

# Encouragement de la recherche en médecine ambulatoire<sup>1</sup>

Résultats de la séance de travail de l'ASSM «Encouragement de la recherche dans le domaine de la Médecine de premier recours en Suisse» du 15 novembre 2002 à la Maison Wildt à Bâle

L'Académie Suisse des Sciences Médicales, sur incitation de sa commission «Recherche et réalisations en médecine appliquée» (RRMA), a organisé une séance à la mi-novembre à Bâle, dans laquelle l'avenir de la recherche en médecine ambulatoire était au premier plan. Quelque 40 personnalités de l'enseignement et de la recherche universitaire et des sociétés de Médecine de premier recours, de même que deux hôtes européens de renom, F. Olesen du Danemark et J. A. Knottnerus des Pays-Bas, y ont été invités.

B. Kissling

J'ai eu l'insigne honneur de formuler les conclusions. J'ai suivi cette manifestation en tant que médecin de famille, mon regard fixé sur la question à mon avis centrale:

«Qu'est-ce qui stimule le plaisir, la créativité, la curiosité, l'estime de soi, la lecture et l'écriture chez les médecins de famille?»  
B. Kissling, 15.11.2002

Les réponses à cette question sont résumées sur une «mindmap» que je voudrais expliciter un peu plus en détail ci-dessous.

## Prologue – quelques statements de la cage d'escalier de la Maison Wildt

Après quelques brèves présentations, les participant-e-s se sont réparti-e-s dans les workshops interactifs suivants dans les vénérables salons de la Maison Wildt.

## Contenu et structure

W. Stauffacher, Président de l'ASSM, a inauguré la séance en disant qu'aujourd'hui, il n'est pas seulement question de mettre en place des structures de recherche en réseau, mais aussi de vouloir nous concentrer sur des

pensées fondamentales sur la recherche en Médecine générale.

«Structure follows content»  
W. Stauffacher, 15.11.2002

## Impulsion pour un développement durable

H. Stalder espère un «brainstorming» créatif ayant un effet de démarrage et à long terme. Son raisonnement est que les prestations médicales sont fournies à 90 pour-cent en pratique ambulatoire, que la recherche ambulatoire n'est jusqu'ici qu'à peine fonctionnelle, malgré des structures de base existantes – groupes de travail Recherche de la FIAM, de la SSMI, de la SSMG et le GREPA<sup>2</sup>, etc. Depuis la publication dans le BMS de son rapport «La recherche en médecine pratique ambulatoire»<sup>3</sup>, dans lequel il a anticipé le développement actuel sur le monde visionnaire, il ne se serait rien passé; peut-être simplement parce que cela est difficile; il semble que davantage de support est indiqué de toute urgence.

## La définition de la Médecine générale comme moteur de sa recherche

J.A. Knottnerus retire de ses expériences aux Pays-Bas que la force de la Médecine générale en tant que discipline est le tendon d'Achille de la recherche en GP. Il faudrait en outre une collaboration interdisciplinaire. Les idées de recherche doivent venir de la part des médecins praticiens, tirées du contexte de leur activité quotidienne. La formation des futurs chercheurs devrait commencer pendant les études déjà. En Hollande, il a dit que la recherche spécifique dans les cabinets de médecine générale n'a commencé à se développer correctement qu'après qu'une définition scientifique de la médecine de famille ait été donnée. Par la suite, il a été possible de démontrer que l'épidémiologie de la médecine de famille était différente de celles des patients hospitalisés, tout comme étaient différentes la répartition des stades de maladies et l'influence sur les dépenses de la santé d'une médecine de famille bien évoluée; ces connaissances auraient à leur tour contribué à renforcer encore la médecine de famille.

<sup>1</sup> La version en allemand de cet article a paru dans PrimaryCare n° 5, 2003.

<sup>2</sup> Groupe der recherche en pédiatrie ambulatoire.

<sup>3</sup> Schweiz Ärztezeitung 1993;28:1124-6.

Figure 1.



4 Société suisse de Médecine Interne.  
 5 Société suisse de Médecine Générale.  
 6 Société suisse de Pédiatrie.  
 7 Académie Suisse des Sciences Médicales.  
 8 Recherche et Réalisations en Médecine appliquée.  
 9 Fakultäre Instanzen für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin (instances facultaires de Médecine générale).  
 10 Unités de Médecine générale, Lausanne/Genève.  
 11 Institut universitaire de Médecine sociale et préventive.  
 12 Groupe de recherche en pédiatrie ambulatoire.  
 13 Institut für evaluative Forschung in der Orthopädie Bern (auparavant MEM; Maurice Muller Institut).  
 14 Office fédéral des assurances sociales.  
 15 Office fédéral de la santé publique.  
 16 Swiss medical rescue and emergency conference.

General Practice: all patients can present all health problems in all stages at any time.  
 J.A. Knottnerus, 15.11.2002

**Un réseau de recherche Suisse**

G. Abetel, responsable du groupe de travail Recherche du CMPR, le GRCA (Groupe de recherche clinique en ambulatoire), a présenté l'état actuel de l'évolution du «Réseau national suisse de recherche clinique ambu-

latoire». Ce réseau est actuellement élaboré en collaboration multidisciplinaire, il est censé devenir la condition structurelle pour l'encouragement de la recherche en médecine ambulatoire en Suisse.

Y collaborent: SSMI<sup>4</sup>, SSMG<sup>5</sup>, SSP<sup>6</sup>, ASSM<sup>7</sup> avec RRMA<sup>8</sup>, FIAM<sup>9</sup>, UMG/UEMG<sup>10</sup>, IUMSP<sup>11</sup>, GREPA<sup>12</sup>, IFOB<sup>13</sup>, OFAS<sup>14</sup> et OFSP<sup>15</sup>, SMEDREG<sup>16</sup>.

### Win-Win comme moteur pour l'interface entre tous les partenaires de la santé publique

F. Olesen, du Danemark, est partisan d'une interface entre tous les partenaires de la santé publique. Il pense à vraiment tous les partenaires, des médecins praticiens à l'administration, en passant par les médecins hospitaliers, chirurgiens et internistes, sans oublier les assureurs ... Il faudrait qu'une situation Win-Win soit bien visible pour tous. Le délai extrêmement long à l'heure actuelle encore entre le transfert du résultat de la recherche et son application en pratique devrait être raccourci. Le financement de la recherche serait plus généreux si les structures du réseau permettaient de voir ce que deviennent les montants consacrés à la recherche. Une masse critique de chercheurs serait indispensable pour un encouragement de la recherche à long terme.

Il parle de la Médecine générale sur un mode provocant, comme un instrument «dangereux»; mais il pense par là au contraire au bénéfice potentiel des soins de base médicaux de bonne qualité. L'amélioration de la qualité de la Médecine générale augmenterait la qualité de l'ensemble du système de santé, cela a été prouvé, et ceci encore à un bon prix. Mais la recherche ne se passe qu'à 10% au plus en pratique indépendante.

«out»patients	«in»patients	
90%	10%	
↓	↓ →	10% ↓
91%	9%	

F. Olesen, 15.11.2002

90% des traitements sont ambulatoires, 10% hospitaliers. Un déplacement de 1% du domaine «in» vers le domaine «out» donnerait une diminution des coûts de traitement «in» d'environ 10%.

### La médecine générale est plus que la somme de toutes les spécialités

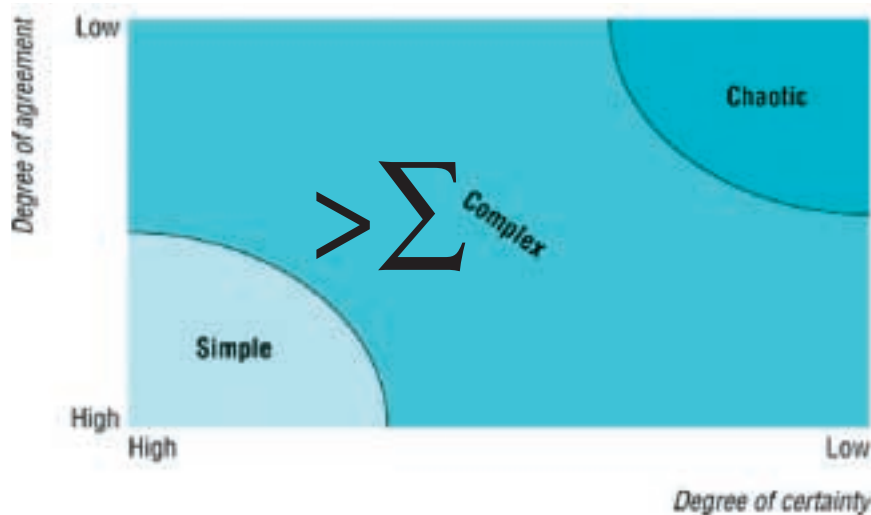
qu'un médecin de famille met en pratique dans son travail de chaque jour. L'European Definition of General Practice / Family Medicine<sup>17</sup>, que la WONCA Europe a élaboré en consensus avec toutes les sociétés européennes de Médecine générale, et qui a été adoptée au congrès 2002 de la WONCA à Londres, définit comme suit la médecine de famille:

«La médecine générale / médecine de famille est une discipline académique et scientifique ayant ses propres objectifs de formation, sa propre recherche, ses propres références, et une activité clinique indépendante; et c'est une spécialité clinique orientée vers les soins de premier recours.»

European Definition of General Practice / Family Medicine, WONCA-Europe, London 2002

Cette définition décrit les caractéristiques de la médecine de famille et le rôle du médecin de famille, avec ses compétences centrales spécifiques. La prise en compte du contexte du patient, l'attitude médicale et l'aspect scientifique prennent alors un poids particulier.

**Figure 2.** Sécurité et concordance (d'après Stacey), BMJ 2001; 323:625-8 (15 septembre).



<sup>17</sup> Se trouve sur le site de la SSMG sous [www.ssmg.ch](http://www.ssmg.ch); elle paraîtra en allemand au début 2003.

## La médecine de famille vit dans un domaine complexe

Le travail de la médecine de famille s'effectue dans un environnement complexe, dans lequel sécurité et concordance sont souvent faiblement développées. Il se pratique ainsi dans le domaine non linéaire, et se trouve du même fait largement en dehors du champ d'action de la plupart des guidelines, structurées quant à elles de manière linéaire.

## La curiosité suscite des questions et la recherche en pratique ambulatoire

La recherche en médecine de famille doit répondre à des questions spécifiques et importantes de la médecine générale, qui se posent dans l'environnement complexe dans lequel elle se pratique. Les idées de recherche en médecine de famille doivent en conséquence provenir des expériences quotidiennes des praticien-ne-s.

«To research to get practical answers to our practical questions.»

C. Herbert au congrès 2002 de la WONCA à Londres

Mais il faut d'abord franchir certains obstacles centraux. La culture de la recherche parmi les médecins généralistes est tout d'abord faiblement développée, et la majorité des généralistes praticien-ne-s semble ne pas être spécialisée précisément sur la manière de formuler des questions. Trisha Greenhalgh et al.<sup>18</sup> ont constaté qu'à l'hôpital, 5 nouvelles questions sont reconnues par patient, contre 1 seulement pour 4 patients, voire même par demi-journée en pratique indépendante.

## Eveiller la culture de la recherche – apprendre à poser des questions

Le premier de tous les efforts consiste donc à encourager le plaisir et l'aptitude à reconnaître les questions spécifiques, et à les formuler, comme un processus continu pendant toute la durée de l'activité professionnelle, pendant toutes les phases de formation *pré-, postgraduée et continue*.

Le *problem based learning* des études de Médecine semble être un bon outil pour introduire d'emblée les étudiant-e-s dans le

monde des questions et de la complexité. Pour que ces questions restent dans les problèmes de la médecine de famille, les étudiant-e-s et médecins assistant-e-s en formation postgraduée ont en outre besoin de *modèles / images de rôles* pour la profession du/de la médecin de famille. Plus impressionnants et durables qu'avec des documents théoriques tels que l'*European Definition of General Practice / Family Medicine* ou le *catalogue des objectifs d'enseignement de la SMIFK*, cela se fait naturellement par le *contact personnel* précoce et continu avec des médecins praticien-ne-s, par exemple dans des *cours en groupe ou blocs* et dans *l'assistanat au cabinet médical*, et pourquoi pas par un *tutoriat à long terme* et par des *joint ventures entre l'hôpital et les médecins généralistes*. Ce n'est que par souci d'être complet qu'il faut préciser que ces contacts doivent s'établir sous le signe du *respect mutuel* et de la *reconnaissance de la médecine de famille par les universités*. Celles et ceux que la recherche intéresse tout particulièrement devraient être préparé-e-s à leur activité de recherche personnelle en suivant des *voies de formation spécifiques*, mais aussi pour soutenir de leur modération les médecins de famille que la recherche intéresse, et pourquoi pas avec un *titre ad hoc de «doctor» ou de «master»*.

Chercher veut dire accompagner scientifiquement notre activité quotidienne, démontrer sa valeur ajoutée.

E. Battegay, 15.11.2002

De cette manière à plusieurs étapes et niveaux, la masse critique de médecins généralistes intéressé-e-s par la recherche demandée par F. Olesen devrait être atteinte.

## Know-how, aptitudes et instruments techniques

Encourager le plaisir à la recherche ne suffit pas. Il y a quelques autres défis à relever pour que les nombreuses bonnes idées des médecins généralistes ne soient pas jugées d'emblée comme impraticables et atterrissent dans la poubelle sans avoir été examinées, et que les timides tentatives de recherche de quelques collègues ou groupes ne finissent pas en cul-de-sac et génèrent des frustrations, et qu'enfin les médecins de famille puissent sortir du cercle vicieux dans lesquels ils/elles se trouvent à l'heure actuelle.

<sup>18</sup> Greenhalgh T, Hughes J, Humphrey C, Rogers S, Swinglehurst D, Martin P. A comparative case study of two models of a clinical informaticist service. *BMJ* 2002;324:524-9 (2 March).

Commençons par les *structures du cabinet médical* et le *management du temps* qui lui est lié, pour appliquer les idées de recherche issues à côté du travail quotidien du/de la médecin de famille, préciser leurs dimensions éthiques et les questions de protection des données, rassembler les bonnes données, les analyser statistiquement et quant à leur contenu, et finalement écrire...

Le *know-how*, les connaissances des *outils techniques de la recherche* doivent être transmis aux médecins intéressé-e-s. Il faut encourager les *contacts* avec les gens disposant de cette connaissance, mais surtout de l'accès aux *sources de financement*.

Pour répondre de manière réaliste aux questions spécifiques de la médecine de famille, nous avons en outre besoin de *nouveaux modèles pour la recherche dans le domaine complexe* dans lequel se joue la médecine de famille. La recherche médicale actuelle, qui repose toujours essentiellement sur le principe «cause-effet» et qui se fait la plupart du temps sur le mode linéaire, ne peut que difficilement s'appliquer telle quelle au domaine de la médecine de famille.

### **Trans murs – action et collaboration interdisciplinaire – Win-Win**

La maîtrise de tous ces défis ne devrait être atteinte que par une mise en commun des forces, par le développement d'une synergie entre les groupes de praticien-ne-s (extra murs) et les instances académiques des universités (intra murs), par le regroupement (trans murs) des aptitudes spécifiques et complémentaires de tous les acteurs de la santé publique, par la réalisation en commun de réseaux visibles, par une collégialité d'égal à égal résultant d'une reconnaissance et d'une bienveillance mutuelle, par le maintien du bon tempo pour les médecins généralistes, par la promotion ciblée et une offre adéquate de support pour les projets de recherche, et finalement par une communication adéquate entre les médecins généralistes périphériques pratiquant la recherche et les collègues au centre du réseau, par des modérateurs ayant accompli une formation spécifique et reconnus par la base.

Cette séance de l'ASSM, lors de laquelle des représentant-e-s de différents groupes ont pu faire plus ample connaissance, est un premier pas important vers un développement durable.

Pour qu'il n'y ait pas de nouveau 10 précieuses années de perdues dans ce pays jusqu'à la prochaine étape!

H. Stalder, 15.11.2002