

La recherche en soins primaires

M. Roland

Coordinateur du pôle "recherche" du Département de Médecine Générale - U.L.B.

La pratique du médecin généraliste est avant tout clinique : le soin, la prévention, la réhabilitation et la promotion de la santé pour le malade et la population. Deux autres activités lui sont cependant associées dans le cadre d'une bonne pratique médicale : l'enseignement et la recherche ; l'enseignement pour diffuser la connaissance, la recherche pour l'améliorer. Ces deux aspects devraient être beaucoup plus systématiquement soutenus par une politique de santé de qualité, à orientation scientifique, générant un système de soins efficient.

LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DES SOINS PRIMAIRES

La recherche en soins de santé primaires était jusqu'il y a peu un domaine particulièrement pauvre, notamment dans notre pays : peu d'intervenants, peu de références, pas de centre organisé, pas d'accès à une documentation spécifique, etc. Les chercheurs désireux de s'impliquer ont donc dû développer des stratégies d'action particulières pour acquérir une connaissance et une compétence : lectures et mise sur pied de méthodes d'accès aux divers documents, réflexions sur les méthodologies de recherche en soins de santé primaires, essais-erreurs sur le terrain, participation à des groupes de travail internationaux et insertion dans des réseaux de recherche en dehors de la Belgique, développement de collaborations synergiques, constitution d'un tissu de personnes-ressources ou référentes, etc.

Le congrès de la WONCA (Association Scientifique Mondiale des Médecins Généralistes/Médecins de Famille) en 1992 a mis en évidence plusieurs étapes balisant le développement de la recherche en soins primaires en Europe¹ :

- Une première étape pendant laquelle il n'existait quasiment pas de recherche en médecine générale (de 1950 à 1970). Le modèle était dérivé de la médecine nosographique ou, dans sa forme ultime, des statistiques de mortalité. La pensée psychosociale en profita pour s'imposer sur ce terrain non investi. Son plus grand apport fut de relativiser et de globaliser le paradigme biomédical, mais au détriment des réalités somatiques.
- Une deuxième étape caractérisée par l'influence prédominante des sociologues et des psychologues dans les départements de recherche en médecine générale (de 1970 à 1980). C'est à ce moment qu'apparurent les termes de global, continu, intégré,

etc. Les recherches, essentiellement qualitatives, étaient surtout axées sur les aspects émotionnels, sur les tâches, rôles et compétences des médecins de famille. Penser était plus important que compter, dans un système hiérarchique de valeurs.

- Une troisième étape de déblocage (de 1980 à 1985). On semblait découvrir que la pensée quantitative n'était pas plus l'apanage des médecins et des positivistes que la pensée qualitative celle des psychosociologues. On pouvait enfin envisager la coexistence harmonieuse de phases quantitatives et qualitatives au cours d'un même processus de recherche en fonction des nécessités. La WONCA commença de jouer un rôle fondamental en médecine de famille dans la coordination internationale des chercheurs et mit sur pied toute une série de groupes de travail notamment pour construire un certain nombre d'outils standardisés et spécifiques, facilitant la communication et la normalisation : l'ICPC (*International Classification of Primary Care*), les cartes d'évaluation de statut fonctionnel (les WONCA-COOP *charts*), etc.
- La quatrième étape d'épanouissement et de synthèse (après 1985) : coexistence de différents types de recherche, de différents types de chercheurs et prise en compte d'aspects multiples, notamment économiques. Un sujet tend à se détacher par l'intérêt que lui porte une majorité de chercheurs : la qualité des soins et l'assurance de qualité²⁻⁴. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les standards, les recommandations, les *peer-review*, les *audits*, etc. Depuis 1990, aux Pays-Bas, un tiers des projets de recherche traite de l'assurance de qualité.

A l'analyse, on peut affirmer que la recherche en soins primaires est à un tournant : celui de la synthèse et du syncrétisme. L'objectif, ambitieux, est de pouvoir maîtriser, au moins conceptuellement, les différents types de recherche, de cerner leur complémentarité (plutôt que leur antagonisme), et surtout d'en préciser les domaines d'application et les spécificités réciproques. Ces différentes méthodes de recherche ne s'inscrivent pas dans un ensemble hiérarchisé de valeurs paradigmatiques différentes, mais témoignent d'une diversité de moyens d'approche et d'analyse pour une variété de domaines et d'éléments à étudier.

A un type de problèmes correspond une méthodologie de recherche optimale pour des résultats optimaux : la balance et la toise sont deux outils de mesure utiles, mais il vaut mieux utiliser la balance pour

peser et la toise pour mesurer que le contraire.

La période qui s'achève a donc été caractérisée par l'occupation d'un terrain vierge, l'apport de la sociologie et des autres sciences humaines aux méthodologies classiques de recherche, la définition puis l'utilisation et la généralisation de la recherche action, et la reconnaissance de l'importance des méthodes qualitatives.

La période qui s'annonce, tout en n'oubliant pas les ressources, les expériences, et les mérites du passé proche voudrait, dans la continuité, élargir les champs explorés, diversifier les méthodes de recherche utilisées, introduire plus systématiquement une dimension quantitative aux problèmes traités, servir de support ou de relais à des actions visant à soutenir ou promouvoir la politique de santé, traiter d'assurance de qualité, garantir le volet (micro)-épidémiologique et de santé publique, et veiller à l'appropriation des recherches par les médecins de famille eux-mêmes^{5,6}. La création récente, notamment dans notre Université, de départements académiques de médecine générale développant des projets de recherche spécifiques pour la médecine de famille⁷, de même que la mise sur pied de réseaux collaboratifs de chercheurs généralistes, en sont une nécessité et une conséquence heureuses⁸.

PROJETS DE RECHERCHE MENES AU SEIN DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE L'U.L.B. (D.M.G.-U.L.B.)

Le pôle recherche du Département se compose actuellement d'un cadre fixe composé d'un coordinateur et de quatre assistants chercheurs mi-temps, auxquels s'ajoutent des collaborateurs ponctuels (enseignants, maîtres de stage, etc.).

Plusieurs des projets développés sont menés dans le cadre de collaborations inter-universitaires, notamment en relation avec le CERISSP (Centre d'étude et de recherche interdisciplinaire en soins de santé primaires), créé au départ de notre Université et de la Fédération des maisons médicales il y a quelques années. La plupart de ces projets sont des recherches actions, dont les conclusions débouchent sur des propositions concrètes de formation, de changement ou d'amélioration.

- Développement d'un thesaurus belge bilingue (Fr/Nl), codé ICPC-2/ICD-10 destiné aux logiciels de gestion des dossiers médicaux. L'ICPC (*International Classification of Primary Care*) de la WONCA (CISP en français : Classification Internationale des Soins Primaires) est l'équivalent pour la médecine de famille et les soins primaires de l'ICD (*International Classification of Diseases*) de l'O.M.S. (CIM en français : Classification Internationale des Maladies) pour les soins secondaires et spécialisés. Une banque de termes à visée exhaustive, bi-classifiés et bilingues, est une nécessité pour alimenter les dossiers médicaux électroniques.
- Participation au groupe de travail fédéral de normalisation et de standardisation des dossiers médicaux :

développement d'une architecture structurée au départ de 7 éléments conceptuels (élément de soins, démarche, contact, sous-contact, service, prestataire et période), permettant le recueil en temps réel, la communication entre dispensateurs de soins, la transmission, l'agrégat et l'analyse des données.

- Analyse de la pratique médicale accompagnée : le but de cette recherche, d'ordre casuistique, est d'analyser de façon semi-quantitative, prospective et qualitative les problèmes attenant à la pratique des médecins généralistes en formation spécifique durant deux années académiques, de former les animateurs des séminaires au recueil structuré des données cliniques lors des contacts (SOAP-logic : *subjective, objective, assessment, plan*) et à la CISP-2, pour en extraire l'information utile en termes d'enseignement.
- Evaluation (sur base de questionnaires et de *focus groups*) de la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST), des maladies transmissibles par le sang (MTS) ainsi que des règles d'hygiène universelle en soins primaires.
- Etude de la couverture vaccinale du personnel soignant en Belgique francophone, en ce qui concerne plusieurs maladies infectieuses sensibles à la vaccination (influenza, hépatite B, etc.).
- Pauvreté et soins : inventaire des obstacles aux soins pour les populations défavorisées, analyse des mesures politiques déjà prises, formulation d'avis pour faciliter l'accès aux soins, développement d'instruments permanents d'analyse.
- Etude du suivi par le généraliste des enfants de couples séparés : au départ d'analyse de pratiques au travers de *focus groups*, répertorier les principales difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes lors du suivi des enfants de couples séparés (coordination du suivi des enfants par plusieurs généralistes, qualité du suivi médical et psychologique des enfants après la séparation, problèmes "relationnels" entre le médecin de famille et les parents séparés dans le cadre du suivi médical de l'enfant) et apporter des pistes de solutions optimisant le suivi médical de ces enfants.
- Recherche "grandes villes" : au départ d'analyses quantitatives (chiffres statistiques INS, enquêtes existantes) et d'évaluations qualitatives, identifier les problèmes spécifiques à la santé dans les grandes métropoles, autant en ce qui concerne les situations (micro-)épidémiologiques locales ou générales que les sous-populations cibles particulières, et proposer des solutions opérationnelles possibles.
- Collaboration active à la publication de *Minerva*, revue critique de littérature tertiaire, nettement orientée "evidence-based medicine".

CONCLUSION

La période actuelle est un moment clé dans l'histoire du développement de la recherche en soins primaires⁹. Les apports théoriques qui précèdent devraient faire prendre conscience, si ce n'est déjà fait, de sa richesse actuelle et potentielle, et de l'impérieuse nécessité de la soutenir activement : "Ignorer la recher-

che clinique aujourd'hui se traduira en vies humaines perdues demain¹⁰”.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mulder JD : Science and general practice. The role of medical research in the development of general practice. Huisarts Wet 1993 ; 36 (Suppl) : 1-4
2. Grol R : Research and development in quality of care : establishing the research agenda. Qual Health Care 1996 ; 5 : 235-42
3. Olesen F, Mainz J, Lassen JF : Research, technology assessment, and quality assurance. Eur J Gen Pr 1997 ; 2 : 162-5
4. White C : NICE expands research and development role. BMJ 2003 ; 326 : 1056
5. Backer P : National and International Research in the Future in General Practice. Scand J Prim Health Care 1993 ; 11 (Suppl 2) : 4-6
6. Jones R : Primary care research : ends and means. Family Practice 2000 ; 17 : 1-4
7. Allan J, Wilson A, Fraser R, Gray DP : The academic base of general practice : the case for change. BMJ 1993 ; 307 : 719-22
8. Olesen F : Research in general practice. BMJ 1998 ; 316 : 324
9. Gray DP : Research in general practice ; achievements in the past and possibilities for the future. Scand J Prim Health Care Suppl 2002 ; 20 : 2-5
10. Stewart PM : Improving clinical research. BMJ 2003 ; 327 : 999-1000

PRIX DECERNE

Le Prix de Pneumologie du Pr J.C. Yernault

Lors de sa réunion de novembre 03, la Société Belge de Pneumologie a modifié son “ *Clinical Pneumology Award* ” en “ **Prix de Pneumologie Pr J.C. Yernault** ”. C'est le seul prix “ clinique ”, directement attribué par la Société.

Ce Prix, d'un montant de 1.250 €, est attribué au meilleur exposé d'un cas clinique, présenté au cours de la réunion annuelle de la Société réservée aux communications libres.

Pneumologues et assistants exerçant dans les hôpitaux universitaires ou périphériques peuvent participer à ce prix. Les candidats doivent être membres de la Société Belge de Pneumologie, être soit de nationalité belge, soit de nationalité étrangère mais exercer la médecine en Belgique.

Le Prix 2003 a été décerné au **Dr K. Carron** (Service de Médecine Interne, Heilig Hartziekenhuis, Roeselare-Menen) pour un travail portant sur le poumon du “ cracheur de feu ” (rapport de 4 cas).

Pour toute information complémentaire, prière de s'adresser au Secrétariat de la Société Belge de Pneumologie (Mme Dansercoer) Tél 016 89 31 91

Communiqué de la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque

La Fondation pour la Chirurgie Cardiaque, présidée par le **Pr G. Primo**, est une a.s.b.l. qui a comme objectif de promouvoir le travail de recherche scientifique dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires.

Le rôle de la recherche est fondamental pour trouver des solutions nouvelles aux problèmes complexes résultant de la maladie cardiaque.

Avant de passer en toute sécurité aux applications cliniques, des recherches expérimentales préalables sont indispensables, mais elles sont longues, multiples et coûteuses.

La Monnaie, sous l'impulsion de son Directeur Bernard Focroulle, favorise l'organisation de concerts classiques en faveur d'associations belges, afin de les aider à promouvoir des activités avec récoltes de fonds au bénéfice de leurs projets associatifs.

Dans ce cadre, est organisé le **5 mai prochain**, un récital de piano donné par le jeune et brillant musicien **Alexander Vaguener**, au profit de la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque.

Pour toute information supplémentaire quant aux activités de la Fondation, prière de contacter l'agence de communication Dialogic, tél 02 426 64 66. Site <http://www.dialogic-agency.com>.