Thomas Rosemann

La recherche en médecine générale – de bonnes raisons épidémiologiques

La recherche autonome est-elle vraiment nécessaire en médecine générale? Hormis ses propres besoins, dessert-elle aussi ceux du système de santé dans son ensemble?
L'enseignement et la recherche figureront parmi les tâches essentielles des nouveaux instituts de médecine générale. L'objectif de cette recherche se situe toutefois bien au-delà de la seule exploration d'un nouveau domaine clinique: l'examen de la prévalence et de l'incidence des pathologies aboutira à une description juste et précise des prestations que doivent fournir les médecins de famille dans le système de santé. A l'avenir, ces connaissances seront indispensables pour piloter les interactions sur le plan de l'approvisionnement en soins. La recherche indépendante dans notre domaine sera donc pour nous d'un intérêt vital. Les fondements de ce constat seront renforcés et clarifiés dans les prochains numéros de PrimaryCare par la discussion d'exemples suggestifs de recherche en médecine générale. Tous démontrent, en rapport avec différentes maladies de base ou différents systèmes de santé, l'énorme importance qu'occupent les médecins de famille pour améliorer la qualité de vie des patients, et pour ménager les ressources du système de santé.
Dans le présent article, je vais entreprendre une excursion dans le domaine de l'épidémiologie afin de définir le cadre dans lequel se déroulent nos activités et notre recherche.
Quelles sont donc les raisons qui poussent à la recherche dans les soins primaires? Etudions tout d'abord simplement les faits. En 2001, Green et ses collaborateurs ont publié une étude dans le New England Journal of Medicine – le journal occupant le rang le plus élevé parmi tous les journaux médicaux – dans laquelle ils examinent une question que l'on peut résumer en ces termes: «Où l'être humain se fait-il soigner?» [1]. Parmi 1000 personnes de tous âges interrogées durant une journée de référence sur leurs problèmes de santé au cours du mois précédent, 800 ont évoqué les symptômes d'une maladie. Bien que ce nombre prenne en compte aussi bien les rhumes que les céphalées et les douleurs cardiaques, il n'en demeure pas moins étonnant. Parmi ces mêmes 1000 personnes, 327 pensaient recourir à des soins médicaux pour leurs problèmes physiques, et 217 se sont effectivement rendues chez un médecin, dont 113 chez un médecin de famille. Seules 8 personnes furent hospitalisées, et moins d'une le fut dans un «*academic medical center*», c'est-à-dire dans une institution universitaire. Constat intéressant: les résultats de cette étude sont tout à fait semblables à ceux d'une enquête menée en 1961 [2]. Ces proportions semblent persister sur le long terme et, malgré la révolution profonde opérée dans le système de santé, les soins ambulatoires restent toujours prédominants.

> La recherche indépendante dans notre domaine sera pour nous d'un intérêt vital.

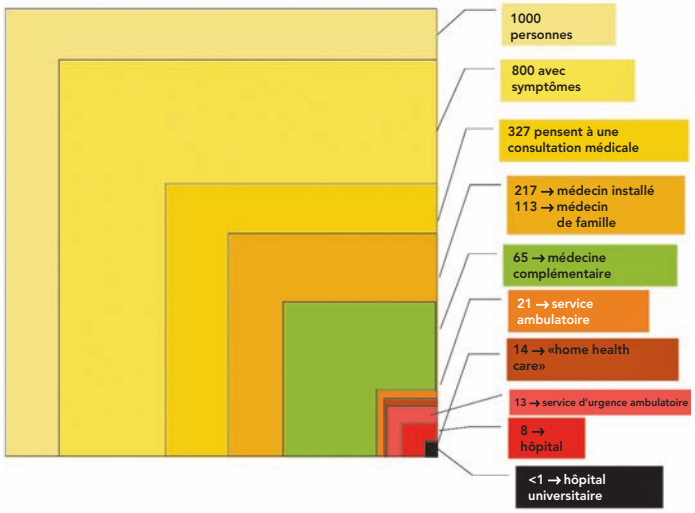

Figure 1
Situation de l'approvisionnement en soins de la population, modifiée d'après Green et al.

En termes simplifiés, le «rapport des forces» entre la charge des patients soignés par les médecins de famille et celle des patients soignés par les hôpitaux universitaires (dans l'intervalle d'un mois) est de 113 à 1. Mais que savons-nous sur les soins fournis à ces patients? La plupart des études médicales portent sur le seul millième de la population soigné dans des hôpitaux universitaires, et qui est donc relativement bien connu. La portée des résultats obtenus est ensuite étendue, souvent sans réflexions intermédiaires, à l'ensemble de la population. Cette forme d'extension à la population ambulante repose toutefois sur une base douteuse, car le choix de la population a été biaisé par une sélection à l'intérieur de l'hôpital universitaire, puis encore par de nombreux autres critères d'inclusion et d'exclusion. L'impact sur l'information concernant l'approvisionnement global en soins médicaux en est considérable.
Dans une prise de position adressée au Comité d'experts du gouvernement fédéral allemand, les associations faîtières des caisses d'assurance-maladie publiques d'Allemagne avaient déjà constaté en 2000:

«Le manque d'informations solidement étayées (…) concernant les surplus, les manques et les erreurs dans le domaine de la fourniture de soins[1] provient avant tout du fait, que dans les universités la recherche est nettement moins avancée dans les soins primaires que dans le domaine clinique. Généralement, la médecine clinique considère que la recherche sur l'approvisionnement en soins n'est pas très importante.
Cet état d'esprit va de pair avec une large surestimation et surévaluation de l'impact des interventions médicales sur l'espérance et la qualité de vie des patients, et avec une négligence fatale pour l'avenir de la recherche, qui devrait aussi structurer les aspects interdisciplinaires des rapports dans le domaine de la santé, au-delà des cloisonnements sectoriels.»

De façon imagée, nous cherchons à traverser une mer de glace au gouvernail d'un navire à vapeur, en nous orientant aux pointes des icebergs émergeant çà et là (les données et les acquis de la médecine clinique spécialisée), dans la conviction que ces amers suffiront à maintenir le cap sans risque de faire naufrage. Depuis l'époque du Titanic nous devrions cependant savoir que 90% du volume d'un iceberg flottent sous la surface de l'eau. Il en va de même avec les données provenant des soins primaires: elles restent sous la surface et ne sont pas prises en considération lors du choix de la route. Au cas où le destin du Titanic ne serait pas connu, je recommande le film très sympathique retraçant ce sujet.

La médecine clinique considère généralement que la recherche sur l'approvisionnement en soins n'est pas très importante…

Le manque de points de repères n'est que l'un des éléments en jeu: un autre en est la formation des étudiants sur la base de ces patients fortement sélectionnés. Ils acquièrent ainsi des connaissances faussées de la prévalence et de l'importance de certaines pathologies, ce qui les conduit à une perception déformée de l'approvisionnement en soins et de la santé de l'ensemble de la population. De plus, le spécialiste est ainsi perçu comme celui qui – moyennant une technologie médicale de pointe impressionnante – sauve la vie du patient ou l'améliore de façon spectaculaire. Durant le cours, on présentera avec plaisir les résultats de la publication toute fraîche sur «la réponse immunitaire induite par les anticorps de type pANCA en cas de sclérose amyotrophique latérale dans les génotypes positifs en NOD2/CARD15». Le but n'est absolument pas de dénigrer ici les résultats obtenus par la technique médicale de pointe et la recherche fondamentale, mais seulement d'éclairer les conditions réelles et importantes dans lesquelles les soins respectifs s'appliquent au patient, et de clarifier leur contribution à la santé et au bien-être de la population.
En raison du manque de données sur les soins primaires, les prestations des médecins de famille dans le domaine de la santé ne sont tout simplement pas prises en compte; elles ne font donc pas partie des discussions politiques traitant de la ligne à suivre, et le manque d'informations valables à transmettre aux étudiants se fait sentir.
Citons à nouveau l'article de Green et al.: *la réduction des 217 patients, soignés en ambulatoire, à seulement 9 cas vraiment hospitalisés, représente un succès remarquable, qui constitue finalement une condition nécessaire pour permettre aux spécialistes d'appliquer leurs méthodes de manière ciblée.* Jusqu'à présent, on n'a pas suffisamment réfléchi à ce constat. La recommandation à l'adresse du Comité d'experts citée plus haut est assurément transmissible aux étudiants: il est clair et net que les interventions médicales hautement spécialisées sont bien moins importantes pour l'espérance de vie et la qualité d'existence de la population que les prestations de la médecine de base.

[1] Les experts avaient auparavant critiqué la présence simultanée de surplus, de manques et d'erreurs dans le domaine de la fourniture de soins.

Références

1 Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344:2021–5.
2 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265:885–92.

Prof. Thomas Rosemann
Institut de médecine générale
Université de Zurich
Rämistrasse 100
8091 Zurich
thomas.rosemann@usz.ch