

Lilli Herzig

L'institut universitaire de médecine générale de Lausanne et la recherche

Les pionniers

La recherche en médecine de famille (MF) est une tradition de longue date à l'institut universitaire de médecine générale à Lausanne. En effet, les pionniers ou plutôt «notre» pionnier *Francois Verdon*, a publié ses premiers travaux de recherche en 1975 et il n'a jamais arrêté d'initier et de participer à des recherches dans le but de répondre aux questions cliniques que les praticiens se posent à longueur de journée. Ces interrogations sont nombreuses, chaque généraliste étant quotidiennement confronté à plusieurs interrogations sans qu'il soit forcément possible d'y trouver une réponse – et cela même s'il avait le temps de les chercher. Quel cortège de sujets de recherche à explorer!

Collaborations fructueuses

Médecins de famille praticiens ou chercheurs amateurs au départ, nous avons à Lausanne eu la chance de partager les compétences académiques avec des cadres de la policlinique universitaire médicale (PMU) et de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) – une collaboration particulièrement fructueuse ayant permis une synergie entre nos compétences complémentaires dans un réseau interprofessionnel efficace.

Ces dernières années la collaboration avec les autres instituts de médecine de famille en Suisse s'est en plus renforcée, rendue officielle par la création toute récente de SAFMED (Swiss Academy of Family Medicine), association faitière dans le but de promouvoir la médecine de famille académique sur les cinq sites facultaires. Nous sommes en effet persuadés que la recherche et l'enseignement de la MF ne peuvent en aucun cas se faire sans la participation très active des MF eux-mêmes et donc des instituts comme leurs représentants académiques, car nous sommes les seuls à connaître vraiment ce métier complexe. Une prise de position commune pour la recherche et l'enseignement en MF vient d'être publiée dans le Bulletin des médecins suisses [1] et nous nous proposons d'analyser quelques unes des recherches lausannoises à la lumière des points essentiels de cette publication.

Le praticien – aussi un spécialiste

La MF n'est pas une spécialité «au rabais», où les praticiens seraient simplement des non spécialistes (et donc forcément moins bien formés que ceux-ci). Bien au contraire, la MF se distingue par un contexte spécifique que l'on ne retrouve nulle part ailleurs, avec son savoir de spécialiste propre.

Les patients que nous voyons se trouvent souvent à des stades précoces des maladies, présentant des symptômes aspécifiques ou atypiques, ne ressemblant couramment à aucune maladie distincte. Dans un contexte de basse prévalence, le praticien doit ainsi savoir identifier les patients à risque, décider d'une attitude agressive (investigations immédiates ou différées) ou au contraire – et c'est fréquemment le cas - savoir attendre. Nombreuses sont les pathologies qui guérissent spontanément – mais nous avons besoin d'un savoir scientifique justifiant cette attente sans faire courir de risque à nos patients.

Recherche

L'illustration désormais classique de cette situation issue de nos recherches est la différence épidémiologique de la douleur thoracique, symptôme fréquent aussi en MF, mais avec son épidémiologie propre, différente de celle d'un centre d'urgence ou d'un cardiologue.

Notre étude TOPIC (Thoracic Pain in Community) [2] a permis de démontrer cette différence, en comparant l'épidémiologie des douleurs thoraciques en MF où seulement 12% sont d'origine cardiovasculaire, contre 75% aux urgences du CHUV [3]. Cette différence influence le diagnostic différentiel et l'attitude de prise en charge. En effet, le médecin de famille doit correctement diagnostiquer et traiter les rares situations de vraies urgences (4 infarctus et 2 embolies pulmonaires sur 23000 consultations dans l'étude TOPIC), mais il se trouve le plus souvent devant une douleur d'origine pariétale (47%), entité habituellement bénigne, bien que l'on puisse aussi trouver des métastases osseuses. Quant aux maladies cardio-vasculaires, il s'agit le plus souvent d'angors stables, connus de longue date.

L'étude TOPIC a ensuite été le départ d'une collaboration internationale de recherche en MF avec le concours de six groupes de chercheurs de nationalités différentes. En commun, nous explorons une méthode innovante de méta-analyse basée sur les données individuelles des patients inclus (Individual Data Base) [4] et nous analysons actuellement ensemble les résultats des études de douleurs thoraciques en ambulatoire – faites par les médecins de famille pour les médecins de famille - dans une banque de donnée commune solide.

Développer une culture de recherche

Nous le savons désormais tous, la MF est la pierre angulaire d'un système de santé efficace et efficient. Tournés vers l'avenir, nous intégrons de nouveaux modèles de soins et développons une collaboration étroite avec d'autres professions de soins. Pour ancrer le rôle fondamental de la MF dans l'ensemble du système de soins, nous avons cependant besoin de réponses académiques dans un domaine où la recherche ne fait pas encore partie intégrante de la formation et de l'enseignement. En effet, si on demande aux étudiants comment ils imaginent la recherche en MF, on ne reçoit qu'un doux étonnement ; pour les étudiants (et d'ailleurs pas seulement pour eux) la recherche ne peut se faire qu'en laboratoire ou éventuellement à l'hôpital universitaire, mais en tout cas pas en MF. Cependant, les besoins en avancées scientifiques sont particulièrement importants en MF, car ils ont longtemps été négligés au profit de recherches plus médiatisées. Aussi en MF nous nous appuyons sur une méthodologie de recherche quantitative solide, d'essais cliniques randomisés ou de méta-analyses. Cependant, nous nous rendons compte que la recherche scientifique en MF nécessite aussi une méthodologie plus innovatrice dont le développement est en progression. Ainsi, une recherche qualitative par exemple permet de mieux explorer la spécificité et la complexité des situations en MF. Plusieurs études de ce type sont en cours à

l'institut de Lausanne avec des thèmes très divers, comme l'importance de la culture dans la consultation, l'utilisation d'un semainier à plusieurs, l'utilisation d'internet par les patients ou encore sur le socle épistémologique du médecin dans l'exemple d'une maladie chronique comme le diabète.

Multimorbidité et facteurs socio-économiques

Dans un monde où la population vieillit, où les multi-morbidités et les maladies chroniques prennent de plus en plus de place dans les prises en charge, le médecin de famille doit garder son rôle essentiel de coordinateur. Le généraliste est certainement le médecin qui suit ses patients au plus long cours, celui qui sait coordonner les avis spécialisés - des fois contradictoires - et adapter les recommandations de mono-morbidité aux situations plus fréquentes et complexes des multi-morbidités. Nous avons l'habitude de travailler en réseau et de tenir compte du contexte spécifique, socio-culturel d'un patient individuel. Ainsi nous nous sommes intéressés aussi aux situations de précarité et à la littératie en santé de nos patients, facteurs importants qui peuvent sérieusement influencer une prise en charge [5].

Patients âgés

Nous ne sommes pas des gériatres, autres spécialistes ayant un travail similaire auprès des personnes âgées, mais nous connaissons nos patients vieillissants depuis de nombreuses années et nous avons souvent une connaissance très fine de l'évolution de leur situation médicale, personnelle et familiale. De plus, nous prenons aussi en charge des séniors dits robustes, sans syndromes gériatriques et de nouveau les prévalences sont différentes entre centres spécialisés et MF. C'est pour cela que nous participons aussi à des recherches initiées par des spécialistes, notamment les gériatres (étude AGE) [6]. L'étude AGE 1 a permis d'élaborer une évaluation gériatrique brève, validée pour sa fiabilité par une évaluation gériatrique effectuée par deux spécialistes séparément. Actuellement cette évaluation brève est testée à la PMU (AGE 2) avant d'être proposée pour une étude d'impact aux praticiens. L'originalité de la démarche est d'avoir été impliquée en tant qu'institut de MF dès le départ à l'élaboration du projet. Il ne s'agit donc pas d'une étude top down (des spécialistes qui disent aux généralistes ce qu'ils doivent ou ne doivent pas faire) mais bien d'une démarche commune.

Collaboration interprofessionnelle

Toujours dans le souci de collaboration interprofessionnelle et de l'importance d'élaborer une voie académique en MF, notre institut participe au vaste programme cantonal diabète du canton de Vaud. Nous jouons un rôle scientifique en participant à l'adaptation académique des recommandations cliniques du diabète et ceci dans un esprit interprofessionnel très constructif. Plusieurs recommandations sont entre temps publiées et peuvent être retrouvées sur internet¹, d'autres sont encore en voie d'élaboration.

¹ <http://www.vd.ch/themes/sante-social/prevention/le-diabete/pour-les-professionnels-de-la-sante/rpc/>

Jeter un regard sur l'avenir

Actuellement, après nos débuts timides en recherche, faite avec les moyens du bord (et de praticiens passionnés) nous faisons un saut important en avant et nous nous approchons d'une visibilité scientifique et académique de professionnels. En effet, avec la création de SAFMED, nous avons obtenu un financement par la CUS (Conférence Universitaire Suisse) pour quatre ans, ce qui nous permet entre autre de développer un projet national de recherche commun entre les cinq instituts et Lausanne a le leadership de cette partie du projet. Nous avons choisi de créer une cohorte de patients avec multimorbidités, certainement une des spécificités de notre spécialité. Nous allons élaborer un protocole en commun et nous nous efforcerons d'y inclure nos interrogations quotidiennes de cliniciens, de tenir compte des besoins en savoir et en réponses des praticiens, mais nous explorerons aussi les nouveaux modèles de prise en charge de ces patients. Ce projet est très ambitieux et s'inscrit dans la suite de nos réflexions sur les besoins scientifiques des praticiens. L'institut de Lausanne est très heureux d'être au cœur de ce projet commun. C'est un peu l'aboutissement du long chemin parcouru depuis les prémises d'une recherche d'amateurs vers une recherche de professionnels que nous sommes, nous médecins de famille.

Références

- Rosemann T, Bischoff T, Schaufelberger M, Sommer J, Tschudi P. Recherche en médecine de famille/premier recours. Prise de position des cinq instituts/unités suisses de médecine de famille/premier recours (MF/MPR). Bull med suisses. 2013;94(22):823-4.
- Verdon F, Herzig L, Burnand B, Bischoff T, Pécoud A, Junod M, Mühlemann N, Favrat B. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. Swiss Med Wkly. 2008;138(23-24):340-7.
- Berger A, Stauffer J, Eckert P, et al. Epidémiologie des douleurs rétrosternales aux urgences. Forum Med Suisse 2002;8(38S).
- Haasenritter J, Aerts M, Bösner S, Buntinx F, Burnand B, Herzig L, Knottnerus JA, Minalu G, Nilsson S, Renier W, Sox C, Sox H, Donner-Banzhoff N. Coronary heart disease in primary care: accuracy of medical history and physical findings in patients with chest pain—a study protocol for a systematic review with individual patient data. BMC Fam Pract. 2012;9:13-81. doi: 10.1186/1471-2296-13-81.
- Vaucher P et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. BMJ open. 2012;2(1):e000692. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000692.
- Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet? Rev Med Suisse. 2009;5:2205-2210.

Correspondance:
Dr méd. Lilli Herzig
Institut de Médecine Générale
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
lilli.herzig[at]hin.ch