'engagement et la participation des chercheurs.

Plusieurs théories tentent d'expliquer la motivation. Parmi les plus influentes, on trouve la théorie des besoins de Maslow, la théorie de l'autodétermination, et la théorie des attentes. Dans son ouvrage « *Motivation and Personality* », Abraham Maslow propose une hiérarchie des besoins. Pour lui, les individus sont motivés par la satisfaction de besoins progressifs, allant des besoins physiologiques de base aux besoins d'accomplissement de soi (Maslow, 1943).

Cette théorie est pertinente pour comprendre ce qui pousse les chercheurs à s'engager dans des projets académiques, où les besoins de reconnaissance et d'accomplissement de soi jouent un rôle prépondérant (Parks et al., 2021). Par ailleurs, Edward Deci et Richard Ryan (1985) développent la théorie de l'autodétermination. Ils y distinguent motivation intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque découle de l'intérêt et du plaisir inhérents à la tâche elle-même. La motivation extrinsèque, quant à elle, est liée à des facteurs externes plutôt qu'au plaisir de réaliser l'activité. Cette distinction est déterminante dans le domaine de la recherche, où la motivation intrinsèque est souvent un indicateur de créativité et d'innovation (Ryan & Deci, 2020). Une étude d'Horodnic et Zait (2015) montre que la motivation intrinsèque est positivement corrélée à la production scientifique, tandis que la motivation extrinsèque y est liée aussi, mais de façon négative. Les résultats de cette étude montrent ainsi que les chercheurs qui trouvent un intérêt et une satisfaction personnelle dans leur travail sont plus productifs, malgré les obstacles. En revanche, ceux qui sont motivés principalement par des récompenses externes tendent à détourner leurs efforts vers des activités qu'ils jugent plus avantageuses.

La théorie des attentes de Victor Vroom, (1964) suggère que les individus sont motivés à agir d'une certaine manière lorsqu'ils croient que leurs efforts mèneront à une performance réussie, et que cette performance entraînera des résultats souhaités³². Cette théorie est particulièrement intéressante dans la recherche, où la perception de la valeur des résultats peut fortement influencer l'engagement et la persévérance des chercheurs (Van den Broeck et al., 2019).

La motivation à la recherche peut également être influencée par divers facteurs individuels et contextuels. Les motivations intrinsèques qui attirent une personne vers la recherche seraient principalement la curiosité intellectuelle, le désir de contribuer à l'avancement des connaissances, et la satisfaction personnelle. En ce qui concerne les motivations extrinsèques, les dominantes seraient les perspectives de carrière, les récompenses financières, la reconnaissance académique ainsi que les attentes et exigences institutionnelles. Notons que la curiosité intellectuelle est souvent citée comme une motivation centrale pour les chercheurs. Elle pousse les individus à explorer de nouvelles idées, à poser des questions innovantes, et à chercher des réponses approfondies (Schmidt & Rotgans, 2020). Les récompenses extrinsèques telles que les subventions de recherche, les publications dans des revues prestigieuses, et les prix académiques peuvent également motiver les chercheurs. Cependant, une dépendance excessive à ces facteurs pourrait nuire à la motivation intrinsèque (Amabile, 1996). Un environnement de recherche stimulant et collaboratif peut également renforcer la motivation. La présence de mentors inspirants, de collègues encourageants, et de ressources adéquates est cruciale pour maintenir un haut niveau d'engagement (Van Steenbergen et al., 2018).

De manière plus spécifique, un article de D'Arrietta, Vangaveti, Crowe et Malau-Aduli (2022) examine les facteurs qui influencent la motivation des professionnels de santé à entreprendre des recherches. Cette étude identifie des barrières et des freins en se basant sur la théorie de l'attente-valeur-coût (EVC) et l'autodétermination (SDT). Les barrières principales incluent le manque de connaissances, de compétences, et de temps dédié à la recherche, ainsi que le manque de financement et de soutien organisationnel. Elle confirme également le lien de corrélation sur la productivité scientifique d'Horodnic et Zait cité plus haut. En effet, les professionnels de la santé ayant des valeurs intrinsèques élevées d'accomplissement dans la recherche montrent une motivation plus élevée et stable malgré les obstacles. Pour ce qui est

³² Motivation= Expectative x Instrumentality x Valence. La motivation est le produit de la croyance en sa capacité à réussir (expectative), de la croyance que cette réussite sera récompensée (instrumentalité), et de la valeur accordée à cette récompense (valence) (Vroom, 1964)

des facteurs facilitateurs, les principaux identifiés sont la formation en recherche, les programmes de mentorat, et une culture organisationnelle. Ces résultats mettent donc en lumière l'importance de promouvoir des attitudes positives et de fournir un soutien adéquat pour renforcer la motivation des professionnels de santé à s'engager dans la recherche.

L'étude de Leysen et al. (2019) sur le recrutement des médecins généralistes pour une recherche en soins palliatifs en Belgique a mis en lumière que, malgré un intérêt initial élevé pour la recherche, le manque de temps et d'expérience des protocoles de recherche limite leur engagement. Pour surmonter ces freins et encourager cette motivation, l'étude conclut qu'il est important de fournir un soutien adéquat et de simplifier les processus de recherche.

Quant aux étudiants en médecine, les motivations intrinsèques et extrinsèques seraient les mêmes que celles exposées précédemment (Stone et al, 2018). Cette étude fait une revue systématique sur les perspectives des étudiants en médecine concernant la recherche au cours de leur formation de premier cycle à l'échelle mondiale. Elle y relève l'importance de l'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance des étudiants en leurs capacités à mener à bien des projets de recherche. En effet, les étudiants qui se sentent compétents et bien préparés sont plus susceptibles d'être motivés à s'engager dans la recherche. Le manque de temps, les pressions académiques, le manque de ressources et de soutien institutionnel ainsi que des barrières socio-économiques et culturelles constituent quant à eux les principaux freins à leur motivation.

L'étude de Van Maele et al. (2021), en collaboration avec le CAMG, révèle que la motivation à la recherche des étudiants en dernière année de médecine en Belgique est principalement influencée par la valeur perçue de l'activité de recherche³³. Cette valeur perçue inclut l'intérêt personnel pour la recherche, l'utilité pour leur future carrière, et le sentiment d'accomplissement à participer à de tels projets. L'étude met en évidence l'importance de renforcer ces perceptions positives pour encourager les intentions de recherche parmi les étudiants. Il est également mentionné que les expériences positives des étudiants ayant fait de la recherche pendant leur cursus augmentent significativement leurs intentions futures à s'engager dans la recherche. Selon l'article, pour maximiser l'engagement des étudiants en recherche, les facultés de

³³ Dans la théorie Expectancy-Value-Cost (EVC) la valeur d'une activité est une combinaison de plusieurs éléments : l'importance perçue de cette activité pour l'identité personnelle (attainment), son utilité pour atteindre des objectifs spécifiques à court ou long terme (utility), et le plaisir intrinsèque qu'elle procure (interest).

médecine devraient intégrer des opportunités de recherche non obligatoires et offrir un soutien adéquat pour développer l'intérêt pour la recherche.

Pour conclure cette partie nous pouvons affirmer que la motivation est un concept clé pour comprendre et améliorer l'engagement dans la recherche, tout en gardant à l'esprit que l'intention de recherche n'est qu'un reflet de l'engagement futur réel en recherche. Les théories de la motivation offrent des cadres utiles pour analyser les motivations intrinsèques et extrinsèques qui influencent les personnes à s'engager ou pas dans des activités de recherche. En créant un environnement de recherche favorable et en reconnaissant les diverses sources de motivation, les institutions académiques comme le CAMG peuvent favoriser une culture de recherche dynamique et productive.

3. Méthodologie

Ce mémoire constitue donc une deuxième étape, un prolongement d'un projet de recherche action qui a démarré, en juin 2022. Les objectifs des responsables de la cellule du CAMG étaient de faire le point sur les conditions de développement de la recherche en M.G et d'identifier les actions à mettre en place pour stimuler la recherche en MG.

3.1 Le projet de recherche action, étape 1

En juin 2022, Gregory Dallemagne, chercheur anthropologue au CAMG, a donc été chargé des premières investigations. Il est d'ailleurs l'investigateur principal de ce projet.

La recherche action qu'il initie a pour objectif principal d'établir un diagnostic sur les freins et les leviers à la constitution d'une communauté de chercheurs en médecine générale ainsi que sur les forces et les faiblesses du CAMG dans son activité de recherche. Elle cherche, comme ce mémoire, des éléments de réponse à la question de recherche suivante: "Comment stimuler la recherche en médecine générale?"

Lors de la première étape de cette recherche, Gregory Dallemagne, chercheur anthropologue au CAMG a organisé une série d'ateliers de réflexion qui réunissaient différents membres du CAMG, des médecins généralistes maîtres de stage et d'autres personnes impliquées dans l'organisation de la formation et de la MG autour du CAMG.

Cette démarche qualitative visait à encourager les membres du centre et les autres parties prenantes à échanger leurs réflexions autour de la recherche au sein du CAMG. En tant qu'investigateur principal, Gregory Dallemagne a planifié et réalisé différents ateliers d'intelligence collective. Lors de ces rencontres, il a joué un rôle de facilitateur pour accompagner les personnes participantes dans leurs réflexions.

L'équipe de la cellule recherche du CAMG, en particulier Cécile Ponsar, ont soutenu sa démarche par un soutien scientifique, méthodologique et organisationnel. Cette dernière a aussi contribué à la planification et à la réalisation de la recherche action et de manière ponctuelle à la collecte et l'analyse des données pertinentes pour le projet.

3.2 Source et collecte des données

Pour mener les rencontres d'intelligence collective, l'investigateur a principalement privilégié les techniques de World Café et de Focus Group.

3.2.1 Techniques d'investigation et formats de discussion

Le World Café est un format de discussion structurée qui permet à de grands groupes de personnes d'échanger en organisant plusieurs sous-groupes et en changeant de table à intervalles réguliers pour croiser les idées et les perspectives. Les conversations sont guidées par des questions prédéfinies pour chaque table et les idées principales sont collectées et synthétisées afin d'amener vers une discussion de groupe plus large.

Le Focus Group est quant à lui, une technique de recherche qualitative qui réunit un groupe restreint de personnes pour discuter de manière guidée sur un sujet spécifique sous la direction d'un modérateur. Cette méthode permet de recueillir des opinions, des perceptions et des idées approfondies grâce aux interactions entre les participants.

3.2.2 Les rencontres, les formats et les thèmes

Plusieurs rencontres, réunissant deux types de participants, ont été nécessaires pour collecter les données sur lesquelles se base ce mémoire. Certaines de ces rencontres ont réuni des membres du personnel, d'autres, des médecins généralistes en lien avec le CAMG par leur fonction de maître de stage (voir point 3.2.3)

Voici en détail la liste chronologique de ces ateliers (voir aussi annexe)

Le 24 juin 2022, dans les locaux du CAMG, une réunion de certains membres du personnel du CAMG autour d'un travail de réflexion sur l'institution et organisée autour de la question « ce qui nous a amené là où nous en sommes ». Cet atelier a réuni environ 5 personnes durant 40 minutes.

Le 10 septembre 2022, à Lille deux World Café, organisés lors d'une rencontre CAMG avec des enseignants et des maîtres de stages liés au CAMG.

Le premier de ces World café a eu lieu, le matin. Le deuxième l'après-midi avec deux groupes différents.

Pour chaque atelier, le groupe était divisé en quatre équipes de 4 à 5 personnes qui passaient à quatre tables différentes: à chaque table, ils devaient livrer leurs réflexions autour d'une question spécifique pendant 20 minutes. Ces questions étaient les suivantes:

Table A: "Comment sensibiliser les étudiants à la recherche en MG dès le master ?"

Table B: "Comment stimuler l'intérêt des assistants pour la recherche en MG ?"

Table C: "Comment les maîtres de stages du CAMG peuvent-ils stimuler l'intérêt pour la recherche chez les assistants ?"

Table D: "Comment stimuler les médecins généralistes du CAMG à faire de la recherche?"

Le 15 octobre 2022, à Marche, deux World Café organisés avec des maîtres de stages, l'un le matin, l'autre l'après-midi, avec des groupes différents. Les deux groupes réunissaient chacun une douzaine de personnes. Ces personnes ont été divisées en deux équipes pour passer d'abord à une table qui abordait la question "quels sont vos besoins pour faire de la recherche en MG ?" puis à une autre table abordant "Le sens qu'à la recherche en MG pour vous ?". Chaque passage à la table durait 20 à 30 minutes.

Nos données tiennent aussi compte d'un enregistrement du "debriefing" post-ateliers avec les animateurs de ces World Café.

Le 19 novembre 2022, à Mons, deux World Café organisés avec des maîtres de stage

Comme pour les World Café de Marche, les groupes étaient de taille similaire et les deux tables reprenaient ces deux questions.

Le 03 décembre 2022, à Louvain-la-Neuve, deux World Café organisés avec des maîtres de stages selon les mêmes paramètres que les World Café de Marche et de Mons

Le 23 mars 2023, à Marche, deux Focus Group organisés l'un le matin et l'autre, l'après midi autour de la question "qu'est ce qui est bien, à éviter, à améliorer au CAMG ?". Ces focus group ont duré une cinquantaine de minutes pour celui du matin et une demi-heure pour celui de l'après-midi. Ils réunissaient chacun une moyenne de 7 maîtres de stages.

Un moment de bilan de l'équipe organisatrice organisé à l'issue de ces deux ateliers.

Le 29 mars 2023, à Mons, deux Focus Group gardant la même structure que les focus group de Marche, avec la même question et un nombre similaire de participants, tous maîtres de stage également. Les deux ateliers ont duré une cinquantaine de minutes. Le debriefing de l'équipe organisatrice s'est réalisé quelques jours plus tard, le 7 avril 2023.

Parallèlement à ces rencontres, Grégory Dallemagne a aussi mené des entretiens individuels avec des membres du CAMG et des doctorants. Ces entretiens ne s'inscrivent toutefois pas dans le corpus de données que nous avons analysées.

Cette première phase de récolte des données a permis d'établir un diagnostic général.

Ensuite, le projet a prévu une phase de recherche qui permettra d'analyser en profondeur les données récoltées et aboutir à des productions d'intérêt pour la communauté scientifique.

C'est dans le cadre de cette deuxième étape du projet que les données qualitatives recueillies nous ont été confiées afin que nous les analysions dans la présente étude

L'analyse développée dans cette étude devrait précéder une étape de mise en place de stratégies et d'actions visant à stimuler la recherche en MG au CAMG.

3.2.3 Echantillon

Les ateliers dont sont issues les données sur lesquelles se base ce mémoire ont réuni deux types de participants: d'une part des participants qui font partie du CAMG et d'autre part, des médecins généralistes qui n'ont de lien avec le CAMG que par leur statut de maîtres de stage.

Ces médecins maîtres de stage au CAMP, doivent être diplômés de médecine générale depuis un minimum cinq ans minimum et participer à des formations continues organisées annuellement par le CAMG.

Ces deux types de participants permettent de recueillir des regards différents sur la recherche en MG et sur les actions à mener.

Les premiers, participants qui font partie du CAMG ont une vision de l'intérieur et des opinions influencées par la connaissance du contexte de l'organisation.

Les seconds, médecins généralistes, maîtres de stage pour le CAMP, n'ont pas une connaissance approfondie de l'organisation et donc posent un regard plus externe sur

l'organisation et sur la recherche en MG. Ces acteurs de terrains enrichissent en outre les discussions par leur expérience professionnelle de terrain.

3.3 Gestion des données

Une quantité significative de données a été recueillie lors de ces entretiens participatifs. Au total, le corpus à analyser comptait une vingtaine d'heures d'enregistrement.

Ces données ont été analysées pour fournir des orientations de réponses à notre problématique. Notre analyse est sémantique: elle se concentre sur le sens des mots et des phrases pour comprendre les idées exprimées par les participants.

Dans un premier temps, nous nous sommes d'abord familiarisée avec les données, les opinions et jugements des personnes interrogées, sans aucune connaissance préalable à propos de la recherche en MG, du CAMG, des conditions des étudiants et des médecins généralistes et sans avoir fait de revue de littérature.

Ce mode de travail nous a permis d'avoir une approche inductive fondée sur les données et non sur des connaissances préexistantes (Denis, Guillemette, & Luckerhoff, 2019). Nous avons donc commencé ce processus par une "lecture flottante" (Baribeau, 2009), en découvrant l'ensemble du contenu des enregistrements et en prenant quelques notes.

Les entretiens ont été ensuite retranscrits par un logiciel via la plateforme Henallux, bien que ces résultats soient souvent imparfaits, nécessitant des corrections des mots et phrases au cours d'une deuxième écoute.

Nous avons ensuite entamé une phase de codage, pour le traitement thématique des informations. Pour cela nous avons utilisé le logiciel Taguette. En écoutant simultanément les enregistrements, nous avons minutieusement examiné les données afin d'assigner des codes à des segments spécifiques incarnant des concepts ou des idées. Ainsi, nous avons pu mettre en lien et catégoriser ces codes en thèmes émergeant de ces données.

Suite à la décision d'utiliser l'outil SWOT pour notre analyse, un deuxième codage a été nécessaire. Durant ce codage, nous avons classé les données selon les quatre catégories SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces). Ce codage s'est réalisé en s'appuyant une nouvelle fois sur l'écoute des enregistrements pour veiller à saisir les intentions des participants

lors des échanges. Cette méthode nous a permis d'avoir une compréhension approfondie et structurée des données, facilitant ainsi leur interprétation et leur conceptualisation en vue de la construction plus détaillée de notre analyse SWOT.

3.4 Analyse des données

Pour analyser les données recueillies par Gregory Dallemagne, nous avons utilisé la méthode d'analyse SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats), initialement conçue pour élaborer un diagnostic stratégique d'un système, d'une organisation, d'un territoire, etc. Cette technique est souvent utilisée pour réaliser des audits d'organisations, ou pour l'évaluation rapide de programmes, par exemple. Elle repose sur l'analyse de l'environnement interne et externe de l'entité concernée. Son utilisation nous a semblé pertinente dans le cadre de ce projet, qui porte sur les conditions de promouvoir la recherche au sein du CAMG.

Cette technique d'analyse repose sur une conception a priori dichotomique et binaire de la réalité (limite), mais permet cependant de visualiser rapidement les facteurs impliqués dans une problématique particulière. En outre, il présente l'avantage d'être (en apparence du moins) facile d'utilisation. Cependant, cette facilité d'utilisation est somme toute relative, étant donné que plus la problématique est complexe, plus il est difficile de distinguer entre les facteurs internes et externes pris en considération (voir plus loin).

En opposant les forces et les faiblesses internes à l'organisation, de même que les opportunités d'évolution et les menaces extérieures du système dans lequel elle est insérée, cet outil permet de mettre à jour des « tensions » internes (sur lesquelles elle peut avoir un certain niveau de contrôle) et externes propres au système dans lequel elle s'insère, mais sur lesquelles elle ne peut agir. Faire l'analyse SWOT d'une organisation peut être très utile pour aider les managers à prendre les bonnes décisions. Cependant, il faut bien avoir à l'esprit que les résultats d'une telle analyse sont amenés à varier selon les étapes d'évolution d'une organisation.

D'un point de vue méthodologique, une analyse SWOT repose à la fois sur le jugement des différentes personnes concernées par l'organisation et par la problématique analysée, et sur des données factuelles comme des publications, des bilans financiers, etc. Pour recueillir leur jugement, différentes techniques (entretiens, audit, groupe de discussion, wordcafé, etc.)

peuvent être utilisées, pour autant qu'ils permettent l'expression libre des participants sur certains résultats, indicateurs, etc.

L'analyse SWOT produit des résultats qui sont donc largement subjectifs et qualitatifs, mais qui reposent sur l'appréciation des personnes les mieux informées et les mieux placées pour juger de la question étudiée. Pour cela, il convient de rassembler ces personnes et de les faire participer à toutes les étapes de l'analyse. La dimension participative de la démarche permet ainsi d'assurer l'appropriation des résultats de l'analyse par ceux qui l'alimentent. Ce type d'analyse ne cherche donc pas particulièrement à atteindre un consensus, mais à prendre en compte la diversité des points de vue, et donc la complexité de la question abordée.

Dans le cas qui nous concerne, l'utilisation de cette technique d'analyse suppose de considérer le CAMG comme une « organisation³⁴ » (ayant d'ailleurs la forme juridique d'une association sans but lucratif) créée pour atteindre des objectifs particuliers (l'enseignement, la recherche, la formation des étudiants en MG), et qui se situe au sein d'un contexte particulier ou d'un « système » : le système universitaire, et plus précisément le système des études médicales.

3.4.1 Étape 1 : identification des facteurs jouant un rôle dans le développement d'un aspect particulier de l'organisation étudiée

L'utilisation de l'outil SWOT a pour objectif d'identifier les « facteurs » qui peuvent avoir une influence sur un aspect particulier de l'organisation étudiée, comme ici la recherche au CAMG, et d'analyser la manière dont ils peuvent s'articuler entre eux.

L'outil SWOT a pour particularité de rassembler ces facteurs sous 4 catégories :

³⁴ De manière générale, on considère qu'une organisation se définit comme une construction sociale qui présente une division des tâches entre les acteurs qui en font partie, par une distribution des rôles qu'y jouent ces acteurs, par un système d'autorité, par un système de communications, et par un système de contribution-rétribution. Voir à ce sujet Bernoux P., *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 1985, pp. 118-120.

3.4.1.1 Les « forces » (ou les « atouts », les « avantages »)

Une « force » est ici considérée comme un aspect positif de l'organisation étudiée, et sur lequel elle peut compter dans le futur pour atteindre ses objectifs. Dans le cas qui nous concerne, l'existence d'une Cellule de recherche au sein du CAMG peut être considéré comme un atout.

3.4.1.2 Les « faiblesses »

Une « faiblesse » est envisagée comme un aspect négatif interne propre à l'organisation. L'absence d'académiques pouvant encadrer des thèses de doctorat constituait par exemple une faiblesse évidente du CAMG dans son objectif de développer la recherche.

L'identification des forces et des faiblesses de l'organisation permet de définir des orientations internes d'amélioration portant sur la structure (organigramme et relations entre agents) et le fonctionnement interne.

3.4.1.3 Les « opportunités » externes

Les opportunités peuvent être comprises comme les conditions extérieures favorables qui peuvent jouer en faveur de l'organisation, et dont elle peut tirer profit, mais pour autant que ses acteurs détiennent les compétences nécessaires. Il pourrait s'agir, par exemple, de l'engouement des jeunes étudiants vivant en Belgique à se lancer dans des études de médecine universitaire, des conditions favorables à l'obtention d'une bourse de recherche, etc.

3.4.1.4 Les menaces

Les menaces, quant à elles, sont les conditions internes et extérieures défavorables au développement de l'organisation, et dont elle doit « faire avec ». Il peut s'agir par exemple du turn over de ses membres (menace interne) ou l'arrivée dans le système de concurrents (menace externe).

Au contraire des forces et des faiblesses de l'organisation qui permettent d'identifier des lignes de développement internes, les opportunités et les menaces permettent, quant à elles, de définir des orientations de développement relatives au positionnement de l'organisation dans le système externe dans lequel elle évolue.

Ce qu'il est important de bien saisir dans l'utilisation d'une telle analyse, c'est qu'un même facteur ou élément peut être à la fois une opportunité et un danger, suivant le jugement des uns et des autres, ou de l'angle d'analyse.

3.4.2 *Étape 2: Analyse*

Une fois les différents facteurs identifiés, il convient de voir comment on peut tirer le meilleur parti de la situation analysée. Pour cela, il convient de se poser une dizaine de questions correspondant aux 10 relations possibles

3.4.2.1 Questions relatives aux **forces** de l'organisation :

- *Comment maximiser les forces?*
- *Comment les utiliser pour tirer au mieux parti des opportunités ?*
- *Comment faire en sorte qu'elles compensent les faiblesses ?*

3.4.2.2 Questions relatives aux **faiblesses** de l'organisation

- *Comment minimiser les faiblesses?*
- *Comment corriger les faiblesses en tirant au mieux parti des opportunités ?*
- *Comment minimiser l'effet des faiblesses et des menaces*

3.4.2.3 Questions relatives aux **opportunités**

- *Comment maximiser les opportunités?*
- *Comment utiliser les forces pour tirer parti des opportunités ?*
- *Comment corriger les faiblesses ne tirant parti des opportunités ?*

3.4.2.4 Questions relatives aux **menaces**

- *Comment minimiser l'effet des menaces ?*
- *Comment utiliser les forces pour réduire les menaces ?*
- *En quoi les opportunités permettent-elles de réduire l'effet des menaces ?*

4. Analyse de la Situation Actuelle (Analyse SWOT)

4.1. Forces

4.1.1 Le soutien de la cellule recherche

Certains participants s'expriment sur le soutien apporté par le CAMG lors de leurs activités de recherche.

Un maître de stage a eu l'occasion d'encadrer les travaux de fin d'études (TFE) de recherche-action de plusieurs assistants avec le soutien du CAMG. Il a trouvé cette collaboration très fructueuse et se dit très satisfait par l'encadrement scientifique apporté. « *J'ai eu la chance, évidemment, de pouvoir demander de l'aide à quelques experts du CAMG qui encadrent cela. Sans le recours à ces expertises, on aurait vite l'impression de ne pas bien faire les choses, simplement par manque de formation.* »

4.1.2 Communication avec le CAMG

Certains participants au Focus Group de Marche trouvent le site internet du CAMG bien structuré, apportant rapidement des réponses à leurs questions.

D'autres intervenants trouvent qu'ils sont bien avertis des différentes formations organisées avec des rappels quelques jours avant qu'elles aient lieu.

Grâce à l'offre du CAMG, les maîtres de stages disent avoir ainsi la certitude de pouvoir réaliser les heures de formation continue requises.

Le CAMG est jugé par plusieurs personnes comme « *réactif* » dans l'échange de mails. Un maître de stage participant apprécie la proximité avec l'équipe du CAMG : « *On se sent comme dans une famille même si on ne connaît pas tous les membres de cette famille* ».

4.1.3 Les formations

« *Je suis toujours enchanté de ces réunions une fois par an, même si on doit s'extraire un peu de son quotidien moi je repars toujours vraiment avec l'impression d'être moins idiot que quand je suis arrivé.* »

Certains saluent le contenu des formations qu'ils disent « de qualité, avec des intervenants et des sujets intéressants ». Le CAMG organise des réunions plénières sur des sujets, ce qui pour

une participante favorise « *la participation active de tous les membres avec des temps de partage en petits groupes* ».

Pour un autre intervenant, ces formations « *suscitent de l'intérêt pour un sujet. Lors des formations classiques on s'inscrit à un sujet qui nous intéresse et c'est toujours un peu biaisé. Ici ça nous force à nous éveiller à des sujets qu'on n'aurait pas naturellement si on avait dû s'inscrire, c'est une ouverture vraiment intéressante.* »

Un autre apprécie le partage de connaissances lors de ces formations : « *On fait la connaissance de gens intéressants variés chaque année, des gens qui ne sont pas médecins mais qui ont à nous apprendre et qui ouvrent sur autre chose que nos pratiques et nos problématiques.* »

4.1.4 Les compétences et l'expérience de l'équipe

L'un des membres de la cellule de recherche du CAMG s'exprime sur l'effort qu'elle a fait pour sortir de ces a priori : « *J'avais une vision très négative des médecins généralistes dans le domaine de la recherche, pour moi ils manquaient de rigueur et n'étaient pas véritablement des scientifiques. J'ai passé du temps dans les cabinets à aider les médecins généralistes. Cette expérience sur le terrain m'a permis de changer ma vision sur leur place dans la recherche et de mieux leur réalité.* » Cette nouvelle vision est pour elle positive pour sa collaboration avec eux.

4.1.5 Le CAMG pour introduire la recherche dans l'enseignement

A propos des cours d'EBM organisés par le CAMG, une enseignante confie qu'initialement les étudiants « *ne comprenaient pas l'utilité de ces cours et ne voyaient pas son application dans la pratique. Plus tard, ils réalisent que l'EBM est un outil précieux* ». Elle ajoute que bien que ces cours soient insuffisants pour former entièrement les étudiants à la recherche, ils constituent un premier pas important dans cette direction.

En ce qui concerne les travaux de recherche effectués au cours du cursus de médecine, le mémoire de recherche clinique est cité plusieurs fois dans les échanges au cours du world café de Lille car il représente pour les étudiants, une occasion de s'initier à la recherche en médecine générale. L'une des intervenantes salue l'effort de la faculté de médecine d'avoir introduit des cours de méthodologie et d'autres réformes afin que ce travail soit cadré davantage et les

étudiants mieux soutenus dans cette démarche. L'une des membres du CAMG ajoute qu'une initiative similaire est en cours dans le master complémentaire afin d'encadrer les assistants dans leur TFE.

Il est également mentionné que des modifications sont prévues dans le cadre des stages. Le CAMG met en place chaque semaine des moments de partage d'expériences : l'étudiant peut venir avec les questionnements et les remarques à propos de ce qu'il a vécu en stage. L'idée est de les encourager à approfondir certaines questions par la collaboration avec leur maître de stage, en initiant ainsi de petites recherches sur des sujets spécifiques.

4.1.6 L'implication des maîtres de stage

Plusieurs maîtres de stage ayant participé aux discussions des "world café" ont exprimé leur motivation et leur intérêt pour la recherche en duo avec leurs assistants. Leur principale motivation est la nécessité de « *se remettre en question* » dans leur pratique. Ils souhaitent également renforcer le questionnement et la prise de recul des assistants dans leur formation. Pour une majorité des participants, la formation continue est indispensable pour un médecin généraliste. *"Tout système d'apprentissage fonctionne s'il y a un feedback. Pas de feedback, pas d'apprentissage. Donc faire de la recherche en médecine générale me permettrait d'avoir un feedback sur ma pratique."* De pouvoir compter sur des maîtres de stages motivés et intéressés par la recherche constitue une force pour le CAMG.

Un maître de stage décrit une collaboration fructueuse avec son assistante. Il lui a délégué ses consultations pour se concentrer sur la rédaction d'un article et en contrepartie il aidait l'assistante avec son travail de fin d'études. Ce modèle d'échange offre un soutien mutuel et permet de dégager du temps pour des activités spécifiques.

Un autre décrit cette expérience enrichissante : *« l'assistante était proactive, désireuse de suivre des cours supplémentaires et d'écrire, ce qui a créé une dynamique positive et motivante. L'organisation de réunions régulières pour discuter des avancées scientifiques et des cas problématiques cela a été pour lui une expérience très enrichissante et positive. »*

Plusieurs intervenants évoquent les avantages du travail avec un assistant. Au-delà de l'aspect financier et organisationnel, les assistants offrent un regard neuf et interrogent des pratiques non remises en question depuis longtemps, ce qui plait aux maîtres de stage : *"Je pense que les assistants ont beaucoup à nous apporter. Ils ont le temps. Ils ont envie de vous faire savoir*

qu'ils savent quelque chose que nous, on ne connaît pas. On est tous contents de le savoir aussi."

En outre, leur participation à la recherche pourrait également augmenter la légitimité et la visibilité des médecins généralistes, facilitant l'obtention d'assistants, surtout dans les petites localités. Cela est un facteur de motivation pour les médecins car beaucoup expriment avoir besoin d'assistants.

En consolidant ces initiatives, et ces « forces », le CAMG vise à créer une culture de la recherche solide et dynamique, en formant et en soutenant les médecins généralistes et les étudiants dans leurs efforts de recherche. Ces efforts comprennent l'introduction aux méthodologies de recherche, mais aussi l'encouragement à la collaboration et au partage des connaissances, renforçant ainsi le développement de la recherche en médecine générale.

4.2. Faiblesses

4.2.1 Le manque d'information et de formation à la recherche

L'une des faiblesses significatives identifiée à travers les entretiens est le manque d'information et de communication du CAMG envers les étudiants et les médecins généralistes concernant les opportunités de recherche. Cela limite l'engagement des professionnels de santé dans les projets de recherche, limitant ainsi l'objectif de développer la recherche en médecine générale.

Ensuite, une confusion persistante règne parmi les médecins et étudiants en ce qui concerne la nature et les objectifs de la recherche en médecine générale. *"Je sais que la médecine générale fait de la recherche mais je ne sais pas ce qu'ils cherchent, où ils cherchent et comment ils cherchent"*. Ce manque de visibilité et de clarté sur les activités de recherche rend difficile pour les médecins de comprendre et de s'engager dans ces initiatives. Notons que l'absence de cours spécifiques sur la recherche en médecine générale pendant les études accentue cette lacune.

Un autre participant a souligné cette incohérence : *"En psychologie, en santé publique ils ont des cours de statistiques et des cours de recherche clinique et nous en médecine générale zéro, ce n'est pas logique"*.

Dans la formation en médecine générale il y a un manque d'explications et de contextualisation concernant la théorie enseignée. En effet, les étudiants ne reçoivent pas suffisamment d'informations sur le contexte historique des avancées des sciences médicales, ni les bases

théoriques. Ils ne sont pas toujours informés des différentes recherches qui ont conduit aux connaissances et pratiques actuelles. Une recommandation d'un des participants s'applique à cela : *adopter un modèle de cours basés sur des résultats de recherche* (concept de research based Learning/teaching).

En ce qui concerne les assistants en médecine générale, ils ne sont souvent pas informés des opportunités de recherche disponibles pendant leurs stages. Certains maîtres de stage souhaitent intégrer des éléments de recherche dans la formation des assistants pour renforcer leurs compétences professionnelles. « *Les assistants devraient savoir qu'il existe l'opportunité de faire de la recherche en collaboration avec le maître de stage et au cours de leurs stages* ». Il en est de même avec la possibilité de devenir étudiants chercheurs. Ce statut offre des avantages tels qu'un temps dédié à la recherche, une valorisation financière et une intégration dans une équipe de recherche. Cependant, ce statut est encore peu connu, en particulier au sein de la MG. « *En MG est-ce qu'ils existent ? On n'en connaît pas* ». Certains participants ont suggéré de promouvoir davantage ce statut, notamment lors des Séminaires Locaux-Régionaux (SLR).

Ce manque d'information fait également stagner des représentations et des a priori erronés des médecins généralistes et des étudiants envers la recherche. Plusieurs participants expriment percevoir la recherche comme un domaine prestigieux et inaccessible. « *J'ai l'impression que la recherche c'est comme un club d'initiés (...) il y a une espèce de mur dont on ne sait pas très bien ce qu'il se passe derrière, un truc un peu secret* ». Cette perception d'exclusivité et de manque de transparence créant une barrière psychologique pour les médecins généralistes et les décourage à s'engager dans des activités de recherche.

De plus, selon un enseignant du CAMG, la majorité des étudiants imaginent la recherche scientifique comme se déroulant principalement « *dans un labo, avec des souris* ». Leur perception de la recherche est souvent limitée à une vision traditionnelle et expérimentale. Ils ne semblent pas connaître la recherche en tant qu'études cliniques, qu'enquêtes épidémiologiques, que recherches qualitatives... Il est donc nécessaire de redéfinir et de clarifier cette vision limitante de la recherche.

La recherche qualitative en plus d'être sous-représentée dans la formation est également souvent méconnue des enseignants.

Le CAMG a donc une responsabilité dans la diffusion de ces informations essentielles à l'engagement des étudiants et des médecins généralistes dans la recherche. Ce manque de communication constitue une faiblesse significative du CAMG. Il est essentiel d'améliorer la

visibilité des opportunités de recherche, de fournir une formation adéquate en méthodologie de recherche et de créer des canaux de communication efficaces pour développer la recherche.

4.2.2 *Engagement des Maîtres de Stage*

Une autre faiblesse significative identifiée est l'engagement insuffisant des maîtres de stage dans la formation et la recherche.

Selon un enseignant, une grande majorité des maîtres de stage prennent des assistants principalement pour des raisons financières, plutôt que pour un véritable engagement dans la formation des futurs médecins. Il ajoute que ces maîtres de stage ne forment pas adéquatement leurs assistants au métier de médecin généraliste et ne contribuent pas non plus à la recherche, malgré le fait que cela devrait être une part importante de leurs responsabilités académiques.

De plus, certains maîtres de stage n'ont absolument aucune idée des possibilités et des pratiques actuelles de la recherche.

Pour améliorer cette situation, il serait bénéfique de sélectionner les maîtres de stage en priorité parmi ceux qui sont engagés dans une activité de recherche ou qui souhaitent s'y initier. Cette approche pourrait servir d'instrument de sélection pour garantir que les maîtres de stage soient motivés et impliqués dans la recherche.

Il est crucial de familiariser les maîtres de stage avec les exigences de la recherche, telles que les comités d'éthique, l'accord des patients, et toutes les étapes préalables nécessaires avant de tester une procédure ou un médicament chez un patient. En outre, il est important d'encourager les maîtres de stage à pratiquer la lecture critique d'articles. Par exemple, lors d'une réunion, « *s'il y a une question clinique, ils devraient être capables d'évaluer si un article est valable ou non, et comprendre les raisons de sa validité ou de sa non-validité.* » De plus, un autre intervenant souligne que quand un assistant pose une question à son maître de stage, ce dernier devrait pouvoir l'aider à la traduire en question de recherche.

Selon un enseignant, les assistants ne demandent jamais si leur maître de stage est impliqué dans la recherche lorsqu'ils choisissent un maître de stage. Cela pose la question de savoir comment les maîtres de stage peuvent mieux communiquer et promouvoir leur participation à une communauté de chercheurs, afin d'attirer des assistants intéressés par la recherche et de valoriser cet aspect de leur pratique.

Cette lacune impacte la qualité de l'encadrement des assistants et limite l'intégration des pratiques de recherche dans la médecine générale.

4.2.3 Formation trop tardive

« Ils ne connaissent rien sur les outils de la recherche, car ça ne fait pas partie des fondements de l'enseignement traditionnel. »

Un des maîtres de stage critique, en premier lieu, un cadre d'enseignement qui ne favorise ni l'imagination ni le questionnement chez les étudiants. *“Les jeunes ont encore une capacité scientifique qu'ils perdent par l'enseignement type 'reproductif' qui ne leur demande jamais d'imaginer ni de se questionner, il suffit de répéter. Ils sont trop peu mis en situation où ils doivent eux-mêmes répondre à une question, solutionner un problème.”* Un autre participant ajoute que les étudiants sont formatés et focalisés sur la pathologie sans chercher à comprendre. Ils suivent simplement les guidelines de manière scolaire, absorbant l'information sans être réflexifs ou participatifs. *« Ils sont contents parce que le patient est content mais les mystères de la consultation ne sont pas élucidés”.*

À la sortie de l'université, les médecins disposent principalement de connaissances théoriques et de peu de pratique. Bien que l'expérience pratique s'accumule naturellement, l'accès à la formation en recherche reste limité, ce qui complique le développement de compétences dans ce domaine particulier *“Les formations spécifiques à la recherche sont rares et on a du mal à trouver du temps pour s'auto-former »* Ce manque de formation continue en recherche limite la capacité des médecins à se lancer dans des projets de recherche, surtout en début de carrière. Le manque de formation initiale a donc des conséquences durables. Comme l'indique un participant : *“On fait de très bons médecins mais pas des chercheurs”*, pour lui, ce n'est qu'après l'obtention de leur diplôme que certains commencent à se poser des questions et à s'intéresser à la recherche. Cependant, à ce stade, il est souvent trop tard pour développer pleinement ces compétences. La nécessité de gagner un salaire et les responsabilités familiales empêchent souvent les jeunes médecins de se consacrer à la recherche, comme le fait remarquer une participante. Un autre participant ajoute que les médecins n'auraient éventuellement du temps à la recherche qu'en vieillissant et lorsque leurs enfants gagnent en autonomie.

Le CAMG doit reconnaître que le manque de formation en démarche scientifique dès le début du cursus universitaire constitue une faiblesse majeure. Cela retarde considérablement l'initiation des médecins généralistes à la recherche et limite leur contribution potentielle à la recherche médicale. Pour remédier à cette situation, il est essentiel d'intégrer des modules de recherche dans le cursus initial, d'encourager la réflexion critique et de fournir des opportunités de recherche tout au long de la formation des médecins généralistes.

4.2.4 Manque de retours

Il est également essentiel de donner un retour sur les publications et les résultats de recherche. Bien que ces résultats puissent prendre plusieurs années à se concrétiser, il est crucial que les médecins généralistes ayant contribué à ces recherches soient informés des avancées. Ces retours permettent aux praticiens de constater l'impact de leur participation, enrichissent leur pratique clinique avec des connaissances fondées sur des preuves et favorisent un échange continu de savoirs entre chercheurs et praticiens. Le CAMG s'engage à fournir ces retours pour renforcer la collaboration et la confiance mutuelle.

4.2.5 Les formations de maîtres de stage

Pour une maître de stage, « *les places partent vite pour certaines formations* », elle exprime un sentiment de frustration car pour ne pas être limité dans le choix des formations « *il faut être réactif* ».

Un autre participant exprime son besoin « *d'avoir une vision claire et de comprendre le pourquoi des programmes proposés* » lors des formations.

Lors du Focus Group de Marche, une participante ne trouve pas cohérent de ne pas réunir maîtres de stages et assistants lors des formations : « *Nous on a nos formations, les assistants ont leurs formations, pourquoi on ne pourrait pas nous réunir autour d'une table avec des assistants et maitres de stages en étant encadrés par vous et échanger* ». Cela éviterait selon elle le cloisonnement entre assistants et maîtres de stage. Plusieurs maîtres de stage déplorent, en effet, le manque d'espace pour échanger entre maîtres de stage et assistants. « *L'aspect présentiel est important avec les différentes catégories, les assistants...avoir des espaces de réflexions présentiels, des idées qui puissent remonter et que ce ne soit pas le CAMG qui propose des sujets.* »

4.2.6 Le TFE comme expérience négative

Le TFE représente souvent la première et unique occasion pour les assistants de s'engager dans la recherche. Cependant, cette opportunité est souvent mal perçue et vécue comme une obligation plutôt que comme une expérience enrichissante. *« Le TFE est obligé donc forcément il y a contrainte et la conséquence est que c'est contreproductif pour faire un travail scientifique, ça donne un dégoût à la plupart des étudiants. Au lieu de donner envie de faire un travail scientifique, "plus jamais ça" ne c'est souvent leur conclusion. »* Ce maître de stage souligne le sentiment général de frustration et de contrainte autour du TFE. Un autre participant ajoute : *« Je n'ai jamais eu un assistant qui trouvait ça génial de faire son TFE. C'est une contrainte qui est en plus. »*

Pour un autre maître de stage, ce ressenti est d'autant plus amplifié pour les étudiants qui tentent d'aborder certains sujets innovants : *« Ceux qui ont un travail original qui sort un peu du carcan mais qui font un travail sociétal sont découragés à fond pour le faire, ils sont sabotés dans leur travail. »*

« Mon assistant déjà commencé son affaire et en fait, on lui a demandé de repasser au comité d'éthique alors que la collecte de donnée était faite. On a perdu du temps là-dedans. Ce n'était pas bien identifié les personnes ressource sur lesquelles on devait s'appuyer, ça a fait du ping-pong au CAMG. » Ce participant souligne un manque de clarté et de communication concernant les personnes ressources. Cette confusion peut mener à des pertes de temps significatives et à une inefficacité globale du processus.

Par ailleurs un intervenant critique l'attitude du CAMG concernant la qualité, la pertinence et la diffusion des TFE : *« Je trouve que le CAMG a beaucoup poussé pour qu'il y ait des TFE qui fassent joli et je trouve que ce n'est pas utile. La moitié des assistants font ça parce qu'ils sont obligés, ça ne les intéresse à moitié pas et ça n'aide personne parce qu'ils sont à moitié pas diffusés. »*

« Les sujets qui doivent être de qualité, plus que la rédaction du TFE. Et là je pense que la communauté pourrait proposer des sujets, si ce n'est pas des sujets de recherches alors des sujets de TFE. La deuxième chose c'est la diffusion de ces TFE. Je suis très malheureux qu'il

y ait tant de savoir qui soit produit et qui soit lu par deux personnes. Je trouve qu'il y a un vrai travail à faire sur la production de ces TFE. »

Enfin, le manque de formation et de soutien adéquat est, pour certains, un obstacle supplémentaire : *« On n'a pas nécessairement la formation là-dedans c'est décourageant. En plus ils n'ont pas de sujets, ils ne savent pas sur quoi faire. S'il y avait des sujets proposés avec un petit encadrement plus construit déjà, ce serait plus une motivation qu'une contrainte. »* Il est suggéré que les sujets de TFE devraient être idéalement proposés par la communauté académique.

4.2.7 Qui fait quoi?

Plusieurs participants expriment un désir fort de recevoir une formation adéquate, d'avoir des propositions ou des pistes de recherche, et de pouvoir s'intégrer dans une équipe de recherche, mais il leur manque des informations sur la manière de procéder pour y parvenir. La plupart expriment une méconnaissance des services offerts par le CAMG pour les assister dans cette voie. Une maître de stage souligne que le manque d'information communiquées sur le CAMG limite la découverte des possibilités offertes par le centre :

« Il n'y a pas beaucoup d'interactions avec le CAMG, pour qu'on découvre les possibilités, il faut plus d'interactions. Savoir ce qui se fait au CAMG pas seulement la gestion de l'assistant. Plus d'infos par mail. On ne vous connaît pas, l'équipe, qui fait quoi, qu'est ce qui se fait ».

Un participant insiste sur le besoin de présenter davantage le CAMG au cours de réunions, de SLR, de formations, et avec un site internet accessible et des contacts faciles à trouver.

Il est pour eux également crucial de relayer les appels à projets de recherche, afin de s'assurer que ces informations parviennent aux médecins de terrain. *“Les appels à projets de recherche ne parviennent pas jusqu'à nous”.*

Il est proposé de créer un espace membre en ligne pour les médecins généralistes, espace doté d'une plateforme qui centraliserait toutes les formations, les actualités, et les nouvelles recherches lancées, très claires afin d'éviter la dispersion des informations. Il est également important pour les participants que les sujets de recherche en cours et à venir soient présentés avec des descriptions détaillées, des objectifs clairs et des méthodologies précises. Rassembler

toutes les informations importantes sur un site internet bien structuré permettrait de maintenir les membres informés sans les submerger de multiples courriels.

4.3. Opportunités

4.3.1 Développement intellectuel et satisfaction personnelle

Selon les médecins généralistes participants, la recherche en médecine générale représente un défi intellectuel stimulant qui contribue à leur développement personnel et leur bien-être intellectuel.

Entrer dans un processus de recherche « *oblige aussi à être bon et performant* » et « *exige de l'audace* » mais également de se remettre en question, « *cela permet de dépasser ses propres limites* »

S'engager dans la recherche permettrait aux médecins de sortir du « *ras-le-bol* » et du burn-out qui menace beaucoup d'entre eux. Ils sont confrontés à de nouvelles questions et perspectives. Cela « *ouvre des fenêtres différentes de réflexion sur l'existence* », ce qui est essentiel pour maintenir leur motivation et leur bien-être dans le métier.

Certains perçoivent également la recherche comme l'occasion de « *laisser une trace* » mais aussi d'influencer les lecteurs et d'enrichir la connaissance collective. « *C'est une démarche personnelle d'avoir envie de porter une idée plus loin, répondre à une aspiration* ». « *C'est d'être un acteur dans cette amélioration. Donc participer un petit peu à l'effort de guerre.* »

Enfin le fait d'être associé à la recherche peut attirer par son côté prestigieux, et être perçu comme un signe de qualité. Il y a une certaine satisfaction personnelle à être reconnu pour ses efforts en recherche : « *Peu importe le degré d'égo, ça fait plaisir.* »

4.3.2 Amélioration de la pratique

Les médecins présents aux ateliers ont presque unanimement convenu que l'implication dans des activités de recherche leur permettrait d'améliorer la qualité des soins. En évaluant et en remettant en question leurs compétences et pratiques, ils peuvent offrir des soins plus efficaces et actualisés à leurs patients. Plusieurs participants se disent très motivés à faire de l'assurance qualité.

La recherche est également vue comme « *une mise à jour nécessaire* », permettant aux médecins de rester à jour avec les dernières avancées médicales. Cette amélioration continue est fondamentale pour eux afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

“Je crois que la première chose, ce serait d’évaluer la qualité par rapport à mon cabinet. Est-ce que telle ou telle chose est bien faite ?”

4.3.3 Éviter les dérives et maintenir le sens critique

« Ça peut nous éviter d’avoir tendance à devenir des charlatans, parce qu’on entend tellement des recettes de ceci ou de cela qui sont données par celui-ci ou par celui-là. On est parfois tenté d’essayer, parce qu’on a des retours qui sont positifs »

Faire de la recherche permet également aux médecins généralistes d’éviter de tomber dans des pratiques non fondées scientifiquement, souvent influencées par des retours positifs mais non validés. En participant à des recherches, les médecins peuvent garder un sens critique et une rigueur scientifique dans leur pratique, assurant ainsi la légitimité et la crédibilité de leurs actions. *« Plus rigoureux, légitime dans ce qu’on représente vis-à-vis de l’ensemble de la médecine. »*

Cela aide à « *gérer l’errance thérapeutique et l’incertitude* » inhérente à leur métier, en modifiant constamment leurs perceptions, outils et concepts grâce aux publications issues de leur domaine.

4.3.4 Application des guidelines adaptés

« Les guidelines c’est bien sur le papier... » Les médecins généralistes déplorent que souvent les guidelines existantes ne sont pas adaptées à la réalité de leur pratique. Ces guidelines et l’EBM proviennent de la médecine hospitalière et sont en général « très spécialisées à telle ou telle pathologie ». Un autre intervenant souligne que certaines pathologies spécifiques à la médecine générale sont rarement vues par les spécialistes. Les généralistes éprouvent donc un sentiment de lassitude face à ces situations répétitives en pratique clinique, sans qu’on y trouve de solutions claires.

Lorsque les médecins atteignent les limites de leurs connaissances et capacités, ils peuvent ressentir le besoin de s’ouvrir à la recherche pour trouver de nouvelles réponses. En s’engageant dans la recherche en médecine générale, ils contribuent avec leur expertise unique à l’élaboration de directives plus appropriées pour gérer ces conditions. L’un des participants parle

d'éviter les « *catastrophes* » cliniques, comme des hospitalisations qui auraient pu être évitées, parce qu'on a suivi aveuglément des directives inadaptées. Ce genre « d'ennuis » sont délétères pour la réputation des médecins généralistes qui souhaitent rester crédibles et pertinents dans leur pratique.

Bien que « *les deux médecines se complètent, s'imbriquent* », la médecine générale reste « *différente des traitements hospitaliers dès le départ* ».

Des guidelines adaptées à la médecine générale supposent de prendre en compte l'intégralité de la personne et d'être transposables à un grand nombre de situations et de contextes propres à la première ligne.

4.3.5 Témoins privilégiés et légitimité scientifique

« *La recherche aurait bien plus intérêt à se centrer sur des éléments dans lesquels on se sent compétent, on se sent acteur et surtout témoin privilégié.* »

Les médecins généralistes possèdent une connaissance approfondie de leurs patients et de leur environnement, ce qui est un vrai atout pour une compréhension globale des phénomènes. Leur expérience pratique « *très large* » les place comme témoins privilégiés des problématiques de santé, rendant leur contribution à la recherche très pertinente.

« *On ne les regarde pas à travers un organe ou une pathologie, mais on connaît leur famille, on voit où ils dorment, où ils mangent... On a une connaissance des gens dans leur globalité qui fait qu'on est tout à fait légitime pour faire de la recherche* »

Bien que la plupart des praticiens interrogés sont conscients d'avoir besoin de se former dans la recherche, leur légitimité dans ce domaine n'est pas négligeable du fait de leur position sur le terrain et leur raisonnement clinique.

4.3.6 Réappropriation de la médecine générale

« *C'est une façon directe de reprendre le contrôle, le destin de la profession. De faire connaître plus notre métier et de pouvoir nous défendre aussi, d'être reconnus.* »

Les médecins généralistes ont conscience qu'ils ont besoin de la recherche en médecine générale pour reprendre le contrôle et le destin de la profession. Mener des recherches en médecine générale permet de transmettre des données scientifiques et des revendications aux décideurs : « *Au moins on a quelque chose de solide à opposer* ».

Pour eux, il est essentiel de trouver un équilibre entre fournir des soins de qualité, rester à jour et défendre la façon dont ils travaillent, « *être entendus* ».

De plus, une des membres du CAMG donne une perspective optimiste sur l'avenir de la recherche en médecine générale. Elle dit que, bien qu'il y ait eu des préjugés considérant la médecine générale comme un choix par défaut, il y a maintenant un changement de perception. Le milieu universitaire et la Faculté de médecine reconnaissent de plus en plus la médecine générale comme une spécialité à part entière et encouragent la recherche dans ce domaine reconnu comme spécifique.

En outre, l'une des participantes signale que, dans d'autres pays comme l'Australie et les Pays-Bas, les systèmes de soins de santé sont fortement organisés autour des médecins généralistes, et les données issues des soins primaires jouent un rôle crucial dans l'organisation et l'optimisation des services de santé.

4.3.7 Relation renforcée avec les patients

« Ça change de notre relation habituelle, on peut tisser d'autres liens. »

Certains suggèrent que la participation des patients à des projets de recherche peut changer la dynamique de la relation patient-médecin, en impliquant davantage les patients dans la prise en charge de santé de leur propre santé. En plus de renforcer les liens et d'améliorer la compréhension mutuelle, cette nouvelle dynamique peut encourager les patients à favoriser leur santé. Ces derniers trouveraient donc de nombreux avantages à ce processus de recherche.

« C'est gagnant gagnant, c'est vraiment pour que le patient y gagne, mais également que le médecin y gagne. »

Un autre point de vue est de considérer le patient comme un client, soulignant que la satisfaction de ses besoins est essentielle. Cette satisfaction pousse les médecins à s'améliorer constamment et à se remettre en question, ce qui les oblige à s'engager dans la recherche. La participation à des activités de recherche est donc vue comme un minimum nécessaire pour répondre aux attentes et besoins des patients.

4.3.8 Se réunir et collaborer

Face à l'isolement de la pratique individuelle, la recherche offre l'opportunité de se réunir et de créer des communautés autour du savoir. Au-delà des dodécagroupes et des GLEM, un participant évoque le concept de « coalitions apprenantes ». Ces coalitions permettent une collaboration stratégique visant à atteindre des objectifs communs et à produire des résultats tangibles d'une façon plus formelle et proactive. Le but de cette démarche est d'améliorer les

pratiques cliniques et de faciliter la formation continue des médecins et le partage d'informations. « *Quand plusieurs cerveaux réfléchissent sur une question, la réponse peut être plus intelligente* ».

Une médecin évoque un projet en cours qui vise à fusionner tous les cercles de médecins généralistes du Brabant Wallon. Ce regroupement de plus de 400 médecins est destiné à améliorer la reconnaissance, la défense des intérêts communs et à avoir un impact plus significatif lors des négociations, notamment concernant les services de garde. Cette initiative pourrait également être mise au service de la recherche collaborative et du partage de connaissance en réunissant un plus grand nombre de médecins généralistes autour d'une même table.

Par ailleurs, une personne met en avant les avantages des pratiques de groupe pour l'aménagement du temps des médecins généralistes. Cette structure collaborative offre une flexibilité précieuse grâce à un relais de praticiens auprès des patients. Cela permet donc à chacun de se former et de participer à la recherche sans compromettre les soins aux patients et son organisation.

“Il faut tisser plus de collaboration et pas toujours dans la sphère médicale.”

Les participants mettent aussi l'accent sur la collaboration interdisciplinaire. S'associer avec des universités et des centres de recherche peut offrir des ressources supplémentaires et aider à renforcer la rigueur scientifique exigée pour les études. Il est crucial de tisser des collaborations au-delà de la sphère médicale, en incluant des experts d'autres domaines, tels que des ingénieurs. L'intégration de ces experts peut apporter des perspectives innovantes et des solutions technologiques à la médecine générale. S'unir avec d'autres spécialités médicales et avec des chercheurs en sciences sociales pour des projets de recherche intégrés peut aussi être un moyen de s'ouvrir de nouvelles perspectives et d'enrichir ainsi les approches de la médecine générale.

4.3.9 La médecine générale internationale

« C'est vraiment fondamental, il faut être provoqué par l'extérieur, il faut s'ouvrir, il faut sortir. »

Il est important, comme le dit un participant, de noter que la médecine générale à l'international présente une richesse et une exigence souvent méconnues en Belgique, avec une production scientifique considérable. Il est donc important de s'ouvrir à l'international et de tirer profit de

ce qui existe ailleurs en assistant à des conférences, des formations ou en tissant des collaborations.

“La médecine générale internationale, ce n’est pas celle qu’on imagine en Belgique. C’est un autre monde, infiniment plus riche, exigeant, qui publie énormément.”

4.3.10 Innovation et technologie

L’intégration de systèmes de dossiers médicaux informatisés (DMI) et de bases de données de santé permet de collecter et d’analyser des données de manière plus efficace. Cela facilite le stockage, le partage et l’accès aux informations médicales, améliorant ainsi la qualité des soins et la recherche médicale. *« Nous avons une mine d’informations inestimable dans notre base de données ».*

De plus, comme l’évoque un participant, le développement de nouvelles méthodologies, comme l’intelligence artificielle et le *« machin learning »* représente une avancée majeure pour la recherche. Ces technologies peuvent améliorer les capacités d’analyse et de prédiction en identifiant des schémas complexes dans les données de santé.

Une généraliste s’étonne que l’utilisation de profils patients anonymisés “patient profile” ne soit pas plus répandue pour des études cliniques et épidémiologiques. Ce type de profil représente selon elle, un potentiel énorme pour la personnalisation des soins, l’identification de tendances et le suivi des patients dans le temps.

Les intervenants de cette recherche ont donc cité plusieurs opportunités qui contribueraient tant à la motivation personnelle des médecins généralistes qu’à l’expansion de la recherche en médecine générale, d’un point de vue local et international.

4.4 Menaces

4.4.1 Le temps et les conditions de travail des médecins généralistes

Les responsabilités cliniques quotidiennes des médecins généralistes leur laissent peu de temps pour se consacrer à la recherche.

Certains participants expriment une forte motivation pour faire de la recherche, mais aussi un sentiment de surcharge et de priorités conflictuelles. *“Je suis déjà content quand je mange mon sandwich à midi, je ne vais plus à la salle de sport, donc, en termes de priorités, ça devient compliqué.”*

Le problème principal, selon eux, est de maintenir un service de qualité à la population tout en essayant de gérer ces autres responsabilités.

“Croître on y arrive sans problème mais décroître... Le problème, c'est le service à la population.” Il est en effet facile pour eux d'augmenter le nombre de patients mais compliqué de réduire la charge de travail. Cela risque de compromettre l'accès des patients aux soins.

« On est déjà en pénurie, on manque de tout. On a deux collègues qui arrêtent, des gens jeunes...Il y a des choses qui se passent. Donc il y a quand même une sorte de collapse. On est en mode survie. » Cet intervenant parle de la pénurie de médecins généralistes, ce qui rend difficile de réunir les conditions nécessaires pour faire de la recherche, bien que cela ait du sens. Il mentionne des cas concrets, comme un médecin qui se désespère ne pas avoir d'assistant, et d'autres qui arrêtent à cause de burn-out, y compris de jeunes médecins. Cela illustre, pour lui, un effondrement de la pratique en raison du manque de ressources humaines.

Les défis liés à l'évolution de la médecine incluent la réduction des heures de travail. La nouvelle génération de médecins travaille moins d'heures par semaine, limitant ainsi le temps disponible pour des activités supplémentaires comme la recherche. Cela est dû à un changement de mentalités quant au travail et à la féminisation de la profession avec les responsabilités familiales traditionnelles qui y sont associées. Ces facteurs nouveaux rendent la gestion du temps encore plus difficile.

« Les jeunes ne veulent pas travailler comme ça. Et ils ont raison mais ça veut dire que plus vous réduisez votre temps de travail, moins vous avez de temps. »

« Quand un médecin de notre expérience s'arrête, souvent il faut plusieurs jeunes médecins pour reprendre. »

“Je ne dis pas que ce n'est pas bien de prendre ce temps mais alors il faudra former beaucoup plus de médecins.”

De plus, bien que l'assistant soit souvent une aide, il peut en réalité augmenter la charge de travail. *« C'est un appel d'air. »*

« On est quand même dans un boulot où systématiquement les trucs en plus comme être ici aujourd'hui c'est en plus c'est hors de notre horaire et tout le monde trouve ça normal de passer des soirées en formation. C'est un sacerdoce ».

« Je ne veux pas que ça bouffe tout le reste de ma vie. Ça doit rester dans le cadre du boulot et alors le boulot doit être adapté et pour ça il y a des changements structurels à faire au niveau de la médecine pour qu'on puisse intégrer ça dedans et pas juste dire « ce n'est pas grave, ils feront plus d'heures, ils feront autrement ».

4.4.2 Ajouter de nouvelles tâches

“Est-ce qu'on est prêt à se mettre un truc en plus sur le dos”

Plusieurs participants expriment la difficulté d'intégrer des tâches supplémentaires, telles que la recherche, dans une consultation déjà chargée. Pour eux, les médecins sont très impliqués dans leurs consultations et il est difficile de changer des habitudes bien établies.

De plus, ajouter de nouvelles tâches dans le contexte actuel de leur pratique quotidienne leur semble irréaliste.

“Je ne ne suis pas arrivée à mettre ça dans ma consultation parce qu'il y a déjà tellement d'autres choses.” Pour eux les consultations sont déjà chargées et malgré la volonté de participer, il était impossible d'ajouter cette tâche sans négliger d'autres aspects importants de la consultation.

Un membre de la cellule recherche souligne la difficulté de faire participer les médecins à la collecte de données pour les études, même avec de bonnes compensations financières. Les protocoles d'étude sont souvent perçus comme lourds et chronophages. Pourtant, il s'agit

souvent de tâches simples, comme faire signer un consentement et encoder des informations anonymisées dans une plateforme accessible aux chercheurs, ce qui ne prendrait que 10 minutes de plus par consultation et il s'agirait d'encoder 50 patients par an, donc environ 1 par semaine. Malgré cela, elle déplore qu'il soit difficile d'obtenir la participation des médecins.

4.4.3 Les demandes des patients

“Tu seras tiraillée par ton conflit de loyauté avec tes patients. Ils t'appellent, « Docteur, vous êtes où ? Qu'est-ce qui se passe ? Je fais de la recherche, je ne suis pas là. » Mais ça, c'est mort, tu oublies c'est une catastrophe.”

Les participants expriment les difficultés auxquels un médecin généraliste peut être confronté lorsqu'il doit jongler entre ses responsabilités cliniques et ses activités de recherche. Cela ne compense pas le fait qu'ils doivent toujours voir le même nombre de patients. Ainsi, la rémunération ne résout pas le problème du temps nécessaire pour participer à une étude car cela représente un surcroît de travail au cabinet.

Il y a donc pour les médecins généralistes, une tension entre les obligations de recherche et la fidélité envers la patientèle, cette dernière étant considérée comme largement prioritaire. De plus, certains expriment que la demande des patients et les exigences administratives à leur égard ne cessent d'augmenter. Parfois les patients sont « *harcelants et veulent tout tout de suite* », exigeant des réponses immédiates, ce qui épuise les médecins. Ils se sentent unanimement débordés par ces sollicitations constantes.

4.4.4 Isolement professionnel

L'isolement est une réalité qui fait partie intégrante du métier de généraliste. Les médecins généralistes, qu'ils travaillent dans des environnements ruraux ou qu'ils pratiquent dans des villes, ont souvent un cabinet individuel.

Une participante critique le manque de cohésion et solidarité entre médecins généralistes car « *chacun est dans son coin* ». Elle souligne l'existence de syndicats mais peu de médecins y adhèrent. Il y a pour elle un déficit d'information et de communication, avec peu de lieux pour échanger des pratiques et des connaissances. Chacun développe ses propres méthodes, souvent partagées uniquement avec ses assistants, ce qui limite la diffusion de savoirs utiles à la profession.

Les médecins isolés peuvent avoir moins d'opportunités de collaborer avec d'autres chercheurs et de bénéficier de réseaux de recherche établis. Établir des partenariats avec des institutions de recherche ou des universités peut être difficile sans les connexions appropriées.

4.4.5 La recherche source de frustration

Plusieurs participants évoquent la réalité difficile de la recherche, où la majorité des projets ne n'aboutissent pas. Les personnes qui s'engagent dans la recherche doivent être très résilientes face à la déception, car seule une petite fraction des recherches aboutit à des résultats significatifs. La recherche est souvent marquée par des échecs et des frustrations. Les « *victoires sont rares* » par rapport au nombre total de projets lancés.

« Ce n'est pas la première étude auquel je participe qui n'arrive pas à son terme parce qu'il manque du budget. Il manque de budget et de l'énergie pour vraiment travailler ses données. »

Comme le dit cette participante, ces échecs peuvent aussi être liés à des ressources insuffisantes tant humainement que financièrement.

Contrairement à la pratique clinique, où les médecins sont régulièrement valorisés par leurs patients, la recherche est souvent une source de déception pour eux. Il est difficile pour eux d'avoir des retours critiques sur leur travail car ils n'y sont pas habitués. La recherche leur semble alors inaccessible. Il faut un certain niveau de rigueur pour développer un bon protocole et poser une question de recherche pertinente. Face à un tel niveau d'exigence, certains craignent de se lancer et d'être discrédités.

« Comment dédramatiser ou dédiaboliser cette peur d'écrire quelque chose ? »

De plus, un médecin critique le gaspillage de ressources dans le monde de la recherche, soulignant que beaucoup de temps, d'argent et d'efforts sont dépensés sans que les résultats soient pleinement exploités. La recherche pertinente doit aller jusqu'au bout, en implémentant et en communiquant les résultats de manière efficace. Cela inclut la publication, mais aussi la création de supports multimédia, d'ateliers et l'utilisation complète du potentiel des découvertes.

« On publie et puis hop, on passe à un autre projet, alors qu'il y a un trésor là qu'il faut implémenter, communiquer, et pas juste un article »

4.4.6 Préférence pour l'aspect pratique

Un praticien participant met en avant que beaucoup de gens choisissent la médecine générale pour son côté pratique, social et pour le contact humain, plutôt que pour le côté scientifique,

théorique de la recherche. Les médecins généralistes préfèrent souvent les interactions humaines directes, comme voir un patient lors d'une consultation, plutôt que de se consacrer à la recherche. Cependant, il est nécessaire de trouver un équilibre entre ces deux aspects.

Plusieurs rappellent être avant tout praticiens, prestataires de soins, dans l'aspect concret des choses.

4.4.7 La participation des patients

Selon un participant, les patients accordent plus d'importance à la gentillesse et à la confiance envers leur médecin qu'à son implication dans la recherche. Pour les patients, ce n'est pas un critère de qualité.

De plus, les patients peuvent être réticents à participer directement à des projets de recherche, surtout si cela implique des contraintes importantes. Cette réticence dépend également de la relation qu'ils ont avec leur médecin généraliste. Elle peut parfois néanmoins constituer un frein notoire à la recherche.

4.4.8 Disparité de financement et de la valorisation de la médecine générale

Obtenir des subventions pour des projets de recherche peut être difficile, en particulier pour les projets de recherche en médecine générale qui peuvent être sous-financés par rapport à d'autres spécialités.

L'un des participants du World Café de Mons s'étonne que seul un cinquième des recherches effectuées par le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) concerne la médecine ambulatoire, malgré le fait que le KCE soit financé par des fonds publics et que la médecine ambulatoire représente les soins de première ligne.

Par ailleurs, les actes intellectuels des médecins généralistes ne sont ni suffisamment reconnus ni valorisés. Il est essentiel de mettre en avant cet aspect de leur pratique, car il contribue à une médecine plus efficiente, bien que le soutien fédéral fasse défaut. La reconnaissance de ce travail est cruciale. Les décideurs ne réalisent pas la richesse des informations que peut fournir la médecine générale, ce qui pourrait, entre autres, contribuer à éviter des hospitalisations.

Les médecins généralistes résolvent la majorité des plaintes des patients (80%), alors que les hôpitaux reçoivent la majorité du budget de la recherche. Cela est considéré comme injuste par quelques participants car les généralistes traitent une tranche beaucoup plus large de la population, tandis que les hôpitaux voient des patients sélectionnés, d'une certaine manière.

Par ailleurs les cabinets de médecins généralistes n'ont pas toujours les ressources financières nécessaires pour soutenir les coûts de la recherche, Les équipements, les logiciels de recherche, et les frais de publication représentent un coût financier et cela peut être un frein aux initiatives de recherche.

4.4.9 Procédures administratives et éthiques

« Le comité d'éthique n'a jamais répondu...c'est terrible. Chaque fois qu'on veut faire quelque chose avec les patients qui est plus intéressant, le comité d'éthique freine. »

Les exigences administratives et les processus d'approbation pour mener des recherches peuvent être complexes et chronophages. Les réglementations éthiques peuvent être un obstacle majeur à la recherche pour les généralistes. Ces contraintes les poussent parfois à abandonner leur initiative.

Une participante souligne pour exemple la complexité du processus d'utilisation des données de son cabinet lorsqu'il s'agit de présenter ces données lors de congrès ou de les publier. Il est important de respecter les règles du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ce qui implique que le patient doit donner son accord et être informé de l'utilisation de ses données. Cette exigence ajoute une couche de complexité au processus de collecte de données et peut être un facteur démotivant pour les médecins.

“Le problème, c'est la récolte des données (...) Ça doit suivre des protocoles tellement stricts qui sont difficiles à mettre en place pour les généralistes. Vraiment, il faut prendre du temps, répliquer les infos, il faut que tout soit complet, dans le bon champ, au bon endroit, etc. Et on a déjà beaucoup de médecins généralistes qui ont envoyé tout péter”

Pour un des intervenants, il est d'autant plus difficile de faire cette démarche dans des cabinets comme le sien où une grande partie des patients ne maîtrisent pas bien le français et ne comprennent pas certains concepts. Expliquer la recherche et obtenir un consentement éclairé prendrait un temps énorme. De plus, le processus de consentement éclairé entraîne un biais majeur car ceux qui ne comprennent pas exactement les explications sont écartés et leurs données ne peuvent pas être exploitées. Cela qui conduit donc à l'exclusion d'une partie significative d'une patientèle comme la sienne.

4.4.10 Défis informatiques

Accéder aux bases de données scientifiques et aux publications nécessite du temps et demande une aisance informatique que certains médecins généralistes n'ont pas. Cela limite l'accès à l'information nécessaire pour mener une recherche rigoureuse. Par ailleurs Les cabinets de médecins généralistes peuvent manquer d'infrastructure technologique adéquate pour collecter, analyser et stocker les données de recherche. Certains voient l'informatisation de la médecine comme un fléau.

« La médecine générale c'était vraiment une passion, maintenant que je suis informatisée c'est un travail pour gagner ma vie (...) Ça m'a gâché la vie »

D'autre part, plusieurs participants parlent des défis liés à l'extraction des données des Dossiers Médicaux Informatisés (DMI). Bien que les DMI soient labellisés, la difficulté de transférer des dossiers médicaux d'un logiciel à un autre rend le processus complexe. La diversité dans la manière dont les informations sont notées dans les DMI complique l'extraction et l'exploitation des données. Il est donc nécessaire de standardiser l'encodage des informations pour faciliter leur utilisation.

“Il faudrait alors que tout le monde se mette d'accord. On met cette information-là sur cet item-là parce que sinon, on ne sait pas trouver l'info. On ne sait pas exploiter les données de cette façon si on l'encode tous de manière différente.”

L'un d'eux souligne que la rigueur des exigences pour obtenir la prime informatique implique un haut niveau de surveillance et de contrôle sur les médecins. Il exprime ainsi le sentiment d'être constamment observé et évalué dans le cadre de sa pratique.

4.4.11 Complexité de la médecine générale et transférabilité des résultats

Plusieurs participants expriment des doutes sur les aboutissements de la recherche en médecine générale. Pour eux c'est une médecine complexe en raison de la multitude de variables à considérer, telles que les variables humaines, variable de compliance des patients et des situations sociales contrairement aux spécialistes qui se concentrent sur un domaine spécifique. Cela joue sur la crédibilité de la profession. L'un s'interroge sur la manière de mener une recherche de qualité dans un domaine aussi nuancé et diversifié que la médecine générale. Pour lui c'est un défi presque insurmontable.

«La recherche en médecine générale, on met tellement de choses dedans, C'est difficile d'être crédible à partir du moment où on touche à tout»

Selon une autre participante, un autre défi de la recherche en médecine générale est « *la faible concentration de cas* » spécifiques traités par chaque médecin. Cela contribue également à un sentiment de légitimité réduit parmi les médecins généralistes, car ils ne se considèrent pas comme des spécialistes dans des domaines spécifiques comme la maladie de Crohn ou les addictions. Cela entrave pour eux le sens et la pertinence à la recherche en médecine générale. Cette faible concentration est également un problème lors de la sélection des patients des patients pour une étude. *« Il va falloir que je pense à chaque patient, est-ce qu'il peut aller dans mon étude ou pas ? Il y en a 19/20 qui ne vont pas rentrer dedans. Est-ce que j'ai vraiment le courage de m'infliger ça ? »*

De plus, le fait de devoir conformer leurs patients à des critères scientifiques spécifiques appauvrit leur travail, par nature très général, qui appréhende les situations cliniques dans leur globalité. Leur réalité clinique semble réduite au design de l'étude : *« les rentrées dans les cases scientifiques, c'est déjà appauvrir quelque part tout ce que tu fais comme travail ».*

Une autre participante émet également des réserves quant à la possibilité d'obtenir des conclusions différentes entre des études en médecine générale et d'autres spécialités médicales. Elle a des appréhensions sur la possibilité de changer ou d'adapter les pratiques actuelles en médecine générale sur la base de nouvelles conclusions issues des études. Elle n'est pas certaine que de nouvelles recherches mèneront à des modifications significatives des pratiques établies et de l'expérience accumulée.

« Ce n'est pas rare d'avoir une recherche qui contredise une autre... »

« Les études scientifiques qu'on lit, même les plus grandes revues, ça ne nous apporte rien dans notre pratique quotidienne. »

« Je pense que j'ai été formatée à subir, à avoir des recommandations qui viennent du dessus. Et à suivre un petit peu sans être actrice. Les besoins à mettre en place pour mener une étude, pour moi ce serait de me dire que si par exemple je mène l'étude à mon échelle, elle restera à mon échelle. À quoi elle servira, que l'impact ne sera pas assez fort. Alors que si je reçois des recommandations d'en haut, ils vont être appliqués parce que c'est national, c'est fédéral. Et moi ma petite étude, elle va faire quoi. Alors je laisse tomber. »

Au-delà de l'appréhension sur l'impact insuffisant des études en médecine générale, certains participant y anticipe des conséquences défavorables à leur pratique. *« On se pose toujours la question, mais qu'est-ce qu'il va y avoir derrière ? Qu'est-ce qu'on va nous imposer, etc. Donc,*

est-ce que ça va être applicable ? Plus de travail administratif, plus de contraintes dans la prescription, plus... »

Un travail administratif accru, des contraintes obligations supplémentaires, cette méfiance est exacerbée par l'idée que les efforts de simplification et d'innovation des décisionnaires peuvent souvent entraîner des contreparties négatives pour les médecins. *« On a l'impression systématiquement que ça va nous retomber dessus. À chaque fois qu'on nous propose quelque chose pour nous simplifier soi-disant la tâche, la contrepartie est toujours plus importante. »*

4.4.12 Peur de partager ses données

Un médecin exprime des préoccupations l'utilisation de ses données sans tenir compte de leur contexte. Il craint que, si ces dernières ne sont pas analysées par les médecins qui les ont récoltées, elles puissent être mal interprétées. Il donne pour exemple des statistiques sur la prescription d'antidépresseurs qui pourraient être mal comprises sans une contextualisation adéquate, pouvant conduire à des conclusions erronées et à des sanctions injustes de la part de l'INAMI.

Pour lui, trop souvent les recherches et les statistiques sont utilisées stigmatiser ou critiquer les médecins, même ceux qui suivent les règles. Il cite une expérience personnelle où l'INAMI lui a envoyé des articles scientifiques pour prouver l'inefficacité d'un dispositif qu'il avait prescrit, bien que ce dispositif ait été remboursé. Cela a renforcé ainsi sa méfiance envers la recherche et le partage des données.

Un autre médecin mentionne également des inspections intrusives de l'INAMI dans les cabinets, comparées à des "débarquements de la GESTAPO", soulignant que la pression administrative oblige les médecins à se concentrer davantage sur l'encodage des données plutôt que sur l'examen des patients. Il déplore que, malgré les avancées technologiques en science et en épidémiologie, la qualité de l'interaction humaine et du raisonnement médical en pâtisse.

4.4.13 Réticence des patients

Selon certaines études, les patients accordent plus d'importance à la gentillesse et à la confiance qu'ils ont en leur médecin qu'à son implication dans la recherche. Pour les patients, ce n'est pas un critère de qualité.

De plus, les patients peuvent être réticents à participer directement à des projets de recherche, surtout si cela implique des contraintes importantes. Cette réticence dépend également de la relation qu'ils ont avec leur médecin généraliste. Cependant elle peut constituer un frein notoire à la recherche en médecine générale.

4.4.14 Discordances des idéaux

« Le KCE, j'aime bien, mais leur motivation ne sont pas toujours les mêmes que les nôtres. Le KCE, c'est réduire la facture. On ne peut pas se contenter de ça. »

Selon certains intervenants, il existe une disparité dans les motivations entre les médecins généralistes et les organismes de l'État en matière de recherche. Alors que ces organismes se concentrent principalement sur la réduction des coûts de santé, les médecins généralistes privilégient des soins de qualité et centrés sur le patient, au-delà de la simple optimisation des dépenses.

De plus, deux médecins disent avoir participé à certaines recherches facilitées par les firmes pharmaceutiques. Ils ont trouvé qu'elles étaient souvent simplistes et orientées vers la promotion de produits plutôt que vers la recherche scientifique rigoureuse. Ces études, bien que faciles à réaliser et financièrement intéressantes pour les participants, manquent de valeur scientifique et de pertinence clinique avec des objectifs principalement commerciaux.

“C'étaient des recherches sans doute biaisées c'est vrai au départ et liées aussi à la sympathie et à la connivence avec le délégué.”

4.4.15 Appréhension des médecins généralistes envers le milieu universitaire

Plusieurs participants expriment éprouver peu de sympathie pour le milieu universitaire. Cela est dû souvent à des expériences négatives cours de leur formation initiale ou continue. De plus, ils ont l'obligation d'assister à des formations continues ce qui est vécu comme une perte de temps plutôt qu'une opportunité d'amélioration professionnelle car leurs priorités diffèrent. Ils expriment une incompatibilité entre pragmatisme clinique et théorie académique. Le milieu universitaire est souvent perçu comme bureaucratique et lent, avec des processus administratifs complexes, en contraste avec la nature plus directe de la médecine générale.

Au-delà de se sentir peu reconnus par la sphère académique ils critiquent le fait que celle-ci soit favorisée dans l'obtention de budgets pour des projets. Cela peut également alimenter un certain ressentiment.

5. Pistes d'amélioration et d'innovation

Au cours des échanges, les participants ont exprimé leurs suggestions de changements positifs à mettre en place pour parvenir à encourager la recherche en MG. Nous allons maintenant examiner ces suggestions qui devraient permettre d'optimiser l'utilisation des données recueillies. Ces suggestions pourraient ainsi servir de base pour élaborer des actions et des recommandations visant à favoriser le développement de la recherche.

Rendre la recherche réalisable et accessible

Pour attirer plus de médecins généralistes vers la recherche, il est crucial de rendre celle-ci plus réalisable et accessible. Pour cela les participants recommandent de :

- mener des études à petite échelle pour diminuer la peur liée à la recherche
- démystifier la recherche et la rendre accessible à tous, au lieu de la réserver à une élite intellectuelle.

Fournir un kit de recherche

Les médecins généralistes ressentent le besoin de disposer d'un « kit de recherche » ou d'une boîte à outils disponible, contenant des ressources théoriques pour les aider dans leurs processus de recherche. Ce kit pourrait inclure des guides sur la lecture critique d'études, la formulation de questions de recherche, l'analyse des données et l'interprétation des résultats.

Renforcer les formations en Master

Il est nécessaire de renforcer certaines branches des formations en master pour combler les lacunes des assistants en matière de recherche. Des cours sur la lecture d'études, la formulation de questions de recherche pertinentes, l'analyse de données et la pensée critique devraient être intégrés au cursus. Un participant suggère l'utilisation du MOOC «Pensée Critique » sur EDX comme outil obligatoire pour apprendre à évaluer la qualité d'une démarche scientifique et en identifier les biais.

Apporter un soutien logistique

Les médecins ont besoin d'aide logistique pour la collecte et l'analyse des données. Des référents en statistiques et en gestion des bases de données seraient bénéfiques pour assurer

l'intégrité et la qualité des données recueillies. Des formations à des outils pour « nettoyer » les bases de données sont également nécessaires.

Accroître la visibilité des projets de recherche

Il est essentiel de visibiliser davantage les propositions et les questions de recherche pour permettre aux médecins de s'y inscrire facilement, comme pour les formations continues. Un retour sur l'utilité des données et sur les résultats de la recherche est crucial pour maintenir la motivation des participants. Comme mentionné dans la partie faiblesses du SWOT, tous ces renseignements pourraient être repris sur une plateforme informative.

Clarifier les conditions de participation

Les médecins généralistes ont besoin de conditions de participation claires, incluant un objectif précis, un encadrement adéquat et une durée concrète pour chaque projet de recherche. Cette clarté rassure les médecins et leur permet d'évaluer la faisabilité de leur engagement.

Utiliser les TFE pour encourager la recherche

Les étudiants devraient avoir la possibilité de choisir parmi des sujets de recherche proposés par le CAMG, ce qui contribuerait à leur activité de recherche en médecine générale et assurerait un bon encadrement de ce travail. Former les enseignants à la recherche qualitative et les protocoles associés via des formations en e-learning pourrait également être bénéfique.

Présentations de projets de recherche

Inviter des chercheurs à présenter leurs projets lors des réunions de groupes déjà en place comme les dodécagroupes pourrait aider les médecins à comprendre les types d'informations nécessaires, les objectifs des recherches et le temps d'engagement requis. Utiliser ces présentations de chercheurs comme un outil pour informer et motiver les médecins à s'engager dans la recherche.

Collaboration avec les GLEM

Il est important de ne pas ignorer les groupes existants, tels que les GLEM (Groupes Locaux d'Évaluation Médicale), pour les intégrer dans de nouvelles initiatives de recherche et de partage de connaissances.

Formation et motivation des enseignants

Il est recommandé de former les enseignants à la recherche qualitative et quantitative. L'introduction, dans le cursus de médecine de cours spécifiques sur la recherche en médecine générale, articulés avec des cours d'EBM (Evidence-Based Medicine), et la mise en place de formations continues certifiantes via des plateformes comme Excellencis seraient bénéfiques.

Encourager l'Engagement des Étudiants

Créer des clubs de recherche pour les étudiants, similaires aux kots à projets, et valoriser le travail des étudiants par des récompenses, comme le prix du meilleur travail de fin d'études (TFE), pourrait susciter leur intérêt pour la recherche dès le début de leurs études.

Cette reconnaissance pourrait être étendue au duo maître de stage et assistant. Un participant propose pour cela d'organiser des célébrations et des présentations de publications.

Structurer les Mandats et Gérer le Temps

Une gestion réaliste de la disponibilité des médecins est essentielle pour leur permettre de s'investir de manière significative dans la recherche sans compromettre leurs autres responsabilités. Prévoir des mandats plus conséquents pour les maîtres de stage et les maîtres de conférence invités pourrait améliorer l'intégration de l'enseignement et de la recherche.

Réduire les Tâches Administratives

Alléger les tâches administratives des médecins en utilisant des supports et des canevas prédéfinis, pourrait faciliter leur participation à la recherche. La proposition de créer un volet recherche dans la liste des actes tarifés sur les plateformes des MG est également une piste à explorer comme incitation financière.

Encourager les Mandats de Recherche

Faire des appels à projets et promouvoir des mandats de recherche plus substantiels pour inciter les médecins à s'engager dans des activités de recherche est une stratégie recommandée. Cela inclut la création de partenariats et de collaborations avec d'autres institutions de recherche.

Reconnaître et valoriser les efforts

Organiser des événements de reconnaissance pour célébrer les réussites et les contributions des médecins et des étudiants à la recherche pourrait motiver davantage de participants. La valorisation par la gratitude et la reconnaissance publique est un puissant moteur de motivation.

Les participants insistent également sur le besoin d'avoir des retours sur les recherches auxquels ils ont participé, même plusieurs années après leur contribution.

Ces suggestions visent à créer un environnement propice à la recherche en médecine générale, en rendant celle-ci plus attrayante et accessible aux médecins généralistes et aux étudiants. Apporter le soutien nécessaire et valoriser les efforts des participants sont des points importants que ces derniers attendent du CAMG. Le développement de la recherche en médecine générale au sein du CAMG dépendra de la mise en œuvre de stratégies allant dans ce sens.

6. Conclusion

En conclusion, il est évident que les médecins généralistes ont autant besoin de la recherche en médecine générale que la recherche a besoin d'eux. Cette interdépendance converge en une préoccupation commune : garantir que les questions viennent du terrain et que les résultats de la recherche soient pertinents et applicables dans la pratique. Parvenir à cela impliquerait que la recherche s'adapte aux réalités des médecins généralistes et que les généralistes parviennent à intégrer la recherche dans leur travail.

La méthode d'analyse SWOT nous a permis de comprendre l'importance du CAMG dans le développement de la recherche en médecine générale et son champ d'action. Elle a également permis d'identifier les attentes des médecins généralistes à son égard.

En effet, les différents contextes des entretiens collectifs nous offrent la possibilité de comprendre l'état d'esprit des participants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la structure universitaire du CAMG. Cela nous mène à une compréhension plus globale des priorités stratégiques du CAMG en matière de développement de la recherche en médecine générale.

Les participants de cette étude ont exprimé que leurs conditions de travail étaient peu propices à de nouveaux engagements tels que la recherche. Cependant, ils ont tous manifesté un intérêt pour la recherche en médecine générale, tant dans leurs questionnements scientifiques, que dans les processus ou les résultats obtenus. Cette curiosité doit être exploitée à des moments opportuns de leur carrière. La responsabilité du CAMG dans cela est d'informer, former, réunir, soutenir, de proposer et de valoriser

Informer en intégrant la recherche en médecine générale dans le cursus médical et en fournissant aux potentiels participants les informations nécessaires à leur engagement. Former par des modules et la promotion de formations continues destinés aux médecins généralistes. Réunir en créant une communauté apprenante autour de la recherche ; la dynamique positive créée par le partage de connaissances renforce le sentiment d'appartenance à une communauté scientifique et professionnelle engagée (Nistor, Daxecker, Stanciu, & Diekamp, 2015). Soutenir en offrant un cadre clair et un soutien adapté aux capacités des médecins généralistes. Proposer en rendant visibles les projets de recherche, en tissant des collaborations, en composant des binômes étudiant-praticien. Enfin, valoriser en optimisant l'attrait pour la recherche et en

mettant en lumière les réussites. Ces conclusions issues de nos données confirment par ailleurs plusieurs résultats d'études mentionnées dans notre introduction.

Notre analyse SWOT nous permet donc de mieux identifier les améliorations réalisables et applicables par le CAMG et l'UCLouvain, tout en distinguant les menaces, souvent associées à des problématiques plus globales liées à la profession de médecin généraliste.

Cependant, pour obtenir une appréciation complète de la situation, les perspectives des étudiants et des assistants en médecine générale manquent à notre analyse. Leur parole et leur vision de l'enseignement et la recherche en MG auraient enrichi l'élaboration de recommandations et identifié des éléments à tenir en compte pour lever les freins à leur engagement dans ce domaine.

Pour cette analyse, nous avons également manqué de certaines données factuelles sur le CAMG en termes d'actions, de résultats et de ressources. Ces éléments permettraient de contrebalancer la subjectivité des discours analysés.

Par ailleurs, le fait de n'avoir participé qu'à la phase d'analyse et de découvrir d'abord les données sans connaissances préalables nous a permis de nous immerger dans les échanges enregistrés avec un regard neuf, favorisant ainsi une certaine distance objective. Néanmoins, une telle approche a peut-être limité la compréhension du contexte dans lequel les données ont été recueillies et introduit des biais de perspective unique et d'interprétations. Nous baser sur les verbatims et les informations fournies n'ont pas suffi pour parvenir à distinguer les enjeux de pouvoir et d'influences entre les participants. Par cela, notre travail a donc été plutôt descriptif qu'analytique.

Les prolongements possibles de ce mémoire sont nombreux. Voici quelques propositions qui semblent intéressantes pour donner du sens à ce travail :

- Compléter cette analyse SWOT afin d'élaborer des stratégies et un plan d'action pour le CAMG visant à favoriser la recherche en médecine générale et à en lever les freins perçus soit en incluant au SWOT, des données factuelles et actualisées, soit par une analyse PESTEL et Value Chain.

- Comparer les actions du CAMG à d'autres centres académiques de médecine générale en Belgique, en Suisse ou au Canada par la méthode Benchmarking afin d'en identifier de meilleures pratiques sur lesquelles appuyer un plan d'actions ;
- Approfondir l'analyse du vécu des assistants en médecine générale afin de mieux comprendre leurs besoins et obstacles spécifiques et les inclure dans notre analyse ;
- Réaliser une revue de littérature sur la création de communautés apprenantes et voir comment cela est applicable au contexte du CAMG ;
- Étudier par exemple les avantages et les défis des maisons médicales ou groupements de médecins par rapport aux cabinets individuels. Examiner comment le partage des responsabilités et des ressources peut améliorer les conditions de travail et l'engagement dans la recherche.

Ce mémoire a été l'occasion de saisir le désarroi dans lequel se trouvent les médecins généralistes et les conséquences que cela représente pour les soins de santé (Bayot, Boone, Godderis, & Lenoir, 2024).

Ce travail m'a également permis de me familiariser avec l'approche qualitative et les procédés participatifs. Pour terminer, contribuer à l'élaboration de solutions pour un enjeu aussi essentiel à la santé publique que le développement de la recherche en médecine générale a été pour moi une source de grande satisfaction.

Bibliographie

Amabile, T. M. (1996). *Creativity in Context: Update to the Social Psychology of Creativity*. Boulder, CO: Westview Press.

Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches Qualitatives*, 28(1), 133-148.

Baszanger, I. (1983). La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*, 3, 275-294.

Bernoux P., *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 1985, pp. 118-120

Bloy, G. (2010). Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In G. Bloy & F.-X. Schweyer (Eds.), *Singuliers généralistes*, 307-328

Bloy, G. (2014) « A quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1-2, 171-191

Bouldouyre Magnier, A.-M. (2022). Recherche en médecine générale, toute une histoire. *La Revue du Praticien*, 72, 690-694

Cadwallader, J.-S. (2009-2010). Les représentations de la recherche en médecine générale pour et à l'Université de Lyon 1

Czerny, E., & Lepaux, V. (2021). Les ficelles sans le métier. Les ambiguïtés d'une formation aux méthodes qualitatives en médecine générale. *Emulations*, 39-40.

<https://doi.org/10.14428/emulations.0039>

D'Arrietta, L. M., Vangaveti, V. N., Crowe, M. J., & Malau-Aduli, B. S. (2022). Rethinking health professionals' motivation to do research: A systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 185-216. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S337172>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer.

Delahaye-Guillocheau, V., Jeannet, A., Vernerey, M., Mallet, F., & Pittoors, J.-P. (2007). Création de la filière universitaire de médecine générale de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche. *La Revue du praticien*, Juin 2007

Denis, J., Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2019). Introduction : Les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. *Approches inductives*, 6(1), 1.

Fabre, C. (1978). *Cahiers de la SFMG*, 6-7, 15, cité par Baszanger, I. (1983). La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*, 3, 275-294.

Grignon, M. (2011). Note de lecture de l'ouvrage collectif dirigé par Bloy G. & Schweyer F.-X. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Revue française des affaires sociales*, 2, 49-62.

Grignon, M. (2011). La médecine générale n'existe pas vraiment. *Revue française des affaires sociales*, 2, 49-62.

Griscelli, C. (2000). L'INSERM et la recherche en médecine générale. *La Revue du Praticien*, 14(506), 1396-1398

Horodnic, I. A., & Zait, A. (2015). Motivation and research productivity in a university system undergoing transition. *Research Evaluation*, 24(3), 282-292. <https://doi.org/10.1093/reseval/rvv010>

Levasseur, G., & Schweyer, F.-X. (2003). La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. *Santé Publique*, 15(2), 203-212

Leysen, B., Van den Eynden, B., Gielen, B., Bastiaens, H., & Wens, J. (2019). Recruiting general practitioners for palliative care research in primary care: real-life barriers explained. *BMC Family Practice*, 20(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0930-y>

Marty, L., Vorilhon, P., Vaillant-Roussel, H., Bernard, P., Raineau, C., & Cambon, B. (2011). Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. *Exercer*, 22(98), 129-135

Maslow, A. (1943). *Motivation and personality*, New York: Harper and Row.

Nistor, N., Daxecker, I., Stanciu, D., & Diekamp, O. (2015). Sense of community in academic communities of practice: predictors and effects. *Higher Education*, 69(2), 257-273. <https://doi.org/10.1007/s10734-014-9773-6>

Parks, A. C., Biswas-Diener, R., & Headey, B. (2021). An Integrated Model of Need Fulfillment: Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 22(3), 1121-1139. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00257-0>

Pouvoirville, G. de. (2006). Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. *La Revue du praticien*, Juin 2007

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and Extrinsic Motivation from a Self-Determination Theory Perspective: Definitions, Theory, Practices, and Future Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>

Schmidt, H. G., & Rotgans, J. I. (2020). The Role of Curiosity in Self-Directed Learning: What Research Tells Us. *Advances in Health Sciences Education*, 25(2), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-09952-0>

Schweyer, F-X. (2010). Activités et pratiques des médecins généralistes. In G. Bloy & F.-X. Schweyer (Eds.), *Singuliers généralistes* (pp. 55-74).

Stone, C., Dogbey, G., Klenzak, S., Van Fossen, K., Tan, B., & Brannan, G. (2018). Contemporary global perspectives of medical students on research during undergraduate medical education: A systematic literature review. *Medical Education Online*. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1537430>

Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2019). A Review of Self-Determination Theory's Basic Psychological Needs at Work. *Journal of Management*, 45(5), 1207-1234. <https://doi.org/10.1177/0149206318819660>

Van Maele, L., Devos, C., Guisset, S., Leconte, S., & Macq, J. (2021). Expectancy-Value-Cost motivational theory to explore final year medical students' research intentions and past research experience: a multicentre cross-sectional questionnaire study. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.04.20244038v1>

Van Steenbergen, E. F., Kluwer, E. S., & Karney, B. R. (2018). Work-Family Enrichment and Spouse's Marital Satisfaction: The Mediating Role of Crossover. *Journal of Business and Psychology*, 33(3), 403-418. <https://doi.org/10.1007/s10869-017-9508-9>

Véga, A. (2012). Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences sociales et santé*, 30(3), 71-102.

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. Wiley.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp