

# Recherche médicale – Expériences en médecine ambulatoire

F. Verdon

Une expérience de 25 ans de recherche en médecine ambulatoire est présentée à l'aide de matrices SWOT décrivant la force et la faiblesse de trois modalités de recherche. Collaborer à une étude académique sur le terrain permet de participer au progrès médical sans charge d'organisation mais avec le risque d'être instrumenté; mener une recherche personnelle en cabinet est passionnant mais d'ambition modeste en l'absence de ressources et de regard critique externe; organiser une recherche

avec un centre académique permet d'entreprendre des études plus importantes au risque de dépasser les limites imposées par les ressources disponibles. La recherche ambulatoire est exigeante et de multiples raisons limitent son développement en Suisse: médecine libérale, manque de tradition, de compétences, de ressources et de soutien mais aussi cloisonnement entre la médecine académique et une médecine de premier recours en perte de vitesse.

## Mots-clés :

- recherche médicale
- recherche clinique
- médecine ambulatoire

## Research in general practice – an experience

Twenty-five years' experience of ambulatory primary care research is presented with the help of a SWOT matrix describing the strengths and weaknesses of three research modalities. Collaboration with academic research in the field allows participation in medical progress without any organisation load, but with the risk of simply being a tool. Leading personal research within the practice is exciting, but the possibilities remain modest due to a lack of resources and outside critical review. Organising research within an academic centre allows larger studies, at the risk of overstepping the limits imposed by available resources. Swiss ambulatory care research is poor for multiple reasons, such as: a liberal medicine, a lack of tradition, competence, resources and help, and the stalling effect of the partitioning between academic and practicing medicine.

Med Hyg 2004; 62: 1840-3

## Le Chercheur et l'Incrédule

*Sentant proche le Nobel, un chercheur entre deux âges  
Réunit ses fidèles et leur tint ce langage :  
« Recherche du matin, chagrin, cherchez donc le jour,  
Recherche du soir, espoir, cherchez donc toujours ! »*

*Un disciple échaudé répliqua in petto  
« – Tu crois le monde sauver – mais tu soignes ton ego !  
De lire tes papiers sots tout bon apparatuschik  
Nous dégoûte en trois mots et en démontre le hic.  
Tu pars chasser chimère comme jadis fit Jason  
Que ramènes-tu, pauvre hère, en guise de toison ?*

*– Le Savoir – Le bonheur ! Qu'importe la richesse,  
S'envola le chercheur, pourvu qu'on ait l'ivresse !  
A l'heure de ma mort, couvrant le corbillard,  
Je veux ni fleurs ni ors mais mille tirés à part ! »*

*A la manière de JdlF*

## Préambule

Dans le train qui me conduisait à Lausanne, je pensais au meilleur moyen de débiter une radiothérapie chez un patient souffrant d'un cancer prostatique infiltrant deux racines sacrées. Je me demandais aussi que faire de la patiente anorexique à tendance suicidaire qui refusait une sixième hospitalisation pour laquelle le psychiatre, lié par un pacte de non-contrainte, se trouvait sans ressource. J'amenais, ce jour-là, du sang congelé d'un patient participant à une étude sur la vitamine B12 et l'idée de rédiger un article pour *Médecine et Hygiène* sur la recherche en médecine de premier recours (MPR) me donnait une bouffée de tension. Un vieux goût pour la recherche et le hasard m'avaient donné une certaine expérience dans le domaine. J'avais retardé la rédaction de l'article pour réaliser un poster destiné à la SSMI puis une présentation à la WONCA. En outre, il fal-

lait choisir dans l'urgence un sujet de recherche future au moment où je pouvais enfin revoir un manuscrit avec deux confrères plus expérimentés. Trop de choses à la fois.

Primary care research is the missing link in the development of high quality evidence-based health care for population proposent deux auteurs dans un supplément des *Annals of family medicine* entièrement consacré à la recherche.<sup>1</sup> Mes collègues et moi-même me semblent moins ambitieux et plutôt guidés par le plaisir d'explorer et de transcender les contingences de la consultation. En fait, une partie de l'expérience des médecins praticiens est fondée sur leur recherche personnelle. En ce sens, ils font mieux que simplement utiliser les données de la recherche – le premier étage du triangle de Glasziou – dont le second est la participation à des recherches et le dernier le fait de mener des projets. C'est dans cet ordre que je vais décrire et discuter les recherches auxquelles j'ai participé.

## Participer à une recherche en médecine de premier recours (MPR)

Coorte sida (un seul patient), étude vaudoise et valaisanne sur les maladies transmises par les tiques, étude neuchâteloise en cours sur le même sujet, vaccination des personnes âgées contre la grippe. L'étude la plus intéressante a été sans conteste l'étude sur les pneumonies en MPR. Au cours d'un cycle de formation continue de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens sur les maladies infectieuses avec l'expertise de P. Francioli, F. Moser a présenté sa casuistique importante de pneumonies et l'idée de mener une étude prospective sur le sujet est née sur-le-champ. Protocole mis au point et matériel fourni par les divisions d'infectiologie et de microbiologie du CHUV: 184 patients ont été examinés en qua-

tre ans par les praticiens stoïques devant une somme d'investigations jugée importante. Le résumé présenté à l'ICAAC en 1991 a été l'une des deux publications sur lesquelles l'American Thoracic Society s'est basée pour établir ses guidelines pour la prise en charge des pneumonies acquises en dehors de l'hôpital. Les données ont ensuite dormi jusqu'à ce qu'un spécialiste des chef-d'œuvres en péril les réveille et les publie dans une bonne revue.<sup>2</sup>

Les études de ce type demandent des praticiens les qualités indiquées dans le tableau 1. Elles ne sont pas trop exigeantes pour eux pour autant qu'ils adhèrent au projet et puissent s'exprimer sur sa faisabilité. La rareté de telles études tient à la difficulté des médecins académiciens à s'engager sur le terrain de la pratique et à la pauvreté des contacts avec les médecins du terrain. Ce modèle comporte maints avantages exposés sur une matrice SWOT (analyse de Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats; les threats sont des potentialités qui n'ont pas forcément été rencontrées dans les projets décrits).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt pour la recherche</li> <li>• Temps à disposition</li> <li>• Etre rigoureux dans l'observation et le relevé</li> <li>• Respecter le contrat</li> </ul>	<p><b>Strenghts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Donne accès au terrain de la pratique</li> <li>– Elaboration et organisation déjà faites</li> </ul>	<p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Source de plaisir et de formation</li> <li>– Sortir de la routine de la consultation</li> <li>– Pas de risque d'échec</li> </ul>
	<p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas d'influence sur l'élaboration ni sur le processus</li> </ul>	<p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque d'instrumentation</li> </ul>

Tableau 1. Participer à une recherche en médecine de premier recours : conditions générales et matrice SWOT.

## Mener une recherche au cabinet

La première étude publiée en 1984 est née de la collaboration avec un collègue infectiologue et Jean-Paul Studer qui a participé

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir identifier un sujet</li> <li>• Evaluer la faisabilité du projet</li> <li>• Construire la méthode</li> <li>• Constituer une bibliographie</li> <li>• Maîtriser des rudiments de statistiques</li> </ul>	<p><b>Strenghts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Problème tiré de la pratique</li> <li>– Terrain connu (consultation)</li> <li>– Faisabilité facilement évaluable</li> </ul>	<p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Source de plaisir et de formation</li> <li>– Sortir de la routine de la consultation</li> <li>– Travail administratif réduit</li> </ul>
	<p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sujets et procédés simples</li> <li>– Défauts méthodologiques</li> </ul>	<p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Impact limité</li> <li>– Pas de critique extérieure</li> <li>– Pas d'aide extérieure</li> </ul>

Tableau 2. Mener une recherche au cabinet: conditions générales et matrice SWOT.

à la plupart des études décrites ici. A cette époque, on commençait à proposer le traitement des infections urinaires simples chez la femme par une dose unique d'antibiotique. Dans cette étude randomisée, une dose unique de cotrimoxazol (mais pas d'amoxicilline) s'est révélée aussi efficace que les traitements de dix jours avec moins d'effets secondaires et sans davantage de récives à un an.<sup>3</sup>

Plus tard a été décrit un syndrome thoracique douloureux d'origine myofasciale capable d'irradier dans le bras gauche et d'inquiéter les patients persuadés de souffrir d'angine de poitrine.<sup>4</sup> Puis la définition du meilleur brassard pour mesurer la tension artérielle (TA), notamment lorsque la taille du bras s'écarte de la taille habituelle.<sup>5</sup> Une étude en collaboration avec quatre collègues a montré l'abaissement estival de la TA chez les hypertendus. Quelques années plus tard cet abaissement a été confirmé chez des sujets normaux et des malades chroniques avec une fréquence plus élevée de symptômes orthostatiques en été.<sup>6</sup> L'intérêt du sujet paraissait limité aux spécialistes de l'hypertension si bien que le papier n'a pas été traduit, peut-être à tort dans la mesure où le *New England Journal of Medicine* publiait quelques mois plus tard sur le sujet.<sup>7</sup> Une analyse séparée des diabétiques indiquait que la diminution estivale de la tension orthostatique est très prononcée chez les «vieux» diabétiques traités pour HTA. Elle a été déclinée par deux revues de diabétologie et toute démarche a été interrompue quand la troisième a demandé une certaine somme en US \$ pour entrer en matière.

Ces études au cabinet permettent d'innover sans trop de contrainte, d'organiser «à sa main» un travail toujours plus important que prévu au départ et d'exiger peu des participants (tableau 2). La durée séparant l'identification du problème et sa solution est courte. Vingt ans plus tard, les antibiotiques utilisés dans l'étude sur les infections urinaires sont abandonnés et un traitement de trois jours s'est substitué au traitement minute. Il n'apparaît pas que l'étude sur les brassards ait bouleversé la méthodologie de la mesure de la TA. Il est possible, par contre, que l'irradiation au bras d'une douleur thoracique pariétale soit mieux connue des médecins. Quant à la diminution estivale de la pression artérielle, c'est une donnée physiologique intangible (et l'une des causes probables de l'hécatombe observée durant la canicule). L'analyse SWOT (tableau 2) relève toutefois les limites et la diffusion restreinte des études réalisées en cabinet.

Le groupe recherche en médecine ambulatoire du Collège de médecine de premier recours dirigé par Gilbert Abetel a fait le relevé de telles études.<sup>8</sup> Elles ne sont pas très nombreuses, une centaine d'auteurs en dix ans, avec une forte proportion de pédiatres et de représentants des policliniques. Beaucoup de sujets sont annoncés mais sans suivi. Pourtant, ce

groupe offre un appui logistique aux candidats à une recherche. Ce manque d'intérêt trouve probablement son origine dans l'absence de tradition de recherche et dans les conditions exigeantes de l'exercice de la médecine en cabinet.

## Organiser une recherche en médecine de premier recours

Faire partie dès 1990 du groupe des praticiens de l'Unité de médecine générale (UMG) a changé la donne. Collaborant avec la Polyclinique médicale universitaire (PMU), l'UMG s'est intéressée dès sa constitution à la recherche encouragée par différents facteurs : la conviction du Pr A. Pécoud qu'il n'y a pas d'enseignement sans recherche ; la richesse de la PMU en experts comme H. Decrey et B. Favrat ; l'ouverture sur le milieu universitaire et ses chercheurs comme B. Burnand, conseiller dès la première heure ; des ressources qui deviennent accessibles : bibliographie, logiciel statistique, copie et adressage de documents, coordination du travail, la présence d'une infirmière et d'une pharmacie de recherche indispensables à certains projets. Le groupe recherche UMG/PMU organise la recherche dont les modalités varient de cas en cas : il s'agit parfois d'adapter au terrain et de réaliser une étude définie par d'autres. Plus souvent, il s'agit de définir d'un bout à l'autre le projet de recherche, son protocole et son analyse.

Exemples de cette recherche : l'applicabilité en cabinet d'un questionnaire de dépistage de l'alcoolisme (CAGE).<sup>9</sup> L'étude sur les arrêts de travail qui a connu un délai particulièrement long avant sa publication. L'étude sur l'anamnèse professionnelle issue de la médecine du travail.<sup>10</sup> L'enquête la plus élégante reste l'évaluation de l'utilisation des examens ultrasonographiques en médecine de premier recours, enquête suggérée par le directeur de la PMU désireux de savoir s'il devait offrir une formation en ultrasons à ses assistants. Hélas «aussi bien les praticiens que les assistants ne demandaient, dans la période prospective, qu'approximativement deux examens ultrasonographiques par mois, chiffre similaire aux examens demandés dans un bassin de 80 000 habitants du littoral neuchâtelois par 82 médecins praticiens».<sup>11</sup>

Ces différentes études sont prospectives et observationnelles : on note, on compte, on n'intervient pas ou peu. Elles offrent peu de difficulté aux participants. L'organisation en est simple de même que l'analyse et la rédaction.

Plus ambitieuse est l'étude des douleurs thoraciques en médecine ambulatoire. Sa particularité est de quitter le clos de l'UMG. Elle a réuni 58 médecins installés recrutés par les membres de l'UMG dans leur cercle de qualité et d'anciens assistants de la PMU. Cette étude explore plusieurs axes : l'épidémiologie des douleurs thoraciques, leurs caractéristiques cli-

niques, le moment et les bases du diagnostic, l'implication des facteurs psychiques et l'utilisation des ressources. Des questionnaires étendus ont été élaborés qui se trouvaient augmentés après chaque séance commencée avec la volonté d'abrèger. Encore en dépouillement, elle apporte des renseignements cliniques intéressants et des indications méthodologiques importantes : 1) il n'est pas trop difficile de trouver des collègues par contact personnel et probablement un nombre important de praticiens sont prêts à se lancer dans un projet d'étude ; 2) la qualité des questionnaires retournés (même trop compliqués) est bonne dans notre pays d'horlogers ; 3) une quantité importante de patients peut être examinée dans un temps raisonnable et 4) la proportion de patients contrôlés à un an est remarquable (97%) (grâce aussi à la pugnacité de l'infirmière de recherche). Ceci suggère que la méthode utilisée ici est prometteuse pour des projets futurs. Elle est cependant grevée de difficultés organisationnelles et la masse des données engrangées exige beaucoup de temps de reformatage à fin d'exploitation.

## Etudes interventionnelles

Les deux études sur les carences en vitamine B12 ont marqué le passage à des études interventionnelles. La première a étudié l'évolution de patients présentant une macrocytose, une neuropathie ou un trouble cognitif récents après six mois de substitution vitaminique «24 des 43 patients substitués ont répondu à l'administration de celle-ci dont 6 dans le domaine neurologique et 6 dans le registre psychiatrique».<sup>12</sup> Les exigences cliniques ont été jugées élevées par les participants. La seconde étude, en voie d'achèvement avec un nombre d'inclusions un peu plus faible que planifié, a été insuffisamment discutée avec les participants. Elle cumule des exigences cliniques semblables à la première étude avec des difficultés prévisibles (coordination multicentrique, randomisation des patients, consentement éclairé) et imprévisibles (problèmes administratifs, acheminement des échantillons sanguins). Elle a dépassé les limites d'un système de recherche de milice (douze versions successives du protocole, soumission à plusieurs commissions cantonales d'éthiques, coordination de plusieurs centres gériatriques ou cabinets, conclusion d'assurance responsabilité civile, etc.). Les participants, quant à eux, ont assumé une charge clinique et technique exagérée en regard de leur activité de consultation.

L'étude «Carence en fer et fatigue» est à date la plus belle réussite de la recherche UMG/PMU.<sup>13</sup> Partie de l'observation d'une consœur, elle a permis d'établir que la correction d'un déficit martial peut diminuer l'intensité de la fatigue chez des femmes fatiguées sans cause

### Bibliographie

- Rosser WW, van Weel C. Research in family/general practice is essential for improving health globally. *Ann Fam Med* 2004; (Suppl. 2): S2-S4.
- Bochud P-Y, Moser F, Erard P, et al. Community-Acquired Pneumonia. A Prospective Outpatient Study. *Medicine* 2001; 80: 75-87.
- Erard P, Studer JP, Verdon F. Traitement de l'infection urinaire par une dose unique d'antibiotique. Comparaison avec un traitement long et surveillance d'un an. *Schweiz Med Wochenschr* 1984; 114: 1777.
- Verdon F, Studer JP. L'algie pectoro-brachiale gauche. *Schweiz Med Wochenschr* 1988; 118: 806-11.
- Verdon F. Mesure de la pression artérielle – quel brassard? *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122: 1491-6.
- Verdon F, Jacot E, Boudry JF, Chuat M, Truong CB, Studer JP. Variations saisonnières de la pression artérielle chez des sujets normaux et des malades chroniques. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux* 1997; 90: 1239-46.
- Arglès A, Mourad G, Mion C. Seasonal Changes in Blood Pressure in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Hemodialysis. *N Engl J Med* 1998; 339: 1364-70.
- www.kollegiumn.ch rubrique recherche clinique.
- Perdrix A, Decrey H, Pécoud A, Burnand B, Yersin B et le groupe des praticiens PMU. Dépistage de l'alcoolisme en cabinet médical : applicabilité d'un questionnaire (CAGE) par le médecin praticien. *Schweiz Med Wochenschr* 1995; 125: 1772.
- Wasem L, Verdon F, Holtz J, Decrey H, Boillat MA. Anamnèse professionnelle en médecine de premier recours : présentation d'un questionnaire de dépistage des problèmes de santé liés au travail. *Rev Med Suisse romande* 2001; 121: 845-9.
- Decrey H, Verdon F, Burnand B, Pécoud A, Burnier M. Evaluation of the

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parler anglais</li> <li>• Maîtriser le secrétariat</li> <li>• Trouver-maîtriser les logiciels</li> <li>• Connaître lois, règlements, échéances</li> <li>• Trouver un financement</li> <li>• Connaître les filières de publication</li> <li>• Avoir 5 à 10 ans devant soi</li> </ul>	<b>Strengths</b>	<b>Opportunities</b>
	<b>Weaknesses</b>	<b>Threats</b>

**Tableau 3. Organiser une recherche en médecine de premier recours : conditions générales et matrice SWOT.**

use of ultrasonography in primary care. *European Journal of Public Health* 1998; 8: 140-2.

12 Ali G, Pécout A, Decrey H, Verdon F. Déficit en vitamine B12: dépistage précoce en médecine ambulatoire. *Schweiz Med Wochenschr* 1998; 128: 1763-9.

13 Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi C-L, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: Double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1124-7.

14 Kissling B. Encouragement de la recherche en médecine ambulatoire. Résultat de la séance de travail de L'ASSM du 15 novembre 2002 à Bâle. *PrimaryCare* 2003; 3: 77-81.

15 Légaré F, Centre hospitalier universitaire de Québec, Unité de médecine familiale. *Communication personnelle*.

### Adresse de l'auteur :

Dr François Verdon  
Rue du Musée 9  
2000 Neuchâtel  
Francois.Verdon@mcnet.ch

faut réinventer les modalités alors que le temps et les ressources à disposition sont limités.

## Pourquoi une recherche sous-développée ?

Les Prs W. Stauffacher et H. Stalder relèvent le sous-développement de la recherche suisse en MPR.<sup>14</sup> Elle a du moins le mérite d'exister. La publication d'une étude est par nature l'aboutissement d'une somme de travail importante. Les praticiens organisateurs des études ou y participant sont d'abord des cliniciens responsables de leurs patients et de leur cabinet et ont par ailleurs une charge d'enseignement. Ils n'ont cherché ni intérêt financier ni promotion académique dans la recherche. Les collègues de la PMU ne manquent pas non plus de travail clinique et organisationnel. Et puis le milieu n'est guère favorable: manque de tradition, manque de chercheurs formés, cohorte des généralistes en perte de vitesse. L'existence même de la médecine générale est remise en cause dans certaines facultés dans l'indifférence des milieux politiques. Un cadre pour la recherche bien différent de celui d'autres lieux: «Dans les années 90, les responsables ont conclu que la recherche en médecine clinique était en difficulté au Québec. Les autorités facultaires et départementales ainsi que divers centres de recherche ont alors suscité la création de postes de chercheurs cliniciens dans les centres de médecine ambulatoire et hospitalière rattachés aux facultés de médecine, postes pour lesquels les médecins doivent garder une activité de consultation ambulatoire plus ou moins large. Ceci avec un programme de subvention par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (...).<sup>15</sup> Comparez!

évidente. Ce genre d'étude randomisée à double insu, avec contrôle électronique de l'observance médicamenteuse impose un changement du contrat de soins habituels. Le médecin ne s'engage plus à fournir les meilleurs soins qu'il peut donner, mais demande au patient s'il veut participer à un essai thérapeutique à ses risques et sans garantie de succès, pour la science et l'intérêt général – changement de paradigme pas toujours facile à adopter.

Pour de telles études, les organisateurs doivent montrer d'autres aptitudes que précédemment (tableau 3). Les changements les plus frappants sont l'inflation du temps administratif comparé au temps consacré à l'étude proprement dite et la complexité des conditions cadres: contraintes administratives et éthiques, contraintes légales encore mal définies. Le coût d'études même techniquement simples est élevé, le délai entre le choix du sujet et sa publication est long (8 ans pour l'étude fer et fatigue). Finalement, dans cette recherche généraliste, les sujets de recherche étant chaque fois différents, chaque projet est quelque chose de neuf dont il