

LA RECHERCHE GENERALISTE EN GRANDE-BRETAGNE

Histoire - Organisation - Résultats - Financement - Perspectives

par Mme DIGE-HESS,
sociologue, historienne
1981

Le présent rapport fait suite à un précédent travail effectué, comme celui-ci, dans le cadre du Département de Recherche de la Société Française de Médecine Générale, et intitulé :

" RECHERCHES EPISTEMOLOGIQUES SUR LES CONDITIONS SPECIFIQUES DE LA RECHERCHE EN MEDECINE PRATICIENNE - CORPUS : TROIS RECHERCHES EN COURS DANS DEUX SOCIETES SAVANTES A L'INITIATIVE DE MEDECINS PRATICIENS "

par : O. ROSOWSKY, médecin généraliste
J.H. ABRAMOWITCH, sociologue

Equipe ayant participé à la rédaction du rapport :

Mme J. AKOUN-CORNET, généraliste - J. de COULIBOEUF, généraliste -
Mme DIGE-HESS, sociologue - J. GOEDERT, généraliste -
D. LAMOTTE, sociologue - M. NICOLLE, généraliste -
D. POIVET, psychiatre-psychanalyste - G. VERY, généraliste -

Rapport INSERM - SFMG, 1979

" LA RECHERCHE GENERALISTE EN GRANDE-BRETAGNE "
Histoire - Organisation - Résultats - Financement - Perspectives

se présente comme un second volet à l'un des chapitres du précédent rapport :

" IV - Le cas de la naissance du "Royal College of General Practitioners" Chronique de l'institutionnalisation de la médecine générale en Grande-Bretagne en une discipline autonome" p. 195-230

En trente années d'existence, et grâce au Royal College of General Practitioners la médecine générale s'est donnée, en Grande-Bretagne, un ensemble coordonné d'institutions universitaires d'enseignement et de recherche d'une dimension nationale et internationale qui impressionne.

En lisant l'histoire de cette création, on reste confondu devant le nombre d'efforts persévérants et les trésors d'intelligence qui ont été investis pour faire exister la médecine générale comme discipline spécifique, la faire entrer à l'Université comme telle, munie de son enseignement et de sa recherche scientifique propre .

Le résultat en tout cas est là et les idées du Royal College of General Practitioners s'étendent aujourd'hui dans tous les pays anglophones et ceux comme les Pays-Bas dont les liens culturels avec la Grande-Bretagne sont anciens et importants.

Ce n'est pas, cependant, que les oppositions traditionnelles aux généralistes en provenance des institutions hospitalières aient manqué en Grande-Bretagne. Le rapport ci-après ne fait qu'effleurer certaines hypothèses sociologiques pour expliquer le succès des généralistes anglais. Une chose est évidente : il s'est trouvé parmi les organes de décision du Health Service, et donc au cœur même de l'Etat, voire à l'Université, des hommes assez ouverts à la multiplicité des idéologies et intéressés par l'innovation, pour donner des chances aux hommes du Royal College of General Practitioners.

Par contre, de l'avis même de certains de nos confrères britanniques, les travaux et les recherches pratiqués par les généralistes ont, jusque là, principalement profité à d'autres disciplines scientifiques que la leur. La responsabilité en est imputée à l'absence d'une méthodologie de recherche spécifique à la médecine générale. En tout cas, le problème est clairement posé au Royal College.

C'est cela même que nous disions dans la conclusion d'un récent rapport INSERM - SFMG, sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine générale :

" le réaménagement en cours du champ de la santé peut recéler, en fait, le lieu d'une véritable rupture épistémologique et les obstacles sont de deux sortes. Les uns naissent de l'existence d'éléments étrangers à la médecine générale praticienne dans le champ de la santé. Les acteurs engagés dans la crise hospitalière ne peuvent se dégager facilement de l'impasse épistémologique, pour travailler au delà de la rupture, d'où les situations de conflit résultant, non pas de la crainte de l'apparition d'un contre-pouvoir, mais de l'incompréhension du nouveau domaine conceptuel. Les obstacles sont aussi à l'intérieur de l'élément généraliste, car ses acteurs sont peu ou mal dégagés de l'emprise idéologique dominante du champ".

FOREWORD.

In 30 years' existence, thanks to the Royal College of General Practitioners, general practitioners have succeeded in creating a coordinated whole of academic institutions of education and research which impresses by its national and international radiation.

When reading the history of this creation, one is amazed by the amount of steady efforts and the hoard of intelligence that were spent in order to put into existence General Practice as a specific discipline and make it enter University, invested with its own educational program and its own scientific research.

Yet, the result exists and the ideas brought forward by The Royal College of General Practitioners are now spreading over to all the English speaking countries as well as to those countries such as Holland which have old and close cultural links with Great Britain.

However, the traditional opposition of the Hospital institutions towards general practitioners is still present in Great Britain. The following survey reports only some sociological suppositions that explain the success of the British general practitioners. One point is sure: in the decision making instances of the Health Service -which is an active part of the State- and among University, there were men sufficiently open to the multiplicity of ideologies and interested in innovation to give a chance to the initiators of the Royal College of General Practitioners.

On the other hand, according to the statement of one of our British Colleagues, the works and researches made by general practitioners until now have benefited to other scientific disciplines than their own. The responsibility for it was attributed to the absence of a specific general practice research methodology. Nevertheless, the probleme is clearly formulated by the Royal College.

.../...

This corresponds exactly to what we wrote about the specific conditions of general practice research in the conclusion of a recent INSERM-SFMG survey (1) : "The present reorganization of the health field may, indeed, contain the true epistemological rupture and two types of obstacles exist : one type originates from the existence of elements that do not belong to general practice inside the health field of activity. The actors involved in the hospital crisis cannot easily free themselves from the epistemological deadlock to enable themselves to work beyond that rupture. This creates the conflictual situation which does not result from the fear of the appearance of a counter power but from the lack of understanding of the new conceptual field. Obstacles also exist among general practice because its actors are not totally aloof from the ruling ideology of the field."

Dr Jean de Couliboeuf

Dr Oscar Rosowsky

(1) INSERM: National Institute Of Health and Medical Research.
SFMG: French Society of General Practice .

Le financement de cette recherche a pu être assuré ~~par~~
la SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE
grâce à l'aide

- des Laboratoires ROUSSEL - SPECIA - DELAGRANGE - CLIN-MIDY - CHOAY
- et du BRITISH COUNCIL avec le soutien bienveillant
du Dr F.J. EDWARDS

S O M M A I R E

INTRODUCTION	
I - HISTORIQUE	p. 1 - 15
1/ la création du Collège des Médecins Généralistes	p. 5 - 8
2/ Michael Balint	p. 8 - 10
3/ Une définition de la recherche généraliste	p. 10 - 11
4/ Le début de l'organisation	p. 11 - 13
5/ la création des Centres de recherche	p. 13 - 15
<u>II</u> - L'ORGANISATION AUJOURD'HUI	p. 16
1/ Les Centres	p. 17 - 19
2/ La spécificité de la recherche généraliste	p. 19 - 21
3/ Un exemple : le Centre de Recherche de Birmingham	p. 21 - 25
4/ Les hiatus de la recherche	p. 25 - 28
III - LES DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE	p. 29 - 31
IV - LES PUBLICATIONS	p. 32 - 35
V - LE FINANCEMENT	p. 36 - 40
CONCLUSION	p. 41
BIBLIOGRAPHIE	p. 42 - 43
ANNEXES	

INTRODUCTION

Ce rapport essaie d'analyser la situation de la recherche généraliste en Grande-Bretagne. Il trace dans un bref historique les débuts de la recherche concernant la médecine générale jusqu'à la création des Centres de Recherche du Collège Royal des Médecins Généralistes - The Royal College of General Practitioners. Il décrit ensuite l'organisation de cette recherche à l'intérieur du Collège, les sujets traités par les différents centres et, à titre d'exemple, il expose plus en détail les recherches faites au Centre de Birmingham.

L'installation de départements universitaires de médecine générale est mentionnée ; et le dernier tiers du rapport concerne la progression des publications généralistes et le financement de cette recherche.

Tout au long du rapport est posée la question de la définition de la recherche généraliste, de ce qui constitue sa spécificité.

1 - HISTORIQUE

Les premières méthodes de recherche en médecine générale furent probablement élaborées par Hippocrate qui, sur la base de l'observation systématique des phénomènes de santé et de maladie, essaya de prévoir le cours probable des maladies.

L'idée d'assembler des informations provenant d'un certain nombre de médecins date, en Grande-Bretagne, du milieu du XVIII^e siècle. Le Dr. John Fothergill, médecin généraliste (1) de Londres, publia en 1775 un rapport basé sur les réponses à un questionnaire envoyé à des médecins qui donnait une bonne idée des signes cliniques rencontrés, ainsi que de l'étendue et du degré de gravité de l'épidémie de grippe en cours.

Depuis lors, nombreux furent les essais d'investigations collectives. En 1837, le prédécesseur du British Medical Journal - The Transactions of the Provincial Medical and Surgical Association - publie des demandes de renseignements sur des sujets médicaux divers et les réponses sont publiées tous les 15 jours.

Ce n'est cependant qu'en 1880 qu'est élaboré le projet d'une collecte d'informations à une plus grande échelle et, la même année, la "British Medical Association" établit un comité de sept personnes dont le rôle est de réaliser des investigations sur des maladies et leurs traitements. A partir de 1881, le "British Medical Journal" publie des tirages à part - les "Collectives Investigation Records" sur ces enquêtes. Le comité utilise la méthode suivante : les sujets choisis par lui, sont publiés dans le journal en indiquant des points d'intérêt particulier, de façon à provoquer les réponses en facilitant le travail des médecins, les comités provinciaux de la "British Medical Association" mettent au point des cartes réponses.

.../...

(1) En fait, cette appellation n'existe pas à l'époque. Le Dr Fothergill fut certainement "physician", terme générique désignant un médecin diplômé.

Il ne faut pas oublier qu'à cette époque nous avons encore, à l'entrée dans la profession, le "triple" examen médical. En effet, la Loi de 1886 introduisit un examen médical de qualification intéressant la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, et habilita pour cet examen collectif, deux ou plus, organisations médicales. Le Collège des Chirurgiens et celui des "Physicians" refusèrent cependant d'admettre la Société des Apothicaires à un tel jury. Cependant, cette dernière obtint aussi le droit de faire passer le "triple" examen grâce au "General Medical Council qui nomma des examinateurs en chirurgie pour le jury de cette société. Mais les deux Collèges établirent un examen commun donnant droit aux titres MRCS, LRCP (1) et à partir de là l'influence de la Société des Apothicaires diminua peu à peu.

La grande séparation - au détriment des médecins généralistes - s'opère à partir de 1911, année où fut introduite la National Health Insurance par un gouvernement libéral qui visait à procurer aux revenus les plus bas une source de soins médicaux selon les principes du système allemand. Cette loi concernait, selon Horner (p.41) 14 millions de personnes, et les médecins généralistes se trouvaient, du jour au lendemain, dans la situation de demi-fonctionnaires, contrôlés par des Insurance Commissioners. La Health Insurance payait pour les soins du médecin généraliste et versait des indemnités journalières en cas de maladie. Les services hospitaliers et les spécialistes demeuraient en dehors de ce système. Pour beaucoup de généralistes, cette discrimination fut vécue comme dégradante.

En 1913, l'idée de la création d'une association de recherche collective des médecins généralistes est évoquée, peut-être en réaction au National Health Insurance.

Telle est la situation en 1914, quand la première guerre mondiale éclate. Beaucoup de médecins généralistes quittent leurs cabinets pour s'engager comme volontaires et vivent ainsi une autre expérience

.../...

(1) Member of the Royal College of Surgeons et Licentiate of the Royal College of Physicians.

de la médecine. A la fin de la guerre, rien ne va plus. La National Health Insurance n'a pas eu le temps d'être vraiment mise en place, les médecins généralistes, revenus de la guerre, mettent en question l'organisation ; le système hospitalier est un amalgame de services ajoutés au fur et à mesure des besoins, et qui ne sont plus adaptés à la situation socio-économique. Le Ministère de la Santé est créé dès 1918 et en 1919 est nommé un Conseil Consultatif sur les problèmes des services médicaux et annexes, sous la présidence du Lord Dawson of Penn. En 1920, un rapport provisoire est publié, et en 1922, le rapport final propose tout un système de coordination entre soins préventifs et curatifs, entre médecins généralistes, spécialistes et hôpitaux.

Pendant l'entre deux guerres, il ne semble pas qu'il y ait eu d'essais de recherche collective ; cette période voit des généralistes mécontents, méconnus, frustrés. La Société des Apothicaires qui, au siècle dernier, avait joué le rôle d'institution légitimante pour les médecins généralistes, n'avait plus aucune influence. La National Health Insurance séparait les généralistes du reste du corps médical en les réduisant au rôle de fonctionnaires contrôlés par l'Etat. Il est vrai que la British Medical Association, après l'institution de la National Health Insurance, devint l'interlocuteur des médecins généralistes auprès de l'Etat, mais uniquement pour défendre leurs intérêts économiques ; d'autre part, la British Medical Association représentait aussi officiellement tout le corps médical.

La recherche, pendant cette période, semble se réduire à des cas isolés dont les plus illustres sont le Docteur Mackenzie et le Docteur Robin Pinsent.

Le Docteur Mackenzie (né en 1853) observe pendant 30 ans de médecine générale, les maladies du cœur. Il s'installe par la suite, en tant que cardiologue, à Londres où il enseigne également dans cette discipline, pour revenir à l'âge de 65 ans à la médecine générale. Le Dr Mackenzie est aujourd'hui le symbole du médecin généraliste qui, pendant 30 à 40 ans, observe, prend note, arrive à des conclusions, tout seul, isolé dans son coin.

Le Docteur Robin Pinsent, bien plus récemment, (il ne s'est retiré qu'il y a trois ans, en 1977) est le père des grandes enquêtes au niveau national, rendues possibles par le système d'inscription des patients sur des listes attribuées aux médecins généralistes. Ce système a été introduit avec le Service National de la Santé - Le National Health Service. Le Docteur R. Pinsent sera l'initiateur du premier Research Newsletter qui deviendra plus tard le Journal of the Royal College of General Practitioners, et il développa avec le Docteur D. Crombie le Birmingham Research Unit (1).

A la fin de la deuxième guerre mondiale est fondé le National Health Service, après deux ans de négociations. Les médecins généralistes se sentent défavorisés, tant au point de vue des honoraires que du statut, et ils sont nombreux à expliquer leur défaite par l'absence d'un organisme académique pour les défendre (2). En effet, les spécialistes, par leurs Collèges (3), représentent une force politique, tandis que les généralistes n'ont que la British Medical Association pour les défendre, association qui représente en même temps toute la profession et qui, par son rôle de "syndicat" est méprisée par les Collèges Royaux. Les généralistes se trouvent ainsi défendus par un organisme "syndical" qui n'a aucun statut académique et qui, de plus, est le négociateur des salaires et conditions de travail pour toutes les catégories médicales.

La Loi cristallise une situation de fait, même si elle n'est pas acceptée par tout le monde : pour être nommé à l'hôpital, il faut être spécialiste, et on enlève au généraliste le droit d'exercer des spécialités. Il adresse ses patients aux spécialistes quand il le juge nécessaire. Aucun patient ne peut s'adresser directement au spécialiste.

.../...

(1) Cf infra p. 21 et p. 42

(2) Pour plus de détails cf rapport SFMG p. 205/207

(3) Royal College of Surgeons, Royal College of Physicians, Royal College of Obstetricians et Gynaecologists.

1 - La création du College of General Practitioners

Plusieurs évènements simultanés conduisent à la création du Collège des Médecins Généralistes.

En 1948, sort le premier rapport sur "l'éducation du médecin", rédigé par une commission présidée par Sir Henry Cohen, à la demande de la British Medical Association (1). En 1950, une autre commission également présidée par Sir Henry Cohen, sur une demande de la BMA publie "la médecine générale et l'éducation du médecin généraliste (2)". Ce dernier rapport traite du 3^e cycle de la médecine générale : celle-ci y est considérée comme une branche spéciale demandant une préparation spéciale.

En même année, 1950, où Sir Henry Cohen proclame que la médecine générale doit être enseignée comme une spécialité, un médecin australien, le Docteur Collings, publie dans le Lancet - lu par les médecins généralistes dans tout le pays - le résultat d'une enquête menée auprès de 55 médecins généralistes (16 en zone industrielle, 17 en ville et 22 à la campagne). Il fait l'effet d'une bombe ; beaucoup savaient que la médecine générale se portait mal, mais ils ignoraient que la situation était à un tel point mauvaise. D'après Collings, les conditions de travail sont lamentables : même le bon médecin devient mauvais par découragement, sa fonction est mal définie, les standards selon lesquels il doit travailler ne sont pas établis, etc...

Pendant cette même période, les praticiens prennent conscience qu'ils sont sous-rémunérés. Leurs rémunérations sont basées sur celles de 1939. Les spécialistes, eux, avaient obtenu un réajustement ; les médecins généralistes doivent attendre jusqu'en 1952 et ils reçoivent alors 40 millions de livres (sic!), appelés le "Danckwerts award" d'après le Ministre de la Justice de l'époque. Ce chiffre indique clairement combien ils avaient été lésés.

.../...

(1) "The Training of a doctor"

(2) "General Practice and the training of the general practitioner".

Un autre phénomène prend naissance au même moment et favorise certainement la prise de conscience de la spécificité de la médecine générale. Il s'agit des séminaires de Balint. Michael Balint, lui-même psychanalyste, est le premier à affirmer que la médecine générale, par le lieu et l'objet de son travail, doit prendre en considération les aspects psychologiques dans son diagnostic. Le premier séminaire de "training cum research" de Michael Balint a lieu à Londres en 1950. Ses séminaires comprendront par la suite 5 à 10 généralistes, en présence, dans la plupart des cas, d'un psychanalyste psychiatre. Ils fonctionnent sur la base de "groupes de discussion" entre pairs et d'une certaine régularité de présence pendant deux ans.

Toute cette chaîne d'événements fait donc que l'appel de Fraser Rose et de John Hunt (1) en 1951, réclamant la création d'une institution académique pour les médecins généralistes, trouve un écho assez important pour que le Collège soit établi un an plus tard, malgré des oppositions farouches de la part des autres catégories médicales. Le Président du Royal College of Physicians, en accord avec les présidents des deux autres Collèges royaux (2) prévient qu'ils feront tout pour l'empêcher de devenir un collègue, et cependant, devant le fait accompli, cette opposition s'estompe.

Pour obtenir un statut académique, il faut d'abord définir le contenu de la discipline que l'on veut anoblir en l'élevant au rang d'une spécialité. Ce contenu peut être défini par un enseignement spécifique, mais pour enseigner, il faut définir le contenu. Peut-être alors la recherche pourra-t-elle prouver ce contenu spécifique. Il me semble que les idées de Michael Balint ont grandement concouru à cette définition du contenu en plaçant la médecine générale dans son contexte environnemental.

.../...

(1) Fraser Rose, médecin généraliste dans une population pauvre à Preston.

John Hunt, médecin généraliste d'un quartier très résidentiel à Londres, ayant certainement par sa clientèle une influence politique.

(2) cf supra p. 4 note 3

Ce dilemme de savoir s'il fallait donner la priorité à l'enseignement ou à la recherche pour promouvoir la discipline, semble s'être posé dès les premières réunions du Steering Committee (1). Pendant les premières réunions de l'année 1952, l'éducation universitaire et post-universitaire occupent cependant la première place. Est-ce sous des pressions extérieures ou intérieures que la promotion de la recherche semble prendre de plus en plus d'importance?

Il est certain que l'introduction d'un enseignement en médecine générale rendait nécessaire toute une réorganisation du programme universitaire et une mise en question du monopole des hospitaliers et des spécialistes dans l'enseignement. Comme l'exprime un de mes interlocuteurs : "Il n'y avait pas de possibilité d'enseigner à cette époque, il n'y avait pas d'entrées pour les médecins généralistes, ils n'avaient rien à faire dans les universités, puisque l'enseignement universitaire, pas plus que post-universitaire, n'avait commencé. La seule issue académique en 1953 était la recherche. En fait, "une action concertée du Collège en vue d'organiser l'enseignement post-universitaire - le vocational training - en Grande-Bretagne ne commence qu'en 1964".(2)

La recherche, par contre, n'avait pas besoin d'évincer qui que ce soit pour s'exercer, la place était libre puisque, à ses débuts, en fait pendant près de 10 ans, elle était faite surtout par des médecins isolés comme avant et qu'elle ne recevait qu'une aide financière très modeste.

L'accent mis sur l'enseignement, au début, peut s'expliquer par les personnes siégeant au Steering Committee. Selon le Docteur Cyril Gill, Secrétaire de la Société Balint Britannique, le Collège est créé par un type de médecins généralistes qui sont des lutteurs, des gens qui font tout pour être de bons médecins, qui veulent tout savoir, tout contrôler. C'est peut-être sous leur impulsion que sera également créé le Epidemic Observation Unit dès 1953 (3). Bien que ces médecins généralistes représentent en quelque sorte l'antithèse du généraliste "Balint",

•••/•••

(1) Comité établi dans le but de créer le Collège des Médecins Généralistes.

(2) in Horder 1978, p. 28

(3) Cf infra p. 43

une fois le Collège fondé, d'autres généralistes y entrent pour siéger au Conseil, aux Comités, aux "Faculties", et la moitié de ceux-ci sont, selon Cyril Gill, balintiens ou intéressés par les idées de Balint(1).

2. Michael Balint

Michael Balint est né en Hongrie d'un père médecin généraliste. Il reçoit une formation psychanalytique et exerce en tant que psychanalyste à partir de 1926. Il est le premier, probablement dans le monde, à étudier la possibilité d'utiliser des techniques psychothérapeutiques en médecine générale et il crée un séminaire pour des médecins généralistes au début de 1930 - toujours en Hongrie. Il émigre en 1939 en Angleterre où, à partir de 1947, il exerce à la Clinique Tavistock. Dès octobre 1950, il établit son premier séminaire de médecins généralistes, séminaire basé sur la discussion entre pairs : on essaye en commun de trouver des réponses à ce qui se passe en médecine générale et d'éclaircir ce que cela signifie. Le résultat de ce travail est le livre de Michael Balint : "The Doctor, his Patient and the Illness" en 1957 qui fournit une justification théorique de la médecine générale. Il y souligne le fait de la continuité des soins qu'il illustre par son analogie d'une "compagnie d'investissement mutuel", expression qui, bien entendu, fait allusion à la signification primordiale de la relation médecin/malade et aux soins médicaux de la personne entière que, seul, le généraliste peut donner.

Alors que les idées de Balint se répandent en Europe où sera inventé le terme de "groupe Balint", en Grande-Bretagne cependant, les séminaires Balint restent l'affaire d'une élite. En effet, entre 1952 et 64, Michael Balint n'aura des contacts qu'avec quelques centaines de généralistes et l'influence de ses idées est purement et simplement niée par beaucoup (2).

.../...

(1) 4 des généralistes sur les 14 du groupe de recherche de Michael Balint participent à la fondation du Royal College of General Practitioners dès 1952-55. L'un d'entre eux, John Horder, est le président actuel du RCGP. Inversement, à la fondation de la Balint Society anglaise en 1970, 15 sur les 22 fondateurs étaient membres du RCGP. Enfin, sur les 94 généralistes membres de la Balint Society en 1978, 63 étaient aussi au Royal College of General Practitioners (source Dr O. Rosowsky)

(2) Données biographiques tirées de l'éditorial "Michael Balint in" *Journal of RCGP* 1972, 22, 133.

Pourtant, l'examen d'admission au Royal College of General Practitioners, institué en 1968, comporte de grands chapitres directement inspirés de Balint, p.ex. la section III - l'examen comprend cinq sections - s'appelle "comportement humain" et inclut :

- a/ comportement en se présentant au médecin généraliste,
- b/ comportement dans les relations interpersonnelles,
- c/ comportement en famille,
- d/ comportement dans la relation médecin/malade.

La méthode de groupe de travail se retrouve dans la formation comme dans la recherche généraliste. Dans le "Vocational Training" (1) est utilisé le petit groupe de discussion entre pairs avec un animateur : le maître de stage ou le chargé de cours. "Dans nos cours, l'enseignement se passe avec les stagiaires assis dans de confortables fauteuils arrangés en cercle (...) Tout comme le stagiaire qui discute un problème avec son maître de stage prend modèle sur la consultation médecin/malade, le chargé de cours, lui, en s'installant comme un membre du cercle, prend modèle sur le médecin assis et travaillant dans le groupe familial. Pour utiliser une telle méthode, il faut que les organisateurs de cours et les maîtres de stage deviennent hautement qualifiés à mener des discussions de groupe entre pairs. Ceci explique pourquoi un entraînement spécial est nécessaire pour les organisateurs de cours et les maîtres de stage en médecine générale qui ont à mener de petits groupes (Balint 1964)".(2)

Le processus du groupe a également son impact sur la recherche. "Grâce à l'influence des groupes Balint, furent réintroduites dans le domaine de la recherche l'observation et la description". (3)

Comment expliquer ce refus de reconnaître Balint ? Pour certains de mes interlocuteurs, il ne s'agit pas d'un refus mais d'une ignorance.

.../...

(1) formation post-universitaire équivalent du 3^e cycle
cf annexe I

(2) Pereira Grey 1977 p. 16-17

(3) Bourne & Lewis 1978

"Je pense qu'il a une influence profonde, si importante qu'on ne reconnaît même plus d'où elle vient". "Nous sommes tous capables de citer des bribes sans avoir vraiment lu Balint, comme on peut citer des bribes de la Bible ou de Shakespeare" ou, comme l'exprime une troisième personne : "il est impossible de parler de la maladie en médecine générale comme d'une entité clinique ; il y a toujours des connotations sociales et psychologiques, ce qui fait que les conceptions de Balint se sont répandues et se sont introduites dans tous ces petits groupes de discussions de façon plus ou moins reconnue".

Le Docteur Cyril Gill observe également cette opposition et pense l'expliquer en partie par la peur. Le médecin généraliste a peur de se mesurer aux autres et il a peur des questions que la formation Balint pose à sa méthode de travail et à la médecine générale tout court. Il est néanmoins optimiste. Pendant l'année de "Vocational Training" passée dans un cabinet généraliste, les stagiaires se rencontrent hebdomadairement avec une personne ayant reçu une formation de meneur de groupe, soit un enseignant, soit un conseiller régional, pour discuter des cas qui se sont présentés à eux. Ces meneurs n'ont pas tous une formation Balint : ils ne sont que 20 à l'avoir et il n'y a pas de psychanalyste ou de psychiatre présent ; Cyril Gill pense cependant qu'une grande partie de ces groupes fonctionnent comme des groupes Balint, "très impurs, mais Balint quand même". Il y a entre 50 et 70 de ces groupes dans le pays qui, certainement, forment un nouveau type de médecins généralistes.

3 - Une définition de la recherche généraliste.

A l'époque de la création du Collège, comme aujourd'hui, les généralistes effectuent 90 % des soins médicaux et leur champ de recherche est vierge. "L'hospitalier formé dans un monde plus impersonnel n'a pas l'habitude de traiter les gens dans leur propre environnement et ne pourra pas facilement s'adapter aux méthodes d'évaluation et de diagnostic différentes qu'il faut pouvoir utiliser quand il s'agit d'un matériel humain non sélectionné. Le médecin généraliste, lui, manque peut-être de formation pour avoir une méthode et une démarche

scientifique parce qu'il a peu de possibilités de les développer. Les techniques pour mettre au point des protocoles, pour en faire l'analyse et la sélection mécanique ; le travail en groupes et toutes les autres méthodes utiles développées par d'autres chercheurs doivent être appliquées aux problèmes de la médecine générale" (1). Comme cette citation nous l'indique, la première conception d'une recherche en médecine générale s'appuie sur un modèle existant dans les autres disciplines. Il n'est pas fait mention d'un objet ou d'un outil propre à la médecine générale.

4 - Le début de l'organisation

L'existence du Collège doit permettre de promouvoir ce projet et, dès sa création, un comité de recherche commence à travailler. Il faut tout d'abord contacter les généralistes intéressés par la recherche en médecine générale et une notice est publiée dans le British Medical Journal et dans le Lancet le 31.1.1953. Ces journaux ont bien évidemment tout intérêt à traiter des sujets généralistes, étant donné le potentiel d'abonnés que représentent 18.000 médecins généralistes. Y est annoncée l'intention du comité de recherche d'établir une liste des membres et associés du Collège intéressés par la recherche permettant ainsi à ceux-ci de se rencontrer. Une commission de médecins généralistes expérimentés et de chercheurs d'autres champs de la médecine et de la science sera formée afin d'aider et de conseiller les groupes de médecins généralistes comme le médecin isolé.

A la fin de 1954, plus de 380 médecins, intéressés par la recherche, s'étaient inscrits sur la liste, et la Commission du Conseil de la Recherche comptant 13 membres dont les cinq spécialistes membres du Steering Committee : Sir Wilson Jameson FRCP (2) et Directeur de la Société des Apothicaires, Professor J.M. Mackintosh, FRCP (2), Professor Ian Aird, FRCS (2), John Beattie, FRCS et FRCOG (2), Sir Heneagi Agilvie, FRCS (2) et éditeur de The Practitioner.

.../...

(1) Research Newsletter n° 2 in Annual Report 1954

(2) FRCP : Fellow of the Royal College of Physicians

FRCS : Fellow of the Royal College of Surgeons

FRCOG : Fellow of the Royal College of Obstetricians &

Gynaecologists

Dès le début , le Comité de Recherche distingue trois sortes de médecins généralistes chercheurs :

- 1/ le chercheur indépendant avec un objectif déterminé, par exemple :
la thèse de doctorat,
- 2/ les chercheurs dont les intérêts sont partagés avec d'autres et qui désirent travailler en groupe,
- 3/ le généraliste prêt à recueillir des informations dans son propre cabinet pour une analyse centralisée.

Afin de permettre aux membres du Collège intéressés par la recherche de se contacter et de suivre les activités du Comité de Recherche, un bulletin de recherche - le Research Newsletter - sera publié. La première année, un seul numéro sera publié, mais il y en aura trois en 1954.

Pour décentraliser les activités du Collège, des antennes locales, les "faculties" sont établies au plus vite partout en Grande-Bretagne. En 1954, il existe déjà 27 facultés dont 5 établies hors métropole, avec chacune un comité de recherche.

North London Faculty
South London Faculty
East London Faculty
West London Faculty
Nothern Home Counties Faculty
Thames Valley Faculty
East Anglia Faculty
South-West England Faculty
Midland Faculty
North Midlands Faculty
Yorkshire Faculty
North-West England Faculty
North-East England Faculty
Merseyside and North Wales Faculty
The Welsh Faculty
South East Scotland Faculty

.../...

West Scotland Faculty
East Scotland Faculty
North-East Scotland Faculty
North Scotland Faculty
Northern Ireland Faculty

Facultés outre-mer

East Ireland Faculty
West Ireland Faculty
New South Wales Faculty, Australie
Queensland Faculty, Australie
Auckland Faculty, Nouvelle-Zélande

En juillet 1953, le Collège Ecossois dont l'organisation est calquée sur celle d'Angleterre, crée également un Comité de Recherche.

5 - La création des Centres de recherche

Déjà en 1953, on prépare un mémoire sur la collecte de statistiques de morbidité proposant une enquête au niveau national, sur la morbidité en médecine générale. La même année, en collaboration avec le "Public Health Laboratory Service" - le Laboratoire de la Santé Publique - et le Medical Research Council (1) - le Conseil en Recherche Médicale - un centre d'observation épidémique est créé : The Epidemic Observation Unit.

Dès la création du collège, le Medical Research Council a montré sa volonté en mettant sur pied un groupe de travail dont c'est le rôle d'examiner les possibilités de recherche en médecine générale. Plusieurs membres du Collège sont invités à participer à cette investigation et le résultat en est la fondation d'un organe conseiller du Medical Research Council, le Comité de Recherche Clinique.

.../...

(1) Le Comité de recherche de la British Medical Association

La Commission du Conseil de la Recherche disparaît au bout de 3-4 ans et un Service de Conseil en Recherche est créé à Birmingham par le Docteur Robin Pinsent en 1957 (1), financé par une bourse de trois ans du Nuffield Provincial Hospital Trust (2). Comme son nom l'indique, c'est un service de conseil qui également peut aider les généralistes à établir un protocole de recherche, à faire une demande d'aide financière, etc.. Ses services ne se limitent pas à la Grande-Bretagne, il répond aussi à des demandes venant de tous les pays occidentaux.

A l'expiration des trois ans, le Service reçoit sa reconnaissance officielle sous forme d'un financement par le Ministère de la Santé, et cela jusqu'en 1977, année où le Docteur Pinsent se retire. L'organisation scientifique du Ministère de la Santé justifie alors son refus de renouvellement du financement par le fait que le Ministère ne subventionne que la recherche et que le Service de Conseil en Recherche est considéré comme un service éducatif. Depuis lors, la fonction de conseiller en recherche est dispersée entre les centres de recherche et leurs directeurs, avec en tête le Président du Research Division Executive du Collège, et la secrétaire de celui-ci. Donner des conseils et des indications pour la recherche est considéré comme un service à fournir gratuitement par l'enseignant ou le directeur d'un centre de recherche, comme cela est déjà le cas en milieu hospitalier.

Parallèlement à la création du Service de Conseil en Recherche à Birmingham, le Docteur Pinsent forme un laboratoire de recherche qui deviendra le Centre de Recherche de Birmingham. Il s'occupe en premier lieu de la grande enquête nationale sur la morbidité, déjà discutée en 1953 et qui, durant l'année 1954, avait été planifiée en collaboration avec le Département du Registrar-General (3). Cent membres du Collège avaient été invités à participer à l'enquête, tous en relation

.../...

- (1) Cf supra p. 4
- (2) Un fidéicommiss qui fait partie d'un très important don charitable fait par le Dr Nuffield, médecin à Oxford, avant la 2ème guerre mondiale. Cet organisme accorde des bourses de courte durée pour le lancement d'un projet d'enquêtes et de recherche médicale.
- (3) L'ancienne dénomination de l'Office of Population Censuses et Surveys - l'Office de recensement et d'enquêtes.

avec un plan statistique élaboré par le statisticien médical en chef du Département du Registrar-General. L'enquête même avait commencé en mai 1955.

Dix ans après le Centre à Birmingham, un autre centre de recherche sera officiellement instauré à Manchester, qui s'occupe également de traiter des données obtenues d'un grand nombre de médecins généralistes.

En 1971, est créé le centre de recherche écossais, le Centre d'Aide à la Recherche Généraliste Ecossais qui aide surtout à promouvoir des recherches individuelles.

En 1975, c'est un Centre de Recherche à Swansea qui mène des recherches généralistes en collaboration avec d'autres disciplines.

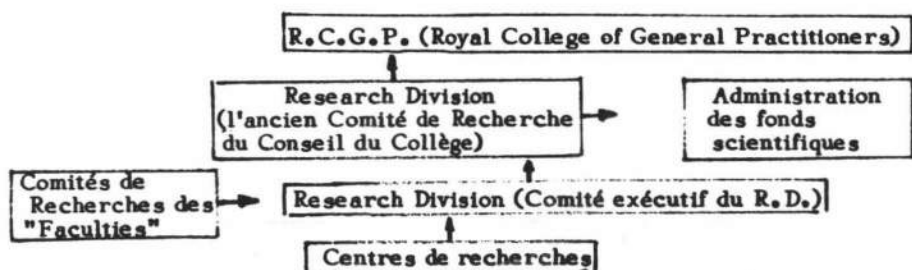
Enfin, en 1978, l'ancien Centre de recherche clinique de Leigh, établi en 1965 sous les auspices du Medical Research Council de la BMA, devient un Centre de recherche dépendant du Royal College of General Practitioners ; il s'occupe surtout des maladies artérielles.

Dès la création du Collège, les Research Newsletters - Bulletins de Recherches - permettent aux généralistes de se tenir au courant des recherches en cours ou en gestation. Le Research Newsletter s'étoffe et en 1957-58 devient le Journal of the College of General Practitioners qui donne toujours des informations sur des recherches en cours, mais publie surtout des articles et des éditoriaux. A partir de 1975 sont publiés les Research Intelligence sur le modèle des premiers Newsletters, indiquant en bref les recherches en cours ou achevées depuis peu en Grande-Bretagne comme à l'étranger (1).

.../...

(1) Cf annexe II. 1 exemplaire d'un Research Intelligence n° 8 en anglais.

II - L'ORGANISATION AUJOURD'HUI



Les membres de la Research Division ne sont pas comme ceux de l'ancien Comité de recherche, forcément issus du Conseil du Collège, mais élus en fonction de leur expérience et engagement dans la recherche.

La Research Division du Collège comprend ainsi six Centres de Recherche et des Comités de recherche des "faculties", chacun de ces derniers étant en relation avec un Service de Santé Régional qui, lui, dépend du Ministère de la Santé. La coordination du travail de la Division est sous la responsabilité du comité exécutif dont les membres sont les directeurs des centres, le Président et le Secrétaire honoraire du Conseil du Collège, un représentant de l'Association des enseignants universitaires en médecine générale (1) et deux observateurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Le Comité exécutif assume également le rôle de service consultatif pour ceux qui pensent entreprendre une recherche en médecine générale.

L'Administration des Fonds Scientifiques - Le Scientific Foundation Board - doit administrer la somme très modeste (environ 7.500 E par an) dont dispose le Collège pour la recherche. Ces fonds ne permettent de financer que de petits projets venant des généralistes individuels ou des "faculties" ou alors de supporter des tests pilotes de recherches qui, par la suite, chercheront un financement plus conséquent auprès du Gouvernement ou d'une fondation de recherche importante. Ce "board" donne également des conseils pour établir des protocoles et des demandes de financement pour les généralistes désireux d'entreprendre une recherche, comme le faisait auparavant le Conseil en Recherche du Dr Pinsent.

/ Comité de

.../...

(1) Cf infra chapitre III, p. 19

Dès 1953, le Collège essaie de définir le champ de la recherche généraliste (1) et il identifie également trois types de chercheurs (2). Considérons les recherches que font les six centres de recherches aujourd'hui.

1 / Les Centres de Recherches

- Birmingham (3)

Le travail de ce centre est surtout basé sur les données de morbidité recueillies de façon automatique à partir de 60 cabinets généralistes à travers toute la Grande-Bretagne. Le Centre a élaboré des protocoles à usage diagnostique et autre pour la médecine générale. Ses activités courantes comprennent :

- 1) la mise sur pied de la 3ème enquête nationale sur la morbidité à commencer en 1981.
- 2) L'informatisation des données sur les maladies contagieuses collectées toutes les semaines à partir d'environ 60 cabinets éparpillés à travers le Royaume-Uni. Les analyses sont publiées hebdomadairement par l'Office of Population Censures and Surveys - L'Office de Recensement et d'enquêtes - et les résultats communiqués à l'OMS. Ces données fournissent des possibilités inestimables de prévisions permanentes concernant les maladies contagieuses en Grande-Bretagne et ont largement été utilisées afin d'évaluer le développement des épidémies telles que la grippe, la coqueluche et la rubéole.
- 3) Une étude rétrospective des complications dues à la coqueluche.
- 4) L'élaboration de protocoles-standards pour l'analyse des activités en cabinet (Practice Activity Analysis).

.../...

(1) Cf supra p. 11

(2) Cf " p. 12

(3) Birmingham Research Unit, Lordswood House,
54 Lordswood Road, Harborne, Birmingham 17.

- Dundee (1)

Le Centre Ecossais d'Aide à la Recherche Généraliste offre des services aux médecins généralistes en Ecosse et ailleurs, en encourageant des efforts personnels de recherche. Ses activités courantes comprennent également :

- 1) une étude importante concernant les effets de l'ouverture d'un centre de santé sur les cabinets généralistes environnants,
- 2) une évaluation de l'équipement diagnostique des cabinets généralistes.

- Le Centre d'Observation épidémiologique (2)

Ce Centre coordonne les activités d'un groupe de généralistes qui communique des informations sur des maladies contagieuses et chroniques. Ces données sont comparées aux facteurs environnementaux déjà relevés.

Des études spécifiques sont en cours :

- 1) l'histoire naturelle du développement de la coqueluche,
- 2) une étude contrôlée en double aveugle sur la valeur de l'érythromycine dans la protection des membres d'une famille en contact avec un coquelucheux.

- Leigh (3)

Ce Centre disposant de son propre laboratoire, examine les facteurs intervenant dans la maladie ischaémique du myocarde. Il s'intéresse particulièrement au rôle joué par les lipoprotéines et le fibrinogène.

- Manchester (4)

Ce Centre est spécialisé dans l'informatisation des données à grande échelle assemblées à partir de projets à observateurs multiples.

- 1) L'étude de la contraception orale est une enquête continue sur les effets des contraceptions orales sur la santé, qui a commencé en 1968.

.../...

- (1) Scottish General Practitioner Research Support Unit
166 Nethergate, Dundee
- (2) Epidemic Observation Unit, Department of Mathematics,
Surrey University, Guildford, Surrey
- (3) Leigh Clinical Research Unit, The Health Center
Grasmere Street ; Leigh, Lancs WN7 1X B
- (4) Manchester Research Unit, 8 Barlow Moor Road,
Disbury, Manchester 20

Elle se base sur la communication de tout cas de morbidité ou de mortalité de la part de 1.400 médecins généralistes concernant 23.000 utilisatrices de contraceptions orales comparées à 23.000 non utilisatrices. C'est la plus vaste et la plus complète des enquêtes sur les effets de la pilule entreprises dans le monde.

2) Une étude sur les attitudes face à la grossesse. Cette étude à long terme sur les séquelles de l'avortement provoqué, est menée en collaboration avec le Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues. Elle a commencé en 1976 et sera ultérieurement basée sur une comparaison entre l'état de santé et la fertilité de 8.000 femmes ayant subi un avortement provoqué et d'un grand nombre de femmes dont la grossesse non planifiée n'a pas été interrompue artificiellement.

- Swansea (1)

Ce Centre est engagé dans des travaux qui associent la recherche généraliste à d'autres recherches entreprises par des organismes comme le Laboratoire de la Santé Publique (une étude à long terme sur la grippe dans la cellule familiale), le Centre de Recherche Epidémiologique du Conseil de Recherches Médicales à Cardiff (l'aspirine comme moyen de prévention d'un infarctus du myocarde) ou les départements de sociologie médicale et de génétique de l'Université de Swansea. Il entreprend également régulièrement une étude prospective à grande échelle sur l'histoire naturelle de la coqueluche au sud du Pays de Galles, région où le taux de vaccination anticœquelucheuse est particulièrement bas.

2/ La spécificité de la recherche généraliste

Ces recherches semblent surtout faire appel à des chercheurs du troisième type, c'est-à-dire des collecteurs de données, et ne semblent pas profiter au champ particulier que constitue la médecine générale qui, dans le Bulletin de Recherche n° 2 de 1954, était défini comme s'occupant des personnes à traiter dans leur propre environnement, avec des méthodes d'évaluation et de diagnostic spécifiques, parce qu'il s'agit d'un matériel humain non sélectionné.

.../...

(1) Swansea Research Unit, 139 St Helen's Road
Swansea, W. Glam. SA1 4DA

Le fait qu'en Grande-Bretagne toute personne se trouve inscrite sur la liste d'un médecin généraliste ; que presque toute consultation de spécialiste (y compris hospitalière) passe par l'intermédiaire du généraliste et que toute observation, tout diagnostic faits ailleurs, soient communiqués au médecin du malade, procure à tout membre de la population un seul et unique dossier médical couvrant toute sa vie. Il est évident que ce système représente pour la collecte d'un certain type de données, un extraordinaire potentiel de recherche sur un plan national, mais il représente peut-être également un danger : celui de "l'arbre qui cache la forêt".

En ce qui concerne la question posée à la plupart de mes interlocuteurs, à savoir : ce qui d'après eux rend la recherche généraliste spécifique par rapport à la recherche hospitalière, la moitié ne semble pas concevoir qu'une spécificité existe. La spécificité de la médecine générale est pour eux la longue relation avec les malades qui permet des recherches comme celle sur la morbidité ou celle sur la contraception orale. Par contre, ceux/^{pour}qui un champ de recherche spécifique existe, admettent que les recherches telles qu'elles sont actuellement menées restent utiles mais pensent qu'elles ne font guère avancer la médecine générale. Trois personnes dont deux directeurs de centres, pensent qu'un champ primordial est celui qu'ils appellent "self audit", "self assessment", c'est-à-dire la révision de la méthode propre à chacun d'exercer son métier après une évaluation personnelle et discussion de celle-ci avec des pairs. Comme l'exprime l'un d'eux : "en demandant à 20 généralistes quels sont leurs critères de diagnostic, ce qu'ils examinent, comment ils le font, on obtiendra 20 réponses différentes et c'est absurde". Cette recherche sur ses propres méthodes de travail devrait, selon eux, être incluse dans le programme du "Vocational Training" (1).

Il existe un petit groupe de contestataires à l'intérieur du collège qui demande que la spécificité de la médecine générale soit mise à jour. Après une première réunion, ils se sont mis d'accord pour dire que la médecine générale a certaines caractéristiques qui la distinguent des autres branches de la médecine, par exemple : sa généralité, le fait qu'elle couvre un champ très vaste, la plus grande continuité dans la relation avec les malades, les soins à domicile, le fait d'utiliser des moyens simples plutôt que sophistiqués. Ce sont des caractéristiques

.../...

assez solides à elles seules pour justifier la demande qu'elle soit considérée comme une discipline universitaire ; mais une discipline universitaire dépend de sa production scientifique. Reste qu'il faut prouver l'affirmation comme quoi la médecine générale constitue un champ de recherche spécifique. Cette question est posée en même temps partout en Europe.

Ce groupe sus-mentionné a tenu 3 à 4 réunions autour du président actuel du Collège, mais depuis près d'un an, les réunions n'ont plus lieu. Il semble qu'un rapport sera publié sous peu. Selon le Docteur Conrad Harris, du St-Mary's Hospital, plusieurs groupes similaires ont existé mais tous de brève durée parce que le niveau de concordance est si général et si abstrait que personne n'arrive à en tirer des conclusions concrètes.

Les contestataires sont d'accord pour juger la recherche sur "la méthode de travail" et sa révision par "audit" comme très importante. Elle doit aider à définir certains standards et des méthodes de travail spécifiquement généraliste ; elle est d'autant plus importante qu'elle fait intervenir -dans certains cas- la relation médecin/malade. En effet, cette recherche met en lumière le fait que l'adoption d'un diagnostic est également influencée par la personne qui se trouve en face du médecin. Ce fait n'est certes pas appréhendé par tous les groupes "audit" qui restent à un niveau beaucoup plus opérationnel (1).

3/ Un exemple : le Centre de Recherche de Birmingham

Afin d'illustrer l'étendue du domaine couvert aujourd'hui par la recherche généraliste en Grande-Bretagne, nous avons choisi d'examiner en détail les recherches entreprises par le Centre de Recherche de Birmingham. Les activités de ce centre peuvent être divisées en cinq groupes :

.../...

(1) Toute recherche concernant les conditions et les moyens de travail du médecin généraliste.

- 1) Evaluation de la qualité des soins - le "self audit", la révision de ses propres méthodes de travail
- 2) Le Service des retours hebdomadaires des protocoles (1)
- 3) L'enquête nationale de morbidité
- 4) Etudes environnementales
- 5) Etudes de recherches particulières

1) Le "Self audit".

Il s'agit, nous l'avons vu, de développer des procédés de révision implicite dans les domaines qui, aujourd'hui, défient l'application des procédés explicites. La révision implicite a comme but d'établir des modèles de pratique clinique ou opérationnelle individuelle des médecins généralistes, qui peuvent servir de bases de discussion avec leurs pairs professionnels. Des discussions critiques sur les différences qui se sont révélées dans de petits groupes permettent d'amorcer une évaluation constructive et des ajustements des pratiques antérieures.

Des schémas de format standard ont été inventés par le centre pour l'inscription et l'analyse des données, format qui donne une flexibilité maximum permettant aux utilisateurs de remplir aussi peu ou autant de cases qu'ils le désirent. Des dossiers tout faits, composés de tels schémas avec des notes explicatives, sont à la disposition des médecins généralistes (2).

Les sujets traités jusqu'à maintenant concernent les systèmes de rendez-vous, les transferts des malades à l'hôpital, l'utilisation des services diagnostiques, les habitudes de prescription, les critères pour les cas d'hypertension et d'infarctus du myocarde.

.../...

(1) Cf Annexe III, Protocole de retour

(2) Cf Annexe IV, les paquets "audit"

Le centre mène également une campagne afin de persuader les médecins généralistes, les maîtres de stage, les conseillers régionaux (en éducation médicale) et d'autres personnes concernées par l'éducation médicale, de créer un programme continu d'évaluation personnelle et de révision.

2) Le Service des "retours hebdomadaires"

Ce Centre reçoit sur une base hebdomadaire des retours de protocole concernant 30 à 35 maladies, collectés par environ 100 médecins qui couvrent une population de 250.000 personnes. Ces retours sont traités par ordinateurs et utilisés par quelques 13 institutions comprenant le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale et le Laboratoire de Santé Publique. Cette recherche permet, par exemple, de prévoir des épidémies de grippe une semaine à l'avance, donc elle rend possible des actions préventives. Les données ainsi indexées sont également utilisables pour des recherches rétrospectives sur des complications survenues après une maladie ou un traitement, ainsi que pour une multitude de recherches ponctuelles. Toute cette recherche est financée par le Ministère de la Santé.

3) L'enquête nationale de morbidité.

Ces index sus-mentionnés sont facilement utilisables pour une enquête nationale de morbidité. En effet, le Centre mène maintenant sa deuxième enquête nationale de morbidité, en collaboration avec l'Office de Recensement et d'Enquêtes et le Ministère de la Santé. Elle doit couvrir une période de 10 ans (1970-1980). Une troisième enquête est prévue pour 1981.

Une fois cette étude planifiée et lancée, le centre s'occupe des problèmes quotidiens de contact avec les généralistes participants et, par ailleurs, de toute une programmation d'études subsidiaires. A long terme, c'est la capacité de cette enquête à s'intégrer aux autres sources d'information qui constitue sa principale raison d'être. La mise en rapport des données de l'enquête avec des données du recensement doit permettre de créer un fichier intégré de données concernant les faits sociaux et la morbidité pour des analyses plus poussées.

Les études subsidiaires qui peuvent être menées à partir de cette enquête majeure ou en association avec celle-ci sont, par exemple :

- l'histoire naturelle de la goutte
- l'histoire naturelle du diabète, etc..
- les complications post-vaccinales
- les procédés à utiliser afin de respecter le caractère confidentiel des données transmises par les médecins.

4) Etudes environnementales

Le Centre a postulé que des études sur les incidences et les origines des maladies ont plus de valeur si elles sont faites dans le contexte dont une influence sur ces maladies est probable.

Des variations dans des maladies observées en médecine générale peuvent être examinées à la lumière des variations environnementales mesurables grâce à des techniques de mesure très sophistiquées mises en place en commun avec des scientifiques des disciplines concernées.

Le Centre a ainsi entrepris des études en collaboration avec des membres des départements universitaires, tels que les départements de géographie, de chimie, de physique, de psychiatrie, de médecine sociale et de psychologie.

5) Recherches spécifiques

Ces recherches spécifiques sont souvent faites à la suite d'une étude majeure. Une série de travaux a ainsi succédé à la grande enquête sur la grossesse menée en 1964. Ces études concernent les liens entre les malformations ou les morts-nés et les maladies et leur traitement médical chez la mère au début de la grossesse, une autre est faite sur les femmes ayant avorté.

Une autre étude se propose d'identifier les éléments sociaux dans les problèmes présentés au médecin généraliste.

Enfin, ces recherches comprennent également des études sur les effets secondaires des médicaments et des études sur des modèles de prescription.

.../...

Au centre de Birmingham est attaché un cabinet de 5 médecins qui sert de laboratoire pour des "tests pilotes" avant la mise en route d'une recherche.

Une analyse des activités scientifiques du Centre permet de constater que celui-ci semble couvrir tous les domaines considérés "officiellement" comme étant ceux de la médecine générale. Elle laisse également apparaître de façon sous-jacente que le médecin généraliste doit prendre en considération l'environnement socio-économique du malade ; comme l'exprime son directeur "le généraliste doit, en formant son diagnostic, prendre en considération aussi bien l'élément émotionnel qu'organique dans la plainte du malade" (...) "car il a été prouvé que, dans environ 27 % de toutes les maladies rencontrées par le généraliste, le contenu émotionnel est aussi important que le contenu physique et dans 21 % d'autres cas, ce contenu émotionnel est appréciable" (Crombie in the Practitioner, octobre 1963).

4/ Les hiatus de la Recherche

Après 30 ans d'existence du Collège Royal des Médecins Généralistes, le problème d'une définition de la recherche en médecine générale reste posé.

Pour la majorité des médecins généralistes anglais, les grandes enquêtes nationales comme celle sur la morbidité qui est dirigée à partir du Centre de Recherche de Birmingham ou celle sur la contraception dirigée par le Centre de Recherche de Manchester, sont le type même de la recherche en médecine générale. Elles sont reconnues et institutionnalisées. Cette majorité, comme l'exprime un de mes interlocuteurs, ne s'intéresse pas à la recherche et ne se pose, par conséquent, pas de questions. Parmi les généralistes qui appartiennent à la minorité qui fait de la recherche, beaucoup, nous l'avons vu, considèrent également ces enquêtes comme exemplaires. Elles sont généralistes parce qu'elles comprennent une importante population suivie pendant une longue période. Ceux-ci incluent également la recherche épidémiologique et la recherche

opérationnelle (1) dans le champ généraliste, à condition qu'elles soient faites par des généralistes. Reste un nombre restreint de médecins praticiens qui pensent que ces recherches constituent des solutions de facilité qui n'ont rien de spécifiques et qui n'ont pas de futur. Pour en avoir un, il faut découvrir une nouvelle voie de recherche concernant les personnes malades ou la maladie basée sur le rôle spécifique du généraliste, faute de quoi la médecine générale ne représenterait pas vraiment une discipline autonome. Ce même médecin ajoute crûment : "le produit final de la plupart des recherches généralistes a été une perte de temps, non pas au point de vue du médecin qui l'a menée à bien et pour qui cela peut être enrichissant, mais au point de vue de ce qu'il apporte au savoir médical". Ces quelques médecins savent que la recherche généraliste doit être une recherche qui prend en compte des aspects du comportement humain en relation avec la maladie que, seuls, les médecins généralistes peuvent appréhender au point du champ médical où ils se trouvent. Or, ce champ leur semble trop flou. Ils arrivent à le cerner en paroles, mais non pas en actes.

Du côté plus officiel, le Président du "Research Division Executive", Professor Clifford Kay pense que le champ de la médecine générale couvre pour ainsi dire toute la médecine. Après une réunion récente du Conseil du Collège et de la Division de Recherche, il ressort que deux grands domaines restent inexploités :

- "1) la recherche basée sur une observation clinique directe du patient et surtout sur une observation de l'interaction cruciale entre les éléments sociaux, psychologiques et physiques de la santé et de la maladie.
- 2) Les structures formelles d'une formation des médecins généralistes en méthodologie scientifique. Cette formation est jugée importante également pour les médecins généralistes qui ne sont pas particulièrement intéressés par la recherche puisqu'elle leur permet d'avoir une attitude critique envers eux-mêmes au point de vue professionnel et d'évaluer les travaux des autres.

.../...

Le Collège essaiera d'obtenir des conseillers régionaux en médecine générale qu'ils introduisent des cours de méthodologie de recherche dans le "Vocational Training" (1).

L'avenir de la recherche généraliste en Grande-Bretagne dépend certainement en grande partie de la position que prendra le Royal College of General Practitioners. Le danger existe d'un statu quo qui arrange presque tout le monde, généralistes comme hospitaliers. Cette recherche est rassurante et institutionnalisée ; elle ne dérange personne.

Cependant, le Collège a depuis presque un an un nouveau Président qui, lui, appartient aux "trouble-fête". Il remet en question la recherche telle qu'elle est faite aujourd'hui, et il soulève également le problème du rôle futur des "faculties". Beaucoup de celles-ci semblent stagner. Le Centre de documentation et de contact, en ce qui concerne la recherche, se trouvant au Collège même, et les activités de recherche étant entre les mains des Centres et, depuis peu, des départements de médecine générale, il ne reste aux "faculties" que les activités concernant l'éducation. Cependant, les objectifs éducatifs, aussi bien universitaire que post-universitaire, sont en bonne voie d'être résolus.

Le Président pense "qu'il faut les rendre plus actives, leur donner plus d'importance et plus d'argent que le Collège n'a bien voulu leur en attribuer jusqu'à maintenant". Différentes solutions sont proposées : l'une d'elles consiste à faire jouer un rôle plus actif à la "faculty" au niveau de la région, en participant à des discussions sur l'enseignement de la recherche généraliste, et en organisant des forums de discussions entre médecins généralistes intéressés par la recherche. Une autre consiste à demander aux "faculties" de solliciter les généralistes qui n'ont encore jamais contacté le Collège.

Dans le même ordre d'idées, un appel a été lancé -par le Collège- aux chercheurs isolés, les "grass roots" (2), et une réunion a eu lieu dans les locaux du Collège le 14 novembre de cette année. 250 médecins

.../...

(1) Clifford Kay 1979

(2) Grass roots : les racines de l'herbe, ici métaphoriquement, le praticien de base

généralistes avaient répondu ; un tri sévère a été nécessaire afin de réduire le nombre d'interventions à 12, de 10 minutes chacune, suivie de 10 minutes de discussion (1).

Cette initiative constitue une tentative pour faire sortir les médecins généralistes de leur isolement, pour les faire participer au développement de la médecine générale. Cet appel aux "grass-roots" se fait également à partir de quelques "faculties" comme de quelques départements de médecine générale, afin de "rendre ces généralistes contents de leur sort, mécontents et révoltés comme l'étaient les créateurs du Collège il y a 30 ans". (2)

Cette année a été établi un Centre de Surveillance des médicaments par le Royal College of General Practitioners et la Société "Medical Monitoring & Research, Ltd" (3) qui doit effectuer une surveillance après mise sur le marché des médicaments et des essais cliniques en médecine générale sur une échelle nationale. Nous sommes ici de nouveau en présence d'une de ces recherches impressionnantes, rassurantes, et certes nécessaires, mais qui n'aidera en rien à définir la recherche généraliste ou à prouver que la médecine générale constitue un champ de recherche spécifique.

.../...

(1) Cf Annexe V le programme de cette réunion

(2) Citation du Docteur D. Morrel, St Thomas'Hospital

(3) Contrôle et Recherche médicaux S.A.

III - LES DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE

Aujourd'hui, pour ainsi dire toutes les universités en Grande-Bretagne ont établi un département de médecine générale ou alors il y existe une unité d'enseignement en médecine générale. Le seul endroit où il n'y a rien est à Bristol, l'une des plus anciennes écoles de médecine de la Grande-Bretagne. On compte 25 départements et un sous-département en médecine générale avec à leur tête, dans 90 % des cas, un médecin généraliste, membre du Collège Royal des Médecins Généralistes.

L'engagement dans la médecine générale est très inégal d'un département à l'autre et dépend, dans une certaine mesure, de l'ancienneté de l'Université à laquelle il est attaché. Les nouvelles Universités, comme celle de Leicester, de Southampton et de Nottingham, consacrent beaucoup plus de temps à l'enseignement de la médecine générale et ont un budget généraliste beaucoup plus important que les départements des universités anciennes. Dans ces dernières, l'existence même du département de médecine générale dépend du bon vouloir de l'école médicale qui doit sacrifier une partie de son budget au financement du département généraliste. Le Gouvernement n'a pas, pendant cette période de crise, voté un budget supplémentaire pour l'établissement de départements en médecine générale. Beaucoup de ces départements, greffés sur des écoles existantes, survivent grâce à leur activité de recherche comme c'est le cas du département du St Thomas'Hospital à Londres (1). D'autres départements ne font pas de recherche du tout.

Le nombre d'heures consacré à l'enseignement généraliste varie également énormément, du simple au triple, d'une école à l'autre. Nulle part n'est enseignée -et cela ne semble pas être envisagé- une méthodologie de recherche en médecine générale.

Le personnel permanent -le plus souvent employé à temps partiel- varie de 0 à 8 personnes auxquelles s'ajoutent des chargés de cours à temps partiel. D'autres médecins généralistes peuvent 2 à 3 fois par an donner des cours et les départements disposent d'un certain nombre de cabinets de stage, tous choisis et sélectionnés selon des critères préétablis :

.../...

(1) Cf Annexe VI : la liste des publications de ce département.

- 1) le désir d'enseigner
- 2) la capacité d'enseigner
- 3) la disponibilité pour enseigner
- 4) compétence clinique
- 5) relations harmonieuses du Maître de stage avec collègues et patients
- 6) expérience et ancienneté (3 ans minimum)
- 7) organisation et locaux (1)

Peu de départements sont dirigés par un médecin généraliste à temps complet, ce qui -selon le Docteur Morrell- pose des problèmes de statut. Il pense que le généraliste qui a sacrifié sa liberté et de l'argent, et accepté les contraintes et la discipline d'une chaire académique, ce généraliste-là est accepté et respecté par les autres universitaires, tandis que les généralistes engagés à mi-temps au département ne sont pas acceptés et ont une tendance à être troublés et partagés à cause des problèmes de leur propre cabinet. L'universitaire généraliste continue à exercer sa profession à partir du département, mais en tant qu'universitaire payé par l'Université - et éventuellement pour ses recherches par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (2).

Une Association des Enseignants universitaires en Médecine Générale a été créée de façon presque spontanée. Les enseignants en médecine générale se sont aperçus qu'ils n'avaient pas de forum où discuter de la recherche et de l'enseignement, et ils ont organisé une réunion scientifique qui, depuis une dizaine d'années, a lieu annuellement pendant 2-3 jours. Cette association est directement issue du Comité d'Enseignement Universitaire du Collège ; du fait qu'ils ont créé leur propre groupe, quelques membres du Collège ont une tendance à en vouloir au département et à les considérer comme des séparatistes et des faux médecins généralistes. Le Président de cette association pense que c'est là une situation déplorable et essaie de rapprocher les deux parties ; d'un autre côté, l'Association a ses intérêts à défendre étant donné que les enseignants sont salariés et payés par l'Université. L'Association joue ainsi

.../...

(1) Cf Annexe VII : le texte complet

(2) Le problème de la part de pratique généraliste classique que doit conserver l'universitaire généraliste pour rester au contact de la réalité qu'il enseigne est un problème important. La Société Française de Médecine Générale souhaite que cette part d'activité en cabinet médical dépasse toujours 50 % du temps professionnel du généraliste universitaire.

le rôle de syndicat et également de société savante. Elle ne publie pas de journal ni de bulletin. De brefs comptes rendus paraissent dans le Journal du Collège Royal des Médecins Généralistes, à l'occasion de la réunion annuelle.

.../...

IV - PUBLICATIONS

Avec les meilleures conditions de la recherche généraliste créées grâce à la fondation du Collège des Médecins Généralistes, on pouvait peut-être s'attendre à une augmentation significative et rapide du nombre de travaux publiés, or cela n'est pas le cas. Il faut attendre 1958 pour voir 50 publications paraître dans l'année.

Pour la période 1948-1964, je me base sur un article du Docteur Sklaroff, de 1965, où l'auteur définit la recherche comme étant tout travail comprenant des comparaisons systématiques et/ou des données dont la fiabilité est confirmée. Cela exclut toute étude purement descriptive. L'auteur divise les recherches en 2 groupes :

- 1 - comprenant des études sur les problèmes cliniques et épidémiologiques
- 2 - comprenant des études sur l'organisation, l'équipement et la formation du médecin généraliste.

Recherches publiées par des M.G britanniques entre 1948-1964

Sujet	Année de publication																TOTAL	
	1948	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63		64
groupe 1			3	7	5	5	11	19	19	22	39	39	35	35	36	47	26	348 (73,6%)
groupe 2		2	3	4	5	5	1	2	7	6	10	8	10	10	18	17	17	125 (26,4%)

(tableau 1)

Il en ressort qu'à deux moments, des changements quantitatifs se sont produits qui sont à l'origine de 2 phases : l'une qui va de 1951 jusqu'en 1957, et l'autre qui va de 1958 jusqu'en 1964. La baisse du nombre de publications en 1964 s'explique peut-être par le fait que l'article date de cette même année.

1951 correspond à l'année où l'idée de la création du Collège a été lancée avec un appel à une prise de position de la part des médecins généralistes. Beaucoup, justement, faisaient alors état de recherches en cours ou terminées. Le fait de sortir la médecine générale de l'obscurité a peut-être incité des généralistes à sortir leurs recherches achevées du tiroir.

Le quasi doublement du nombre des publications en 1958 s'explique certainement par le fait qu'une période de 5 à 6 ans correspond bien au temps nécessaire pour mener à bien un projet de recherche.

Ces recherches sont, comme je l'ai indiqué, en majeure partie faites par des médecins isolés, qui ne demandent aucune aide ni organisationnelle, ni financière, venant de l'extérieur. Un changement s'est opéré sous l'impulsion du Collège qui, par son organisation, facilite la recherche en groupe, surtout à partir de la création des Centres de Recherche et qui rend l'obtention d'une aide financière possible.

Le schéma suivant permet de suivre cette tendance vers un groupement de la recherche.

Recherches publiées en G.B. par des M.G. entre 1948 et 1964

Auteurs	Année de publication			
	1948-1957		1958-1964	
1 M.G.	101	80 %	255	73,5%
Groupe de M.G. (évent. a/non M.G.)	25	20 %	92	26,5%

(tableau 2)

En effet, pendant la première période, il y a quatre fois plus de recherches faites par des médecins généralistes seuls, que de recherches faites par des groupes, tandis que, pour la période suivante, près d'un tiers des travaux sont faits par des groupes.

Pour la période 1968-1973 (les chiffres des années 1965 à 1968 me manquent malheureusement), cette tendance se confirme :

Auteurs	Année de publication							TOTAL		
	1968	69	70	71	72	73				
1 M.G.	64	72	61	63	65	50	375	56,6 %		
Groupe de M.G. (+ non M.G.)	51	45	50	53	48	41	288	43,4 %		
	TOTAL :							663	100 %	

(tableau 3)

Le nombre de publications ne varie que peu d'une année à l'autre pendant cette période et la quantité de publications faites par des groupes oscille entre 40 et 45 % du total. Que le nombre de publications parues en 1973 semble inférieur, s'explique peut-être par le fait que le bulletin "Research Projets by General Practitioners 1968-1973", d'où sont tirées ces données, a été imprimé avant que toutes les publications 1973 ne soient émises.

En comparant les chiffres de ces 6 années avec ceux de la période de six ans 1958-1964, on constate un doublement du total des publications et un triplement du nombre de travaux faits par des groupes de chercheurs, souvent comprenant des non-généralistes, mais toujours incluant au moins un généraliste.

Ces progrès doivent certainement être attribués aux actions du Collège Royal des Médecins Généralistes qui facilite la publication des travaux et surtout la circulation des informations permettant aux généralistes de connaître des projets de recherche en cours et de se contacter. Ce dernier fait, ainsi que l'accélération de la création de cabinets de groupe, explique l'augmentation significative des recherches collectives.

Malheureusement, je ne dispose pas de documents plus récents me permettant de donner des indications détaillées sur le nombre de publications depuis 1974. Le volume global de publications entre 1974 et 1978 comprenant surtout des oeuvres des membres du Collège atteint le nombre impressionnant de 1.420 rapports. Cette quantité inclut certainement tous les travaux concernant la médecine générale, y compris ceux originaires d'autres pays anglophones et des travaux sans participation de généralistes. Le volume des publications comportant tous ces travaux pour la période précédente (1968-1974) était de 1.000 rapports environ dont, seuls, 663 (1) sont des recherches faites par des généralistes britanniques. Il reste que les 1.420 publications ne couvrent que 4 années, ce qui, en tenant compte d'un pourcentage de 35 % environ de travaux non-britanniques/non généralistes, donne un accroissement de presque 50 %.

$$\frac{1420 \times 6}{4} = 2130 - 745 (35\%) = 1385$$

.../...

Si nous comparons ce chiffre avec le nombre de médecins généralistes en Grande-Bretagne, environ 20.000, nous pouvons avancer qu'au moins 10 % des généralistes ont participé activement depuis 1974 à des recherches. En effet, certains médecins sont auteurs de plusieurs travaux ; par conséquent beaucoup de travaux ont été effectués par des groupes - 43,4 % des travaux de la période 1964-1973 - ce qui représente un doublement par rapport à la période précédente. Nous pouvons, je pense, sans grossir les chiffres, supposer que 60 % des publications de 1974-1978 sont l'oeuvre de groupes, disons de deux généralistes en moyenne, ce qui est certainement une sous-estimation.

$$1385 + \frac{1385 \times 60}{100} = 2216$$

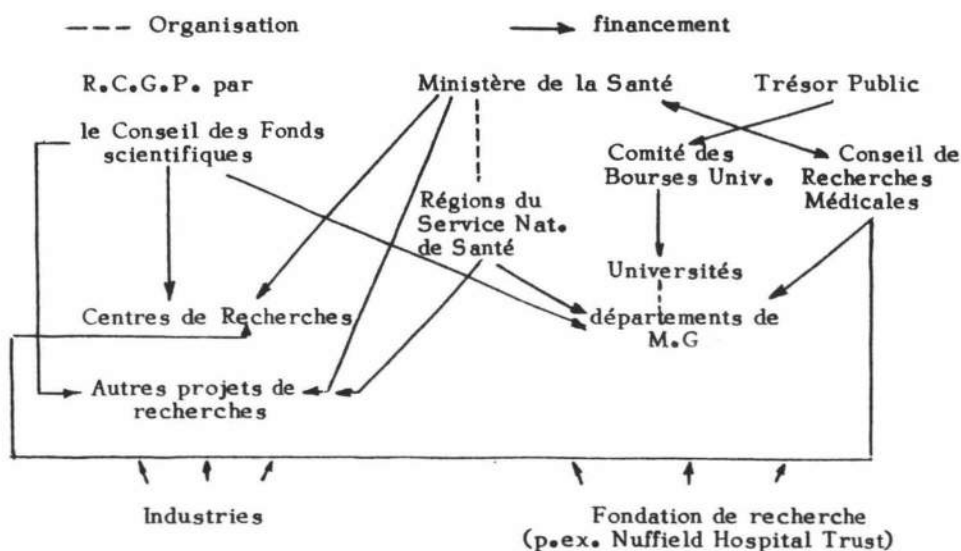
Disons que 40 médecins sont auteurs de 4 oeuvres chacun en moyenne, cela diminuera le chiffre global de 120, et nous laisse plus de 2.000 recherches publiées pour 20.000 généralistes.

.../...

V - FINANCEMENT

Le financement de la recherche en médecine générale provient de 3 sources principales : le Gouvernement (le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances), les industries (pharmaceutique, surtout) et les fondations.

D'après des indications du Professeur Clifford Kay, la distribution se fait de façon suivante :



Plus d'un million de livres sont attribuées par an à la recherche dans le champ de la médecine générale ; la plus grande partie venant du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. En 1976, les proportions étaient les suivantes :

Ministère de la Santé	£ 686.000
Autres	£ 411.500
Total	<u>£1.097.500</u>

Les projets financés par le Ministère de la Santé :

	£
Manchester Research Unit	90.000
Institute of Social Studies and med. Care	80.000
Social Research Unit	60.000
University College of Swansea	60.000
Birmingham Research Unit	55.000
Manchester Department of G.P	54.000
Heriot Watt	47.000
University of Kent at Canterbury	35.000
University of Oxford (Prof. Bennett) (1)	25.000
Oxford (Dr Perry) (1)	20.000
Cardiothoracic Institute	20.000
University of Birmingham (Health Services Research Centre)	20.000
St Thomas Hospital (2)	20.000
Institute of Psychiatry	20.000
University of Nottingham (3)	19.000
University of Birmingham (Pr Haley) (1)	14.000
Medical Research Council /DHSS Epidemiology in Medical Care Unit	12.000
University of Liverpool	10.000
University of London (Institute of Education)	9.000
Guy's Hospital (4)	6.000
University of Manchester (Pr Smith) (1)	5.000
University of Newcastle upon Tyne (Pr Newell) (1)	5.000
	<hr/>
TOTAL	£ 686.000

Ainsi à y regarder de plus près, on constate que les Centres de Recherche du Collège ne reçoivent que 145.000 £ du Ministère de la Santé, tandis que plus de 500.000 £ sont données à des Universités et des instituts où une recherche généraliste par des généralistes ne s'effectue que rarement.

.../...

(1) Il n'est pas attaché au département MG

(2) Cf Annexe VI : liste des publications du département MG

(3) Cf supra p. 29

(4) Département MG et activités de recherche presque aussi importants qu'à St Thomas

Le montant des autres sources était ventilé ainsi :

	£
Medical Research Council	136.000
Regional or area health authorities	76.500
King's Fund	44.000
Leverhulme Trust	29.000
Nuffield Provincial Hospital Trust	25.000
Pharmaceutical Industry	20.000
Scottish Home and Health Department	16.500
University Grants Committee	15.000
Donations	12.500
Job Creation Scheme	11.000
Social Science Research Council	8.000
RCGP (Research Foundation Board)	7.000
Research Council	6.000
Others	5.000
TOTAL	£ 411.500

Le Medical Research Council de la BMA représente la source la plus significative servant à financer en grande partie le Centre de Recherche de Manchester et son propre Centre de Recherche Epidémiologique en psychiatrie. Les "Regional or area health authorities" financent souvent indirectement la recherche en payant du personnel adéquat. King's Fund, Leverhulme Trust et Nuffield Provincial Hospital Trust attribuent surtout des bourses pour des recherches concernant l'éducation. Les autres sources mentionnées servent principalement à financer de petits projets de recherche.

Il semble, d'après l'auteur de l'article (1), d'où nous tirons ces sources, qu'environ 50 % de la recherche généraliste est faite par des médecins généralistes et concerne souvent, mais pas toujours, la médecine générale. Par contre, 50 % de la recherche concerne la médecine générale ou certains aspects de la médecine générale, mais elle est rarement faite en médecine générale ou par des médecins généralistes.

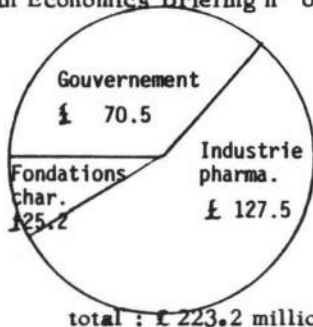
.../...

(1) Pr J.H. Walker 1978

Selon l'auteur, cet état de choses est dû à un problème de structures et de définitions, au fait que la "recherche généraliste est une affaire désordonnée".

Si ces chiffres sont exacts, et il n'y a aucune raison d'en douter, la recherche généraliste dispose vraiment de très peu de moyens (ou disposait de très peu en 1976). Il semble que deux ans plus tard, en 1978, un tiers de tout l'argent attribué à la recherche généraliste par le Ministère de la Santé et par le Conseil de Recherches Médicales, va aux centres de recherche du Collège (1).

Pendant, si nous comparons avec le budget global alloué en 1976-77 à la recherche médicale, la situation semble encore plus noire. En effet, ce budget se monte à 223 millions de £ provenant des sources suivantes : (in Office of Health Economics Briefing n° 6, juin 1978).



De telles disparités expliquent la réflexion du Conseil de Recherches médicales dans une lettre du 23.6.1980 : "très peu de médecins généralistes sont impliqués dans la recherche médicale".

Il est certain que la taille d'un problème dépend des yeux qui le regardent. Cependant, les conditions de la recherche généraliste à l'époque de Mackenzie ou il y a seulement 25 ans ne sont pas comparables avec les conditions qui règnent aujourd'hui. La médecine générale existe officiellement comme discipline spécifique, elle est entrée à l'Université comme telle, et la recherche généraliste fait partie de l'institution médicale. Ce discours appartient au discours officiel. Nous avons vu que la situation réelle n'est peut-être pas aussi limpide et encourageante.

.../...

(1) Source 1978 confidentielle

Il existe des groupes de généralistes qui pensent que la recherche de la médecine générale n'en est qu'à ses débuts et qu'il faut beaucoup d'efforts et de réflexion pour en faire une recherche spécifique avec son objet propre et ses moyens propres.

Le Royal College of General Practitioners a décidé cette année d'obtenir des fonds d'un million de livres en lançant un appel à la générosité privée. Au mois d'août, il avait reçu un peu plus de la moitié, à savoir :
£ 510.000 dont :

- £ 13.000 des membres du Collège
- £ 189.000 des fondations charitables
- £ 280.000 des industries
- £ 27.000 des patients et d'autres personnes privées.

La moitié de la somme obtenue à la fin de l'année ira à la recherche, mais à quelle recherche ?

.../...

CONCLUSION

Nous l'avons vu, la recherche généraliste en Grande-Bretagne existe, elle a ses centres de recherche, elle est entrée à l'université, elle publie plus de 1000 ouvrages par an, et elle reçoit un financement de l'Etat.

Pourtant, le champ de la recherche généraliste reste encore à définir - "il couvre toute la médecine" - et une méthodologie de recherche généraliste reste également à trouver. On voudrait qu'une méthodologie soit enseignée, et l'on en revient toujours au problème de la définition du champ de recherche, car sans elle la méthodologie ne peut qu'être calquée sur celle déjà existante. Ils sont un groupe de généralistes à réfléchir sur ces problèmes, et la question est donc posée. Tant qu'une réponse acceptée par tous les médecins généralistes ne sera pas donnée, il semble bien que cette recherche ne pourra guère fournir son écot spécifique à la recherche médicale.

BIBLIOGRAPHIE

- Balint, M.: The doctor, his patients and the illness in Lancet 1955 i, 683
- Balint, M.: The doctor, his patients and the illness, London, Pitman 1957, réimprimé 1964.
- Bourne, S. & Lewis, E.: Research as an educational tool; experience from Balint groups in Med. Education 1978, 1/6.
- Prof. Henry Cohen: The Training of a Doctor, report of the Medical Curriculum Committee of the BMA, 1948, Butterworth & Co., Ltd. London.
- Prof. Henry Cohen: General Practice and the Training of the General Practitioner, 1950, Butterworth & Co., Ltd. London (pour la BMA).
- Joseph S. Callings: General Practice in England of today. A reconnaissance. 1950, Lancet, Mars 25, p.555-585.
- McConaghey, R.M.S.: Ernest Wood & collective investigation in Journal of RCGP Vol.24, Août 1974, p.568-71.
- Crombie, D.L.: Research in General Practice - Future Trends in Update Vol II N° 6, Sept. 1975, p.517-22.
- Crombie, D.L.: Diagnostic methods in The Practitioner, Octobre 1963, Vol.191, p.539-45.
- Lord Dawson of Penn: Future Provision of Medical and Allied Services, 1920, His Majesty's Stationary Office, London (interim report)
- Horner J.P. & Swift G.: The history of Vocational Training for General Practice in Journal RCGP Jan.1979 "Reprint"
- Horner M.G.: The growth of the general practitioner of medicine in England, Bridge & Co., London 1922.
- Howie, H.G.R.: Research in General Practice, 1979 Croom Helm Ltd., London.
- Knox, J.D.E.: Studies of General Practice (Demand, Need, Quality) in British Medical Bulletin 1974, 30, N° 3 p.209-213.
- Pereira Gray, D.J.: A System of Training for General Practice in "Occasional Paper 4", Journal RCGP, Sept.1977.
- Sklaroff, S.A.: Some Trends in Research Published by United Kingdom General Practitioners 1948-1964.
- Walker, J.H.: Financial support for research in General Practice in Journal RCGP Févr. 1978, p.103-106.
- Medical Research Council Report 1957-58: Research in General Practice.
- Office of Health Economics: Health Care Research Expenditure in OHE Briefing n° 6 Juin 1978.
- RCGP: Evidence to the Royal Commission on the National Health Service. An account of the research organisation and activities of the RCGP. 1979.

BIBLIOGRAPHIE (suite)

- Research Division & Council of RCGP: Lettre non datée de 1979 envoyée à toutes les "faculties".
- RCGP Research Unit Birmingham: Research Unit Activities 1973.
- RCGP Research Unit Birmingham Juin 1975.
- College of GP: First Annual Report 1953.
- College of GP: Second Annual Report 1954.
- RCGP: 23rd Annual Report 1975
- RCGP: 27th Annual Report 1979
- RCGP: Research Projects by General Practitioners 1968-73.
Author Index.
- RCGP: Appeal 1980.
- MacAdam, Douglas & Metcalf, David; Departments of General Practice in the U.K. A Gazetteer 1977.
- SFMG: Recherche Epistémologique sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne. 1979
p.195-230.
- Entretiens avec: Dr. John Horder, Président du RCGP.
Dr. Clifford Kay; Directeur du Centre de Recherche de Manchester
Dr. Donald Crombie, Directeur du Centre de Recherche de Birmingham
Dr. J. Walker: Département de MG, Newcastle
Dr. Cyril Gill, secrétaire de la Société Balint
Dr. D.C. Morrell: Unité de recherche et d'enseignement, St. Thomas'Hosp.
Dr. Conrad M. Harris, Département de MG, St. Mary's Hospital
Mrs. Joan Mant, secrétaire de la Division de de recherche du RCGP.