

Annus mirabilis ou l'année du 1^{er} avril 2006 – un bilan



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 38 von «PrimaryCare» erschienen.

Rapport annuel 2005 du groupe de travail Recherche ReMPR du CMPR

Beat Künzi

Dans le cadre d'un projet commun de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et du Collège de médecine de premier recours (CMPR), les groupes de travail Recherche de la SSMG et du CMPR ont fusionné le 17 mars 2005 en un groupe «think-tank» [1]. Le 1^{er} avril 2006, il y eut, comme vous le savez, un grand événement historique: un nombre encore jamais vu de médecins de premier recours se sont rassemblés dans la rue. Entre autres revendications des manifestants, il y avait celle – importante – d'un meilleur ancrage de la médecine de premier recours dans les Facultés de médecine. Mais il est vrai que la pression de la rue ne suffira pas à elle seule à promouvoir de manière durable une académisation de la médecine de premier recours. Une académisation repose beaucoup plus – comme nous l'avions communiqué il y a une année – sur des «portails de médecine de premier recours» [2], à savoir des travaux de recherche pertinents et publiés dans des médias bien en vue, ainsi qu'une pratique et un enseignement qui s'y réfèrent avec des rôles correspondants et des figures d'identification marquantes.

La recherche en médecine de premier recours obtient ainsi un rôle-clé pour assurer l'avenir de la médecine de premier recours. Ci-dessous, nous reflétons – du point de vue du président du groupe de

travail Recherche du CMPR – les développements actuels concernant ce rôle, sur le plan suisse. Cet exposé comprend un aperçu sur les structures créées au cours de l'année dernière et sur les processus d'encouragement de la recherche en médecine de premier recours, ainsi que sur les résultats atteints jusqu'ici et les limites. Finalement, les pas ultérieurs nécessaires à l'établissement d'une médecine de premier recours académique sont évoqués.

ReMPR: une nouvelle structure pour la promotion de la recherche en médecine de premier recours

Au cours de sa première année d'existence, le groupe de travail ReMPR a fait converger, sur le plan virtuel ou réel et dans la visée commune clairement définie de soutenir de manière collégiale la recherche en médecine de premier recours aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du groupe, un large spectre de connaisseurs avertis, issus du monde de la recherche en médecine de premier recours en Suisse. Le pilier des nouvelles structures est constitué de trois formes différentes de participation à la recherche en médecine de premier recours:

- Profil 1: praticiens qui apportent des idées de recherche ou participent à des projets.
- Profil 2: praticiens responsables de l'exécution d'un projet de recherche.
- Profil 3: collaborateurs scientifiques d'un institut facultaire ou équivalent, qui s'occupent des intérêts de la médecine de premier recours.

Des collègues de tous les profils sont devenus actifs au sein du groupe¹ et j'aimerais ici tous les remercier pour leur soutien dans la phase de départ du ReMPR.

Combien de recherche en médecine de premier recours a-t-elle été jusqu'ici possible à travers le ReMPR?

Lors de la séance constitutive en conclave du 17 mars 2005, nous avons défini ensemble une structure et une organisation opérationnelle de soutien aux chercheurs médecins de premier recours, orientée sur les recommandations du groupe de travail Stalder [3]. Par l'intermédiaire du groupe de communication du ReMPR (composé de Franz Marty, Hermann Amstad et Ueli Grüninger), les offres de soutien du ReMPR nouvellement définies furent communiquées, respectivement publiées [4]. La tâche centrale du ReMPR est depuis lors le soutien de projets de recherche au cabinet du médecin de premier recours, indépendamment du fait que ceux-ci soient introduits sous forme de pure idée de recherche ou de projet de recherche déjà mûri. Par ailleurs, les demandes de bourses pour une formation de chercheur de profil 2 sont soutenues: les candidats ont la possibilité de se faire accompagner par un mentor ReMPR. La qualité des demandes introduites et acceptées par le ReMPR doit être soutenue par des reviews, une mise en réseau et le mentoring aussi loin que nécessaire pour obtenir une bonne chance de financement et réalisation du projet. Les projets ayant ainsi obtenu une «maturité» adéquate bénéficient d'une recommandation de la part du ReMPR à l'intention d'un office de financement – en règle générale la commission RRMA (Recherche et Réalisations en Médecine Appliquée) de l'Académie suisse des sciences médicales ASSM. La RRMA engage ensuite, pour les projets les meilleurs selon son évaluation, les ressources financières à disposition pour la recherche en cabinet médical. Au cours des quatre ans à venir,

1 Amstad Hermann, Bâle; Bollag Ueli, Pouzolles, F; Bovier Patrick, Genève; Busato André, Berne; Christen Peter, Zurich; Cornuz Jacques, Lausanne; Grüninger Ueli, Berne; Hungerbühler Philippe, Yverdon-les-Bains; Isler Martin, Brienz BE; Koller Michaël, Bâle; Laubscher Ursula, Berne; Marko Peter J, St Gall; Marty Franz, Coire; Marty Thomas, Zurich (s'est retiré en 2006); Peltenburg Michaël, Hinwil; Ramsauer Mauro Fabrizio, Lugano; Zoller Markus, Zurich.

il est aussi prévu de créer une capacité de recherche correspondant à un maximum de trois bourses par année d'un montant total unitaire de 30 000 francs pour le curriculum de profil 2. Les candidats sont les bienvenus! A côté de ces activités, le ReMPR exerce une fonction de coordination et de conseil auprès du CMPR, pour les questions en relation avec la recherche. Par exemple, le ReMPR peut collaborer à la prise de position dans les procédures de consultation de la loi sur la recherche sur l'homme ou répondre à des demandes de la part de réseaux de médecins ou de caisses maladie.

Suite à la mise au concours initiée au printemps 2005, 16 soumissions sont jusqu'ici parvenues; celles-ci se répartissent selon le tableau 1.

Presque la moitié (7/16) des soumissions ont été faites à l'origine sous forme

d'idées de recherche de médecins de premier recours.

L'autre moitié des soumissions faites au ReMPR (8/16) ont été formulées comme projets de recherche, qui correspondaient formellement plus ou moins aux critères en la matière, respectivement formulaires établis par le ReMPR [5] (cf. www.kollegium.ch).

Les formulaires suivants sont disponibles:

Demande d'idée de projet (<http://www.kollegium.ch/rd/idee.pdf>)

Demande de projet de recherche (<http://www.kollegium.ch/rd/projekt.pdf>)

Demande de bourse (<http://www.kollegium.ch/rd/stipendium.pdf>)

Ces propositions de projet ont été soumises à une revue détaillée. Celle-ci examine entre autre l'importance du projet pour la médecine de premier recours (selon la définition de la Wonca²) et l'adéquation de la méthode de recherche et de la question de recherche par le ReMPR et – selon le domaine – par des spécialistes externes. A l'issue de ces revues, des recommandations d'amélioration ont été faites pour tous les projets de recherche examinés. Après remaniement correspondant, parfois important, les quatre projets suivants ont pu être soumis avec le plein soutien, respectivement recommandation du ReMPR à la commission RRMA de l'ASSM:

2 The European Definition of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2002 (<http://www.woncaeurope.org>).

Tableau 1

Soumissions actuelles au ReMPR.

Entrée en tant que	Objet de recherche	Auteur principal / commanditaire	Demande de bourse (profil 2)	Sort (recommandation par le ReMPR / financement par RRMA)
Idée de projet	2-2005: indicateurs de réseau	P. Christen / réseau	non	Retiré (manpower)
	4-2005: relève en médecine de premier recours	M.A. Fischer / F. Marty	non	Coopération recommandée
	5-2005: ADHS	M.H. Ryffel	non	Pas clair
	6-2005: risque CV	Gr. de 9	évt	En élaboration (?)
	7-2005: ostéoscore	Gr. de 9	évt	Pas clair
	8-2005: AK bei Dyspnoe	M. Gallmann	évt	Pas clair
	11-2005: expérience et qualité	M. Isler	non	Pas clair
Demande de projet	1-2005: dossier informatisé	M. Zoller / Informatics SSMG	oui	Projet et bourse de profil 2 recommandés – tous deux acceptés (projet à hauteur de 24 500 CHF)
	3-2005: Workforce MRP	F. Marty / IHAMB	non	Projet recommandé – accepté (46 000 CHF avec éditions)
	12-2005: Peau et carence en B12	P. Marko / Policlinique	non	En remaniement
	13-2005: Parkinson et ostéoporose	M. Gnädinger	non	Remaniement recommandé → revue systématique
	14-2005: obésité	A. Schneider / M. Zoller / réseau	non	Recommandé – accepté (26 000 CHF)
	15-2005: qualité en MPR	A. Jäggi / CQ Elfenau / Ethnolog. Inst. Uni Berne	non	Recommandé – accepté (20 000 CHF / année pendant 3 ans) Exécution compromise
	16-2005: Ecology of health information	A. Meer	évt	En remaniement
	1-2006: Intervention minimale pour l'arrêt du tabac	P. Rueff / R. Ott	non	Evaluation en cours
Demande de bourse	9-2005?	A. Walther	évt	Pas clair
	10-2005	A. Meer	évt	Ajourné

- Projet 1-2005 «Reach» de Marco Zeller, Heinz Bhend et SSMG Informatics. Question de recherche: Quels aspects et conditions organisationnels, structurels, juridiques, techniques et financiers sont-ils pertinents pour l'implémentation du dossier patient informatisé (DPI) dans un réseau de recherche en médecine de premier recours? Etude de concept comme base pour la constitution d'un cahier des charges avec demande de bourse de M. Zoller pour un curriculum de profil 2.
- Projet 3-2005: «Workforce HA-Medizin» de Franz Marty en collaboration avec Peter Tschudi de l'Institut de médecine de premier recours IHAMB, Bâle. Question de recherche: situation de l'assistance en médecine de premier recours. Relevé descriptif à l'aide d'un questionnaire.
- Projet 14-2005: «Adipositas» (Obésité) de Andreas Schneider et Marco Zoller en collaboration avec le réseau de médecins Z-Med et l'ISPMZ, Zurich. Question de recherche: des changements de comportement, de connaissances et d'aptitudes concernant l'obésité peuvent-ils se manifester chez les membres d'un réseau ambulatoire de médecins, grâce à une intervention ciblée concernant le disease-management? Etude d'intervention contrôlée avec saisie de données par questionnaire avant et après l'intervention.
- Projet 15-2005: «Hausärztliche Qualität» (Qualité en médecine de premier recours) de Andrea Jäggi en collaboration avec le cercle de qualité Elfenau et l'Institut d'ethnologie de l'Université de Berne. Etant donné que les critères de qualité usuels ne rendent pas suffisamment compte du travail des médecins de premier recours, il s'agit de montrer, en ce qui concerne la qualité en médecine de premier recours: 1. ce que la qualité en médecine de premier recours signifie et quel est son résultat; 2. quels sont les critères axés sur la pratique en médecine de premier recours; 3. pour quelle raison et en quoi un tel concept de qualité axé

sur la pratique offre un complément à une définition quantitative de la qualité dans les discussions basées sur les données; 4. signification économique de ces critères de qualité en économie et politique de la santé. Etude qualitative.

Les quatre projets de recherche recommandés par le ReMPR et la candidature de Marco Zoller pour la formation de profil 2 ont été acceptés et financés par la commission RRMA (président: Prof. A. Pécoud, Lausanne) déjà six mois après la séance de constitution du ReMPR (cf. tab. 1). Entre-temps, les rapports concernant les activités de recherche actuellement en cours ont été rédigés [5, 6]. Durant la première année de son existence, le ReMPR est ainsi venu à l'aide de la recherche en médecine de premier recours, avec un départ réjouissant. Un coup d'œil sur le tableau montre cependant que certaines choses sont restées sur la touche. Les points faibles devraient être analysés cette année lors d'une nouvelle séance en conclave du ReMPR.

A quelles limites se heurte le ReMPR et avec lui, la recherche en médecine de premier recours?

Jusqu'ici, les moyens de soutien d'idées de recherche et aux collègues du profil 1 font défaut. Des obstacles de plus en plus nombreux à la réalisation d'études d'intervention au cabinet médical se dessinent, pour la plupart extérieurs au ReMPR: ainsi, la nouvelle loi sur la recherche humaine exige (au moins le projet) l'accord obligatoire d'une commission d'éthique et la conclusion d'une assurance responsabilité civile spéciale. De sorte qu'à l'avenir, la recherche au cabinet médical s'avère à peine financable et – pour autant qu'elle puisse encore vivre – se déplacera dans le domaine commercial pur. Dans le domaine du soutien aux boursiers du profil 2, le mentoring honorifique ReMPR ne me paraît pas assez professionnel et en Suisse, il n'existe pas de module de formation pour les candidats.

Pour les plus grands projets, le cadre de financement du RRMA est trop étroit. Pour que des projets avec par ailleurs de bonnes chances puissent être soumis également au Fonds national FNRS, l'offre de soutien du ReMPR sous sa forme actuelle devrait encore être nettement aménagée. Mais les ressources pour une telle amélioration manquent. La collaboration avec le nouvel institut de médecine de premier recours de Bâle IHAMB n'est jusqu'à maintenant que très ponctuellement réalisée, du fait que l'ancrage principal de l'IHAMB est l'enseignement en médecine de premier recours. La recherche au niveau des autres instances facultaires de médecine de famille en est encore au stade du sommeil de la Belle au bois dormant.

Enfin, les processus de travail interne du ReMPR montrent clairement aujourd'hui déjà les limites d'un système de milice.

Implications pour l'avenir de la médecine de premier recours en Suisse

Les études de base sur les connaissances modernes de l'EBM reposent sur des populations qui, en raison de la co- ou multimorbidité, excluent de manière prouvée jusqu'à 90% des patients soignés par les médecins de premier recours [7]. On peut gagner de l'argent avec des études d'efficacité mais non pas avec des études d'efficacité au cabinet médical. La Health Services Research n'a chez nous pas de priorité ou bien elle se réduit au disease management et au contrôle des coûts. De sorte qu'il manque des faits scientifiques essentiels pour les décisions de politique de la santé concernant l'efficacité du système d'assistance en soins médicaux. Dès lors, il n'est pas étonnant que les choses traînent aussi pour la recherche en médecine de premier recours comme base pour l'académisation et l'avenir de notre médecine de premier recours, en fait notre système d'assistance médicale. Les patients des médecins de premier recours et ces derniers restent exclus. Salut les critères efficacité-économie-adéquation! Il y a donc à faire – à savoir à chercher.

Sans recherche en médecine de premier recours et sans académisation de cette dernière, nous n'avons pas d'avenir. Je vous remercie pour votre soutien.

Remerciements

Merci à tous les collègues qui, à l'intérieur ou à l'extérieur du ReMPR – et aussi dans le cadre d'un réseau ReMPR ponctuellement élargi – ont apporté aux projets qui nous ont été soumis un soutien précieux soit directement, soit par leurs revues constructives et critiques. Je remercie Ursula Laubscher et Ueli Grüniger du secrétariat CMPR pour leur soutien administratif. Le budget du ReMPR, au début très chiche, était alimenté par les subventions de la

SSMG et du CMPR, auxquelles se sont ensuite ajoutées – en reconnaissance du travail fourni durant la première année d'existence du ReMPR – des contributions régulières de la SSMI ainsi qu'une subvention unique de 15 000 francs de la part de l'ASSM/RRMA. Au nom du ReMPR, j'aimerais encore une fois ici remercier chaleureusement ces donateurs!

Références

- 1 Marty F, Grüniger U, Künzi B, Amstad H. Groupe de travail «Recherche en médecine de premier recours» du CMPR – les bases. *PrimaryCare* 2005;5(25):573–5.
- 2 Künzi B. Recherche clinique en médecine de premier recours: 2005, «annus mirabilis»? Editorial. *PrimaryCare* 2005;5(16):360.
- 3 Encouragement à la recherche en médecine de premier recours. Recommandations d'un Groupe de travail de l'ASSM placé sous la direction du Prof. Hans Stalder, Genève. *PrimaryCare* 2005;5(25):574–5.
- 4 Bollag U. Forschung in der Hausarztmedizin. *Paediatrica* 2005;16(4):53.
- 5 Marty F, Tschudi P. Forschung in der Hausarztmedizin – ein Werkstattbericht. *PrimaryCare* 2006;6(18):340–1.
- 6 Zoller M. Forschung in der Hausarztmedizin: Ein Stipendium erleichtert HausärztInnen die Ausbildung! *PrimaryCare* 2006;6(18):343–4.
- 7 Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006;4:104–8.

Adresse à contacter:
Secrétariat du CMPR, «ReMPR»
Landhausweg 26
CH-3007 Berne
khm@hin.ch



WATCHFUL WAITING

«... The importance of the primary assessment of symptoms, in the context of their meaning for the patient, cannot be overemphasized. Primary care physicians have to work at all levels of abstraction and all levels of certainty, though paucity of data in the early stages of illness often obliges them to make clinical judgements in conditions of high uncertainty. High uncertainty requires fail-safe strategies, such as robust rule-out tests and watchful waiting.»

Aus dem Vorwort von Ian R. McWhinney zum «Oxford Textbook of Primary Medical Care» (Oxford University Press, 2003, ISBN: 0192632191)

FM