PrimaryCare

Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 24 von «PrimaryCare» erschienen.

Médecine de premier recours: dorénavant il faut agir – les paroles ne suffisent plus

Rapport annuel 2006 du Groupe de travail Recherche du CMPR (ReMPR)

Beat Künzi

Un tournant dans la médecine de premier recours?

Le Groupe de travail Recherche du CMPR (ReMPR) avait déjà remis en 2006 un compte rendu sur ses activités de première année [1]. Depuis le 1er avril 2006, beaucoup de collègues se sont mis à compter sur une révolution de la médecine de premier recours. En tant que médecins de premier recours, il faut absolument améliorer nos conditions de travail. Pour atteindre un effet de longue durée, de nombreuses discussions ont montré clairement la nécessité de passer par une intégration des médecins de premier recours dans l'enseignement et la recherche dans les facultés et d'améliorer les conditions-cadre politiques. Il faut aussi probablement repenser et restructurer les services d'urgence, et surtout les modèles d'assistance médicale à un niveau national. Il en découle que nous sommes demandés sur tous les fronts. Maintenant il faut agir, les paroles ne suffisent plus. Le transfert de l'assistanat dans les cabinets médicaux, et l'intégration de leaders parmi les médecins de premier recours dans les facultés va exiger de nous tous un travail acharné et supplémentaire. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrons nous charger de ces tâches. Il est indispensable pour cela de créer de nouveaux réseaux et d'innover dans la coopération sur tous les plans. Notre attitude sociale de combattants solitaires – si fréquente – représente un handicap et un obstacle. Qui prend le risque envers et contre tout en sera récompensé par le plaisir et la reconnaissance de son travail, et il aura contribué de plus à assurer notre avenir de médecins de premier recours.

La recherche en médecine de premier recours crée des bases de décision importantes

La recherche et les connaissances en médecine de premier recours, l'«evidence based medecine» appuyée sur des études empiriques, vont s'imposer de plus en plus comme base décisionnelle. Elle sera même incontournable pour deux groupes-cibles: les décideurs en matière politique, et les membres du corps médical lui-même, particulièrement la relève dans la médecine de premier recours – dans les facultés ainsi que dans la formation continue. Dans un marché de la santé se diversifiant si rapidement, à en devenir opaque, les généralistes ayant bénéficié d'une bonne formation et munis de connaissances approfondies du système vont occuper une position centrale. Car l'opinion comme quoi tout est faisable pourvu que ce soit le bon spécialiste qui «répare» – encore fort répandue dans la société postindustrielle – s'avère de plus en plus illusoire au niveau financier pour le payeur de prime, et se révèle fréquemment irréalisable sur le malade. Les attentes utopiques de tous les acteurs, attisées par la pression du marché et l'illusion de la faisabilité, atteignent aujourd'hui des limites. La collision entre innovations techniques et développement démographique menace de faire sauter la société solidaire moderne. L'insatisfaction atteint même le corps médical.

Le développement problématique de notre système de santé surcharge les participants. Le système de santé est de plus en plus dirigé par des mesures d'urgence radicales plutôt que piloté avec diligence. Il advient qu'un nombre croissant de médecins de premiers recours insatisfaits en perdent leur rôle traditionnel comme pivot central du système de santé; beaucoup d'entre eux cependant s'engagent dans une médecine de premier recours forte, fixant des priorités claires lors de la consultation et après celle-ci, et encadrant de manière intégrée les 20% de patients consommant 80% des ressources. C'est ainsi que les médecins de premier recours contribuent d'une manière peu spectaculaire, mais décisive, à une gestion vigilante de ces ressources limitées. C'est la raison pour laquelle les médecins de premier recours, comparés aux spécialistes, soignent les malades chroniques avec des résultats certes similaires, mais avec des coûts dont il est prouvé qu'ils sont moins élevés [2]. Certaines indications montrent également de manière précise que l'état de santé de la population des pays dont le système de santé est orienté sur la médecine de premier recours est généralement meilleur que celui qui prévaut dans les systèmes à dominante de spécialistes [3].

Le rôle du groupe de travail ReMPR du CPRM

Vous allez vous demander: où en est le rapport avec la recherche en médecine de premier recours ou avec le RePRM? Ce qui était pressenti [4] depuis des années est devenu manifeste depuis le 1er avril 2006: nous avons besoin d'arguments et de cerveaux, si nous ne voulons pas, en tant que médecins de premier recours, demeurer une partie du problème. Il faut que nous devenions une part décisive de la solution.

Pour cela notre discipline a besoin d'une base scientifique autonome et communicable à tous, que ce soit dans l'enseignement académique ou dans la réorganisation de notre système d'assistance médicale. La demande actuelle concerne une recherche en médecine de premier recours bien connectée – basée sur une approche interdiscipli-

naire – faisant ressortir les faits essentiels afin de donner des pistes et une orientation à la fois pragmatique et efficiente à l'assistance médicale. Le Groupe de travail Recherche du Collège de médecine de premier recours y joue un rôle de premier plan, avec tous les FIHAM, en soutenant et en reliant la recherche en médecine de premier recours, qu'il s'agisse de «manpower» ou de «brainpower» à l'aide des trois sociétés d'assistance médicale de base ainsi que de l'Académie des sciences médicales (ASSM). La manière de travailler du ReMPR a déjà été décrite en détail: en plus de l'encouragement effectif de projets de recherche, le ReMPR accompagne également des chercheurs et des médecins de premier recours (appelés chercheurs de profil 2) soutenus par des bourses de l'ASSM [5].

Depuis 2005, et pour une durée de cinq ans, l'ASSM tient des moyens supplémentaires à la disposition de la promotion de la recherche en médecine de premier recours. Fin juin 2007, la moitié de cette phase d'encouragement sera écoulée. Qu'avons-nous atteint jusqu'ici? Voici un bref rapport intermédiaire des activités du ReMPR en 2006, complété par des indications sur certains développements actuels.

Formation d'une capacité de recherche critique en médecine de premier recours

Les moyens supplémentaires octroyés par l'ASSM devraient permettre une formation complémentaire dans la recherche en médecine de premier recours, composée de façon individuelle ou avec l'aide du ReMPR, à trois médecins de premier recours par année, à l'aide de bourses se montant chacune à 30 000 francs. L'un d'entre eux, Marco Zoller de Zurich, a présenté un programme concret et un projet. Les deux travaux ont obtenu le financement de la RRMA/ASSM avec la recommandation du ReMPR. Entretemps, Marco a déjà remis son rapport. Deux autres candidats restants ont également concrétisé leur vision et déposé une demande de projet en 2007 (Stefan Neuner, Zoug) et une idée de projet (Andreas Walther, Bâle). En 2006, il n'y eut qu'une seule candidature, de Romandie cette fois (Paul Sebo, Genève), pour une bourse d'études en e-learning se terminant par un «Master in Epidemiology». Cette demande a également été appuyée par le ReMPR et financée (partiellement) par la RRMA/ASSM. En 2007, jusqu'ici, deux personnes intéressées se sont annoncées ou ont déposé leurs projets à des fins de soutien.

Conclusion: entre 2005 et 2009, les moyens dont dispose l'Académie pourraient permettre la formation en recherche en matière de médecine de premier recours à quinze collègues; il semble à première vue que d'ici cette première moitié de phase de promotion seuls trois candidats (20%) auront profité de cette offre. Les personnes intéressées pourront consulter le secrétariat du ReMPR foham@kollegium.ch qui donnera volontiers de plus amples renseignements.

Soutien aux idées et projets de recherche

Le destin des sept idées et des huit demandes de projets déposées en 2005 au ReMPR a déjà été décrit de manière circonstanciée [1]. En tout, dans l'année 2006 faisant l'objet de ce rapport, neuf demandes de projets et une idée de projet de portée générale ont été remis. Les thèmes traités en sont les suivants:

Ces collègues s'intéressant de plus près à ces domaines ou à des sujets analogues, et/ou qui voudraient s'y connecter, peuvent avoir accès à des données plus précises auprès du ReMPR (foham@kollegium.ch/ www.kollegium.ch – sous le lien recherche clinique).

Il faut souligner en outre quatre demandes de bourses d'études pour une formation continue en méthodes de recherche (curriculum de profil 2).

On peut constater que le nombre de remises de projets au ReMPR (cinq projets) a diminué nettement par rapport à l'année précédente. Il faut noter cependant que certaines demandes de recherche ont passé directement pour financement au RRMA, sans devoir passer par le soutien du ReMPR.

Le ReMPR commence à se faire percevoir hors du milieu professionnel: néanmoins, la proposition provenant de la «communauté d'intérêt Disease Management» (IGDM)[1], visant à effectuer une étude en commun sur l'évaluation d'un programme de disease management, fut retirée par l'IGDM après une première séance avec des représentants du ReMPR. Lors du remaniement des autres projets par le ReMPR, il s'est avéré que critique et soutien demandent beaucoup de travail et que cela entraîne des retards, comme par exemple lors du traitement du projet 12-2005 intitulé «Vitamine B_{12} et douleurs cutanés» dont nous avions déjà parlé [7]. D'autres requêtes, comme l'idée d'un physicien de soumettre à examen l'utilisation d'un solvant pour établir le temps de doublement du PSA dans la pratique, mènent au sein du ReMPR à des discussions de fond passionnantes sur l'ultime question significative de recherche. S'agit-il d'améliorer la phase préanalytique des examens, gravement

Remise en tant que	Objet de la recherche
Idée de projet	Pose de diagnostic dans la médecine de premier recours
Requête de projet	Vitamine B_{12} et douleurs cutanés
	Qualité et complexité dans la médecine de premier recours
	Informations provenant de call centers médicaux utilisés dans la recherche sur l'écologie des informations sur la santé
	NicoLei II: Intervention minimale dans le sevrage du fumeur au cabinet médical du médecin de premier recours
	Programme cardiaque (étude sur le disease management)
	PSA-Watch – un auxiliaire pour le monitoring à long terme
	Développement d'un profil de prédiction clinique ayant pour objectif les exercices de stabilisation de la colonne vertébrale
	Performances de la médecine de premier recours dans le traitement ambulatoire des urgences
	Registre de la recherche en médecine de premier recours

négligée, afin de diminuer les 40% de cas positifs erronés et menant à des décisions d'interventions invasives inutiles? Il n'existe pas encore d'études sur l'influence du coït, de la pose de cathéters ou de la pratique du cyclisme sur la valeur du PSA. D'autres informations suivront – mais hors de ce rapport annuel.
Trois séances d'une demi-journée chacune furent consacrées à l'expédition des affaires courantes dans cette deuxième année du ReMPR. De plus, en novembre, au 18e mois, le ReMPR tint une retraite de deux jours.

La retraite 2006 du ReMPR pose des jalons

A l'invitation du ReMPR, vingt participants, comprenant des représentants de tous les FIHAM et de l'ASSM-RRMA, se réunirent au château de Hünigen (BE) afin de déterminer un état des lieux de la recherche en médecine de premier recours en Suisse. Sous la modération de Monsieur Hugelshofer, les mesures suivantes furent décidées afin de soutenir la recherche en médecine de premier recours par le CMPR et le ReMPR:

1. Création d'un *bureau de coordination de la recherche en médecine de premier recours.* Il servira à l'échange d'informations. Les FIHAM soumettront cette proposition au CMPR jusqu'en juin 2007.
2. *Clarification et détermination des responsabilités,* en 2007 encore, par un sous-groupe formé par des représentants des ReMPR, FIHAM, CMPR, et RRMA. Il s'agit ici entre autres de clarifier les mandats à donner au bureau de coordination ainsi que de délimiter les rôles du ReMPR et du RRMA dans l'évaluation des projets.
3. *Création d'une task force pour la promotion de compétences en matière de recherche en médecine de premier recours.* Des personnalités éminentes recrutées parmi les médecins de premier recours, dans l'académie et la politique sont appelées à former ainsi un lobby puissant destiné à intervenir dans la promotion d'une stratégie nationale de recherche, en particulier avec l'objectif de créer une section de médecine de premier recours dans le Fonds National à partir de 2008.

1 L'IDGM est issue de la concertation de plusieurs grandes caisses-maladie comme la CSS, le Groupe mutuel, Helsana et Visana.

Ainsi des objectifs précis et partant des possibilités de développement se dessinent peu à peu dans le paysage de la recherche de la pratique médicale. Je remercie ici tous les collègues du ReMPR et tous les participants à la retraite pour leur engagement. Je remercie également le modérateur et le sponsor Pfizer AG pour leur soutien. Dans mes remerciements, j'inclus également tous ceux qui ont soutenu et soutiendront la médecine de premier recours dans cette voie.

Prix de la recherche du CMPR

Pour terminer il faut encore mentionner deux des activités du ReMPR en rapport avec ce qui a été traité plus haut: la création du Prix de la recherche du CMPR, soutenu par la maison Mepha SA, ainsi que la présence de la recherche et du ReMPR dans les congrès.
La mise à disposition d'une somme de 30 000 francs par la maison Mepha – qu'elle en soit remerciée ici – représente un nouveau tournant dans la promotion de la recherche en matière de médecine de premier recours. Ce prix du CMPR pour la recherche, soutenu par Mepha, est destiné à distinguer des travaux de recherche menés à terme sur la pratique de la médecine de premier recours.
Après une évaluation effectuée par un jury neutre et indépendant, ce prix sera décerné pour la première fois en 2007 sous la présidence du professeur H. Stalder de Genève. Délai de remise des travaux: 28 février. Pour tous renseignements: secrétariat du CMPR foham@kollegium.ch.
Autre engagement du ReMPR: rendre visible la recherche en matière de médecine de premier recours dans les congrès. Ainsi Patrick Bovier et Beat Künzi ont-ils organisé un atelier de travail au congrès du SSMI de Lausanne en mai 2006. A Bâle, au congrès du SSMG, la recherche en matière de médecine de premier recours fut aussi bien représentée: nous pûmes apprécier pour la première fois la présentation de 40 posters de recherche lors du passionnant exposé de Peter Tschudi. Last but not least, le congrès de la WONCA 2009 à Bâle se rapproche. Une vitrine de premier plan à ne pas manquer pour placer les travaux de notre pays dans un cadre éminent. Cependant il reste encore beaucoup à faire, il faut agir – les paroles ne suffisent plus.

Délais de remise des travaux
ReMPR: à tout moment (foham@kollegium.ch)
RRMA: 1er mars et 1er septembre
Prix de la recherche du CMPR 2008 (avec le soutien de Mepha): 29 février 2008.

Références

1 Künzi B. Annus mirabilis oder das Jahr vor dem 1. April 2006 – eine Bilanz. PrimaryCare 2006;6(39):720–3.
2 Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties: results from the medical outcomes study. J Am Med Assoc 1995; 274: 1436–44.
3 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract 2001; 51: 303–9.
4 Künzi B. Pas d'avenir sans recherche en médecine de famille: la marginalisation des médecins de premier recours a commencé. PrimaryCare 2005;5(1-2):10–2.
5 Marty F, Grüninger U, Künzi B, Amstad A. Groupe de travail «Recherche en médecine de premier recours» du CMPR – Buts et fonctionnement. PrimaryCare 2005;5(25):573–5.
6 Zoller M. Forschung in der Hausarztmedizin: Ein Stipendium erleichtert HausärztInnen die Ausbildung! PrimaryCare 2006;6(18):343–4.
7 Marko P, Marty F. Vitamin B_{12} und Hautleiden. PrimaryCare 2006;6(23):434–6.

Dr Beat Künzi
Gemeinschaftspraxis Brunnmatt
Brunnmattstrasse 63
3007 Bern
beat.kuenzi@swisspep.ch