

### Fenêtre sur la recherche

Dans cette série d'articles, nous présentons les travaux de recherche publiés par les Instituts suisses de médecine de famille ou par les cliniques de médecine interne générale. Les travaux originaux sont soit en libre accès, soit disponibles sur demande auprès de l'auteur concerné. Les résultats fournissent un aperçu intéressant des défis quotidiens, mais aussi de la performance de la médecine interne générale au cabinet médical et à l'hôpital.

Nous profitons de l'occasion pour remercier chaleureusement tous les collègues ayant participé aux projets en question et ayant permis d'obtenir les résultats présentés!

### Réflexions d'une jeune femme médecin de famille

# Recherche clinique au cabinet de médecine de famille

Cora Moser<sup>a</sup>, Christoph Merlo<sup>b</sup>, Andreas Zeller<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Hausärztin in einer Gruppenpraxis in Liestal, Baselland, Vizepräsidentin Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz, JHaS; <sup>b</sup> Leiter Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern, Hausarzt in einer Doppelpraxis in Luzern; <sup>c</sup> Leiter Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Hausarzt in einer Gruppenpraxis in Baselstadt

Quels sont les défis et les opportunités de la recherche en médecine de premier recours? Le présent article propose une réponse générale et personnelle à cette question.

En tant que jeune médecin de famille et collaboratrice scientifique au Centre universitaire de médecine de premier recours des deux Bâle (uniham-bb), l'auteure est soucieuse d'une médecine de famille de qualité et attrayante. Sur la base d'un projet de recherche concret, le présent article vise à fournir un aperçu général et personnel des défis et opportunités de la recherche en médecine de premier recours.

90% de tous les traitements médicaux ont lieu au cabinet de médecine de famille. La recherche clinique reste toutefois en majeure partie attachée aux grands centres hospitaliers, généralement universitaires. Pourtant, les preuves cliniques générées n'illustrent souvent pas la réalité au cabinet de médecine de famille. Les problématiques, les sources de préoccupations, les populations, les moyens à disposition, la faisabilité et les méthodes diffèrent bien trop entre les milieux ambulatoire et stationnaire.

La recherche clinique au cabinet médical et pour le cabinet médical est néanmoins la condition requise pour une médecine de famille moderne, de haute qualité et engagée à respecter les standards de la médecine basée sur l'évidence (*evidence-based-medicine*), qui veut satisfaire l'exigence d'une prise en charge de base au plus haut niveau [1]. Mais comment la recherche clinique est-elle possible au cabinet de médecine de famille? Qu'est-ce qui différencie et qu'est-ce qui relie la recherche clinique au cabinet médical et celle ayant lieu en milieu hospitalier?

### Recherche en médecine de premier recours: une nécessité urgente

Pourquoi les recommandations cliniques ne sont-elles pas toujours mises en application au cabinet de médecine de famille? La réponse à cette question est multiple: tout d'abord, l'application de résultats d'études réalisées auprès de patients hospitaliers minutieusement sélectionnés à des patients souvent multimorbides au cabinet de médecine de famille est non seulement irréalisable, mais peut éventuellement même augmenter la mortalité [2, 3]. De plus, l'«*evidence-performance gap*» est plus important en médecine de famille que dans d'autres disciplines [4]. Ceci ne résulte pas d'un manque de connaissances médicales (de premier recours), mais est la conséquence du fossé entre les preuves cliniques et leur applicabilité au quotidien dans le cadre du travail individuel avec le patient, ce qui constitue tout l'art de la médecine de famille (attitude, évaluation du rapport bénéfice/risque, estimation de l'observance). La recherche spécifique à la médecine de premier recours, qui se réfère réellement au quotidien pratique, c'est-à-dire incluant des patients multimorbides et polymédiqués, et présentant des problématiques intéressantes et pertinentes pour la pratique, doit permettre de tenter de réduire cet écart. Même si la recherche en médecine de premier recours en Suisse doit encore rattraper son retard par rapport aux autres pays (notamment les Pays-Bas et la

Grande-Bretagne), un mouvement de recherche riche, orientée vers l'avenir et de qualité croissante a pu s'établir chez nous au cours des dernières années.

Dans le cadre de cette évolution, une grande étude clinique interventionnelle, à laquelle participent plus de cent médecins de famille, est actuellement réalisée en collaboration avec l'Institut de médecine de premier recours des deux Bâle (uniham-bb), celui de Lucerne (IHAM&CC) et la Clinique médicale universitaire de Liestal. Cette étude porte le titre «*Reduction of corticosteroid use in outpatient treatment of exacerbated COPD – a randomized, double-blind, non-inferiority study*» (RECUT).

### Etude RECUT – une étude clinique «du cabinet médical, pour le cabinet médical»

A l'origine des réflexions se trouve l'étude REDUCE [5], qui a pu montrer, chez des patients hospitalisés présentant des exacerbations de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), que le traitement par corticoïdes peut être réduit de 14 à 5 jours sans modification du résultat clinique. Mais comment ces résultats peuvent-ils être transposés à un collectif de patients ambulatoires au cabinet de médecine de famille? Peuvent-ils être appliqués tels quels auprès de patients de médecine de famille? Est-il éventuellement possible de réduire encore davantage la dose de corticoïdes chez des patients en consultation au cabinet de médecine de famille en raison d'exacerbations de la BPCO et ne nécessitant pas d'hospitalisation?

L'étude RECUT examine désormais la noninfériorité d'une dose de 40 mg de prednisone pendant 3 jours *versus* 5 jours chez les patients ambulatoires au cabinet de médecine de famille. A l'échelle intercantonale, plus de 100 médecins de famille, deux instituts de médecine de premier recours et une clinique médicale universitaire collaborent. L'étude a été considérée comme pertinente et est soutenue en conséquence par le Fonds national suisse. La confirmation de l'hypothèse avec adaptations potentielles des recommandations pratiques pour le traitement ambulatoire de la BPCO (de manière comparable à l'étude REDUCE pour le milieu stationnaire), mais également la réalisation avec succès d'une telle étude seraient pour la médecine de premier recours (suisse) d'une importance capitale.

### Médecins de famille chercheurs

Malgré un quotidien médical extrêmement chargé, de nombreux médecins de famille intéressés par la recherche se sont joints à la collaboration. Près de 100 médecins de famille issus des cantons de Bâle-Ville,

## Etude RECUT

### Objectif de l'étude

Etude au sein de cabinets de médecine de premier recours, avec pour question de savoir si, en cas d'exacerbation aiguë d'une BPCO, une corticothérapie d'une durée de 3 jours suffit par rapport au traitement standard sur 5 jours. L'objectif est de diminuer la dose cumulative de corticoïdes.

### Méthodes

Etude interventionnelle randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo. Le médecin de famille inclut des patients présentant une exacerbation aiguë de la BPCO après comparaison avec les critères d'inclusion et d'exclusion (voir [www.recut.ch](http://www.recut.ch)) et consentement éclairé écrit du patient. Le patient reçoit ensuite une dose de 40 mg de prednisone pour une durée soit de 5 jours (bras d'étude conventionnel), soit de 3 jours (bras d'étude interventionnel), suivie de l'administration d'un placebo pendant 2 jours.

Les médecins de famille disposent d'une liberté thérapeutique totale en ce qui concerne l'adaptation éventuellement nécessaire de la dose de corticoïdes ainsi que la médication de fond et d'accompagnement (y compris administration d'antibiotiques) en plus de la médication à l'étude.

Les patients sont à nouveau reçus par le médecin de famille 3 et 7 jours après la consultation initiale. Le centre d'étude contacte les patients par téléphone 30, 90 et 180 jours après la consultation initiale.

### Critères d'inclusion

- Age >40 ans
- Anamnèse de tabagisme (>10 paquets-année)
- Coefficient de Tiffeneau <70%
- Exacerbation de la BPCO: au moins deux des critères suivants: dyspnée accrue, toux accrue, expectorations accrues ou modifiées.

### Critères d'exclusion

- Nécessité initiale d'hospitalisation
- Espérance de vie <6 mois, immunosuppression sévère, maladie tumorale active ou tuberculose
- Grossesse ou allaitement

### Paramètre d'évaluation primaire

Durée jusqu'à la prochaine exacerbation (cadre temporel: suivi de 6 mois après l'exacerbation index)

### Paramètre d'évaluation secondaire

(Cadre temporel: suivi de 6 mois)

- Dose cumulative de glucocorticoïdes, effets indésirables et complications
- Taux d'hospitalisation durant l'exacerbation index
- Mortalité

Nombre de patients nécessaire: 470

Début de l'étude: août 2015

Collecte des données: jusqu'env. août 2018

Fin de l'étude: env. mars 2019

[www.recut.ch](http://www.recut.ch)

Bâle-Campagne, Lucerne et Obwald participent activement à l'étude RECUT. Ils recrutent, traitent et documentent dans leur cabinet médical leurs propres patients atteints de BPCO inclus dans l'étude, et transmettent les données au centre d'étude de Liestal. Les entretiens téléphoniques de suivi sont gérés de manière centrale par une petite équipe d'étude de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne.

Cette étude randomisée, en double aveugle et contrôlée nécessite au total 470 patients afin de générer des résultats statistiquement significatifs. Malgré le grand nombre de médecins de famille impliqués, le recrutement de ces patients représente un défi de taille: en raison des températures très clémentes de l'hiver 2015/2016, moins de cas d'exacerbations de la BPCO sont survenus qu'attendu, de sorte que, depuis le début de l'année 2016, des médecins de famille des cantons d'Argovie et de Soleure ont été ajoutés à l'étude. De même, l'inclusion d'un patient se présentant généralement dans le cadre d'une consultation d'urgence constitue un obstacle.

La principale motivation des médecins de famille à participer à l'étude en tant que médecins examinateurs était l'amélioration de la qualité du traitement de leurs patients. Grâce à leur engagement, ils peuvent en quelque sorte contribuer à générer des preuves spécifiques à la médecine de famille et influencer les recommandations applicables au cabinet médical. Par ailleurs, la collaboration avec les instituts de médecine de premier recours est considérée comme extrêmement positive. Cela est d'autant plus important que la recherche en médecine de famille est très décentralisée par rapport aux études cliniques en milieu hospitalier.

### **Particularités de la réalisation d'une étude clinique au cabinet de médecine de famille à l'exemple de l'étude RECUT**

#### **Charge temporelle**

L'objectif était de minimiser le plus possible le temps investi par les médecins de famille; la conception de questionnaires brefs et parlants à cet effet a été tout sauf facile. De même, les directives du Comité d'éthique et de la *Clinical Trial Unit* n'ont pas simplifié le déroulement du recrutement et la génération des données. Il convient toutefois d'être conscient du fait qu'un procédé conforme aux règles scientifiques aboutit à des résultats plus fiables.

#### **Relation de confiance entre médecin et patient**

Le consentement éclairé du patient, absolument indispensable dans l'étude RECUT, représente pour le patient atteint d'une maladie aiguë ainsi que pour le médecin

de famille traitant un défi de taille lors de la consultation d'urgence, souvent glissée entre deux rendez-vous. Grâce à la relation de confiance entre médecin et patient, ceci est néanmoins réalisable au moyen d'explications brèves et compréhensibles par le patient.

### **Rémunération des médecins de famille pour leur collaboration**

Contrairement à la plupart des médecins hospitaliers, les médecins de famille exercent à titre indépendant et ne peuvent en règle générale facturer des prestations qu'en utilisant le TARMED. En fonction du contexte de financement, ils reçoivent pour leur charge de travail supplémentaire en tant que médecins examinateurs une rémunération différente. Dans le cas de l'étude RECUT, celle-ci s'élève à 150 CHF/patient. Il a en outre été possible d'obtenir que l'expérience et la formation continue acquises par le biais de la participation à l'étude soient reconnues par des points de crédit de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG).

### **Grande hétérogénéité des cabinets de médecine de famille**

Les médecins de famille et leurs cabinets médicaux sont extrêmement variés, ce qui correspond également à l'hétérogénéité des patients et de la société. Réaliser une étude avec de nombreux partenaires différents et diverses structures de cabinet médical restera un défi de taille. Toutefois, cette large palette est également enrichissante et soulève d'autres questions de recherche.

### **Grand potentiel d'avenir**

Une bonne collaboration entre les instituts de médecine de premier recours au niveau national crée de nouvelles ressources de recherche et fournit les nombres élevés de cas requis pour obtenir des résultats également pertinents au-delà des frontières nationales. La recherche en médecine de premier recours nous apporte les preuves nécessaires pour le quotidien, enrichit notre activité pratique clinique auprès du patient et offre à la jeune génération de médecins de famille la possibilité d'une carrière académique.

### **Votre collaboration active**

Nous avons éveillé votre intérêt pour la recherche? Il existe divers projets menés par les instituts de médecine de premier recours, auxquels votre collaboration peut apporter une contribution importante. Vous avez des thèmes, questions ou suggestions concernant de futurs projets de recherche? Contactez l'institut de médecine de premier recours de votre région.



## Résumé pour la pratique

- La recherche clinique au cabinet de médecine de famille constitue la base d'une médecine de premier recours de haute qualité, réduit l'*evidence-performance-gap* et augmente l'attractivité de la profession pour la relève de médecins de famille.
- Une participation active des médecins de famille à la recherche clinique est porteuse d'avenir et indispensable pour notre discipline, tout en apportant un précieux nouveau type de maillage.
- Ce maillage scientifique vient enrichir et compléter la bonne collaboration quotidienne des médecins de famille entre eux ainsi qu'avec les spécialistes et les médecins hospitaliers (voie thérapeutique commune), et ce pour le bien de nos patients.

Correspondance:  
Prof. Dr. med.  
Andreas Zeller, MSc  
Universitäres Zentrum  
für Hausarztmedizin  
beider Basel  
Rheinstrasse 26  
CH-4410 Liestal  
andreas.zeller[at]junibas.ch

### Remerciements

Il convient de remercier chaleureusement les médecins de famille suivants, qui ont déjà activement inclus des patients dans l'étude RECUT:

Dr méd. Bieri Jakob, Dr méd. Bleiber Brigitte, Dr méd. Carnelli Andrea, Dr méd. Degonda Marlen, Dr méd. Eldner Thomas., Dr méd. Flückiger Heinrich, Dr méd. Frey Miriam, Dr méd. Glättli Stefan, Dr méd. Gürtler

Christian, Dr méd. Iseli Jaqueline, Dr méd. Kramis Aldo, Dr méd. Nikolaidis David, Dr méd. Nüscher Michael, Dr méd. Portmann Stefan, Dr méd. Reichenstein Thomas, Dr méd. Rohrer Franz, Dr méd. Schmutz Claudio, Dr méd. Schnüriger Cornelia, Dr méd. Schnyder Christoph, Dr méd. Schwegler Edith, Dr méd. Stähelin Balthasar, Dr méd. Stierle Caroline, Dr méd. Trieu Hoa, Dr méd. Vogt Hans, Dr méd. Vogt Stefan, Dr méd. Vollgraff Michael, Dr méd. Westphal Jens, Dr méd. Wiederseiner Jean-Martin, Dr méd. Zurmühle Julia. De même, un grand merci au Prof. Jörg Leuppi, Dr méd. Thomas Dieterle, Daniel Buess, Pascal Urwyler, Dr méd. Claudia Gerhards, Salome Schwarz-Zindel ainsi qu'à Ulla Schüpbach pour la précieuse collaboration à l'étude RECUT, ainsi qu'à de nombreux autres spécialistes qui ont soutenu l'étude RECUT.

### Crédit photo

© Alexander Raths | Dreamstime.com

### Références

- 1 Rosemann Th. Le professeur de médecine de famille de Berne s'en va. *Primary and Hospital Care*. 2016; 16(1):12-3
- 2 Rizza A, et al. Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. *BMC Fam Pract*. 2012;13:113. doi: 10.1186/1471-2296-13-113.
- 3 Mc Alister FA, et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):6-11.
- 4 Cabana MD, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65.
- 5 Leuppi JD, Schuetz P, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309(21):2223-31.