Thomas Rosemann

Faire de la recherche ou être l'objet d'un travail de recherche?[1]

Etre ou ne pas être … voilà probablement l'une des citations les plus célèbres de l'histoire de la littérature. Sans verser dans un excès de théâtralité, je trouve que cette phrase se laisse aussi transposer dans notre domaine. Le développement d'une activité de recherche qui nous soit propre va prendre une importance existentielle pour notre avenir. La première publication consacrée à la démonstration de cette thèse a principalement traité des raisons épidémiologiques [1]. Mais il en existe encore des quantités d'autres. Voici un exemple récent qui illustrera bien ma pensée: j'ai reçu il y a seulement quelques jours une lettre d'une clinique psychiatrique privée. On me demandait le plus poliment du monde si j'étais d'accord de participer à une étude dont le but était d'améliorer le dépistage de certaines formes précoces de psychose. Le but avoué semblait à première vue parfaitement honorable: «Nous aimerions vous apporter notre soutien dans votre activité que nous savons difficile.» A priori, rien ne semblait donc parler contre une telle collaboration, non? Pour me faire une meilleure idée du contexte de cette étude, j'ai lancé une petite recherche de littérature dans Pubmed (www.pubmed.com) en entrant le nom du signataire de l'envoi comme critère de recherche. Il en est effectivement ressorti une publication dans le *British Journal of Psychiatry* en 2005 [2]. Les auteurs de cette «Swiss Survey» concluait leur travail de la manière suivante: «Les connaissances des généralistes (GP) sur les signes et les symptômes de la schizophrénie débutante et sur la démarche diagnostique dans ce type de situations sont insatisfaisantes; en particulier, ils ne perçoivent pas les traits certes insidieux, mais probablement les plus prédictifs du développement initial de la schizophrénie.» Et on peut lire un peu plus loin: «Les généralistes ont besoin de services facilement accessibles et à bas seuil, auxquels ils peuvent confier ces cas.»

> La réussite d'une implémentation présuppose dans tous les cas des connaissances spécifiques à la médecine de premier recours.

Autrement dit, une jolie étude dans l'ensemble – du moins pour les auteurs qui retiennent dans la conclusion les carences des médecins de premier recours, ce qui permet de souligner l'importance de leur propre activité professionnelle, ainsi que de leur propre institution. La justification de cette étude interventionnelle récente est de plus livrée de manière on ne peut plus explicite: «Il est par conséquent essentiel d'enseigner aux prestataires de soins d'ordre psychique les guidelines thérapeutiques fondées sur les preuves (evidence-based).» Les auteurs auraient donc eu le souci d'améliorer par leur étude interventionnelle la prise en charge de cette maladie par les médecins de famille. C'est en tous les cas ce qu'ils affirment. Eh bien, permettez-moi d'en douter …

Après tout, il existe d'innombrables études ayant montré que l'effet des interventions à but purement éducatif est extrêmement faible chez les médecins (toutes spécialités confondues!), si ce n'est pratiquement inexistant.

L'article de revue de Bloom et al. [3] résume très bien ce que les interventions devraient être, à savoir «multifacettaires». Soit les auteurs ne connaissent pas cette évidence, soit ils l'ignorent sciemment, ce qui serait évidemment encore plus grave, car la conclusion de cette étude d'intervention est prévisible: même avec un enseignement adéquat, les médecins de famille ne s'amélioreront pas. Nos propres expériences faites en Allemagne le confirment: aucune étude fondée sur de simples concepts éducatifs n'a le moindre effet. Trois essais ont été consacrés à un aspect clinique commun: deux d'entre eux se sont intéressés à la dépression et un avait pour but d'améliorer les compétences des médecins dans la prise en charge des troubles psychosomatiques [4, 5]. Aucun d'entre eux n'a démontré une quelconque efficacité pédagogique. Des constatations semblables ont d'ailleurs été faites dans d'autres affections, notamment l'insuffisance cardiaque [6] et l'arthrose [7]. L'implémentation de changements est une démarche si complexe – surtout dans le domaine de la médecine de premier recours – qu'il a fallu inventer pour ainsi dire une approche totalement différente dans la recherche en soins de base: «la recherche sur l'implémentation». Richard Grol a probablement été un précurseur en Europe avec ses nombreuses publications sur ce thème devenu incontournable pour tous ceux qui travaillent à un changement véritable de la médecine de premier recours [8–12]. La réussite d'une implémentation présuppose cependant dans tous les cas des connaissances spécifiques à la médecine de premier recours.

> Ce qui compte, c'est qu'on tienne véritablement compte du point de vue de la médecine de famille.

On peut lire régulièrement des publications issues de la recherche en médecine de premier recours. Le problème, c'est que les médecins de famille se retrouvent encore trop souvent instrumentalisés et pris au piège, en devenant eux-mêmes l'objet de travaux de recherche. Il ne s'agit nullement d'empêcher la réalisation d'études mettant en lumière les carences de la médecine de premier recours.

[1] Traduction: Dr Rainer Bielinski.

Il va sans dire qu'il reste en médecine de premier recours, comme dans toutes les spécialités de la médecine, un potentiel d'amélioration certain.
Ce qui compte toutefois, c'est qu'on intègre dès la planification, dès la phase de réalisation et plus encore au moment de la discussion des résultats, la perspective de la médecine de famille. Cette approche est fondamentale, surtout lorsque les interventions sont supposées modifier des comportements diagnostiques et thérapeutiques. Les instituts universitaires de médecine de famille ont à mon sens un rôle primordial à jouer pour imposer cette philosophie. Quant à nous, c'est aussi ce à quoi nous devons nous attacher lorsque les spécialistes des hôpitaux auxquels nous sommes rattachés planifient des essais dans le domaine de la médecine de premier recours.
Je recommande donc à tous mes collègues médecins de famille qui seraient approchés en vue de la réalisation d'un essai clinique de ce type de renvoyer les initiateurs du projet vers une IHAM et de n'accepter de participer que si ledit projet reçoit un label «IHAM-approved».
«Faire de la recherche ou être l'objet d'un travail de recherche» deviendra donc peut-être une fois une question existentielle – «être ou ne pas être» – pour la médecine de famille.

Références

1 Rosemann T. La recherche en médecine générale – de bonnes raisons épidémiologiques. PrimaryCare. 2008;8(12):226–7.
2 Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. Br J Psychiatry. 2005;187:274–81.
3 Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. Int J Technol Assess Health Care. 2005;21(3):380–5.
4 Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices—rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial – RoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086] – study protocol. BMC Public Health. 2005;5:101.
5 Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, Szecsenyi J. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. BMC Health Serv Res. 2007;7:190.
6 Peters-Klimm F, Muller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). BMC Cardiovasc Disord. 2007;7:25.
7 Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. Arthritis Rheum. 2007; 57(8):1390–7.
8 Burgers JS, Grol RP, Zaat JO, Spies TH, van der Bij AK, Mokkink HG. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. Br J Gen Pract. 2003; 53(486):15–9.
9 Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med Care. 2001;39(8 Suppl 2):II46–II54.
10 Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Med J Aust. 2004; 180(6 Suppl):S57–S60.
11 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225–30.
12 Hulscher ME, Laurant MG, Grol RP. Process evaluation on quality improvement interventions. Qual Saf Health Care. 2003;12(1):40–6.

Correspondance:
Prof. Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin
Klinik und Poliklinik Innere Medizin
Rämistrasse 100
8091 Zürich
thomas.rosemann@usz.ch

LES SOINS PALLIATIFS: POUR ACCOMPAGNER LA VIE JUSQU'AU BOUT

Dans les médias et les débats politiques la notion des soins palliatifs est surtout associée aux discussions sur l'aide au suicide. De ce fait, les soins palliatifs sont souvent dénoués de sens et il n'y a que quelques rares cantons ayant entamé des démarches concrètes pour améliorer l'accompagnement en fin de vie. Même les milieux spécialisés n'ont qu'une image floue des soins palliatifs qui sont encore loin d'être intégrés globalement aux soins de santé primaires.

La **Journée annuelle et de consensus** de la Société Suisse «palliative ch» des **3 et 4 décembre à Bienne** vise à démontrer la diversité des activités, des projets et de la recherche en soins palliatifs et à rassembler tous ses acteurs concernés.

Ce numéro de Primary Care vous offre les abstracts du congrès sous forme de supplément, un article détaillé présentant le but de la journée paraîtra dans le prochain numéro. Pour un aperçu du programme scientifique, veuillez consulter le site web **www.congress-info.ch/palliative.**

Steffen Eychmüller, Roland Kunz, co-présidence palliative ch