

# Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients

Denis Pouchain<sup>1</sup>, Pierre-Louis Druais<sup>2</sup>, Vincent Renard<sup>3</sup>, Dominique Huas<sup>4</sup>

exercer 2008;84:130-4.

d.pouchain@cnge.fr

**Résumé.** Depuis 25 ans, le développement de la médecine générale au sein de l'université médicale est fondé sur une forte volonté politique des généralistes enseignants et un bagage pédagogique solide, moderne et innovant au regard des habitudes académiques. La production de savoirs centrés sur la santé des patients, dans sa dimension biopsychosociale, n'a jamais été un enjeu prioritaire.

Avec le projet théoriquement abouti de filière universitaire de médecine générale, le contexte n'est plus le même. Les futurs cadres titulaires seront nommés sur des critères scientifiques (et non pédagogiques ou professionnels) à l'identique des autres spécialités. Ainsi, le nombre et la qualité des publications scientifiques dans des revues à « impact factor » seront déterminants. Pour ces raisons, la recherche en médecine générale doit être la priorité pour les 10 ans à venir, et il est urgent de développer une réelle politique nationale de recherche disciplinaire s'appuyant sur les collèges, les départements de médecine générale et la structure nationale CNGE-Recherche. Une fois ce paradigme établi et collectivement accepté, il faut définir quels types de travaux de recherche sont prioritaires.

Si la médecine générale est centrée sur le patient (dans son champ biopsychosocial), la recherche doit l'être aussi. Par ailleurs, si l'objectif des soins prodigués par les généralistes est de restaurer, préserver et/ou de maintenir la santé des patients, il faut que les travaux de recherche démontrent l'impact de leur activité sur des « critères patients », et de préférence cliniques.

Ces deux principes doivent guider les priorités de la recherche dans la discipline.

1. Enseignant chercheur – UFR Paris-Île-de-France-Ouest
2. Président du CNGE
3. Directeur de CNGE-Formation
4. UFR Paris 7-Denis Diderot

## Mots-clés

Recherche  
Patient  
Publication  
Formation

## Un peu d'histoire

Au début des années 1980, quelques pionniers (Jean de Butler, Albert Hercek, Charles Jean-Girard, Alain Métrop, Pierre Ageorges, etc.), ont œuvré pour que la médecine générale retourne à l'université dont elle avait été exclue par la Loi Debré en 1958. Les premiers, ils avaient fait le constat que les centres hospitaliers universitaires (CHU) étaient inadaptés à la formation des médecins de soins primaires ambulatoires. Ces pionniers avaient trois points communs :

- une conviction inébranlable que la médecine générale avait une place légitime à l'université pour former des généralistes de qualité et adaptés au champ ambulatoire des soins. Cette

conviction avait été puisée dans les modèles anglo-saxons, en particulier britanniques et danois ;

- une forte volonté politique s'appuyant sur les structures associatives de formation médicale continue ;
- un bagage pédagogique pour adultes, solide et innovant comparativement aux habitudes magistrales de l'enseignement académique.

Ces points communs avaient trouvé naissance, puis écho au sein de l'Union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC), association innovante et dynamique en termes de pédagogie pour adultes.

Avec eux, la médecine générale a glissé un pied dans la (petite) porte de l'université et introduit un cheval de Troie campé sur 4 pattes :

- une légitime affirmation de la spécificité de la médecine générale qui ne pouvait pas être enseignée exclusivement dans les centres hospitalo-universitaires coupés des réalités des soins ambulatoires ;
- une réflexion théorique issue du groupe de Leeuwenhorst<sup>1</sup> et des travaux de Engel<sup>2,3</sup> sur les principes de médecine générale et ses fonctions dans un système de soins ;
- un argumentaire épidémiologique basé sur les premiers travaux de la Société française de médecine générale et la publication de White<sup>4</sup>, confirmée par Green 40 ans plus tard<sup>5</sup> ;
- une formation et une compétence pédagogiques éprouvées dans les séminaires de formation médicale continue (FMC).

Ce cheval de Troie a conduit à la création des collèges régionaux d'enseignants de médecine générale, puis des départements universitaires dont les membres étaient issus des collèges, et du corps des enseignants de la discipline ; du maître de stage (à l'époque) au professeur associé. Les cadres à mi-temps de ce corps enseignant ont été nommés selon une procédure d'évaluation passant par le Conseil national des universités, sur des critères différents des autres disciplines fondamentales ou cliniques. Le dossier de la majorité d'entre eux reposait sur un *curriculum* rassemblant des expériences et des compétences pédagogiques associées à des « services rendus à la profession », qui ne sont pas des critères de nature scientifique. Dans les *curriculum vitae* et les dossiers, les travaux de recherche de qualité publiés dans des revues de bon niveau étaient rares.

## Le présent

Jean de Butler disait souvent : « *la médecine générale doit avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres disciplines* ». Ce discours est toujours d'actualité et, avec l'installation progressive de la filière de médecine générale, les droits des futurs universitaires de la discipline seront les mêmes que ceux des autres spécialités **et leurs devoirs aussi**. À ce titre, les futurs cadres universitaires de médecine générale devront avoir un dossier scientifique (les publications) aussi étoffé que celui des autres candidats. Ce constat modifie profondément le paradigme dans lequel le corps des généralistes enseignants est installé. La pédagogie et ses méthodes restent un champ fondamental pour la transmission des savoirs et la qualité de la formation des futurs professionnels. Cependant, si la discipline veut produire de la connaissance et donc exister dans le contexte scientifique universitaire, l'avenir est dans la recherche disciplinaire, et il y a urgence. La volonté politique, la cohésion institutionnelle, les efforts, les énergies, les moyens humains et financiers doivent être prioritairement fléchés vers la recherche, mais pas n'importe laquelle.

## Quelle recherche pour la discipline ?

Schématiquement il y a trois types de travaux de recherche.

- **Les travaux observationnels qui regroupent les études épidémiologiques transversales ou longitudinales, l'évaluation des pratiques et l'ensemble des études qualitatives.**

- Les deux premiers renseignent sur les prévalences ou les incidences, ou sur l'état des pratiques médicales, en répondant aux questions de type « combien ? ». Elles sont utiles pour construire un programme d'enseignement initial (ou de FMC) ou organiser une politique de santé. Ces études n'ont pas d'impact sur la santé des patients car ce n'est ni leur rôle ni leur objectif.

- Les études qualitatives exploratoires, quelle que soit la méthode utilisée ou les théories qui les sous-tendent, s'intéressent plutôt au « pourquoi ? » ou au « comment ? », ou encore aux déterminants des comportements des acteurs<sup>6</sup> (médecins ou patients). Elles apportent un savoir explicatif ou compréhensif, utile pour générer des questions de recherche dont la réponse est nécessairement quantitative, comme par exemple dans le programme PAAIR<sup>7</sup>. Cependant, une étude qualitative n'a pas d'impact direct sur la santé des patients.

- **Les travaux qui démontrent un lien statistique entre un paramètre (biologique, radiologique, environnemental, etc.) et un état de santé.**

- Les études de cohortes ou les études cas-témoins sont les types de travaux les plus performants. Ils sont observationnels, explicatifs, et ont pour objectif de mettre en évidence des liens statistiques entre deux ou plusieurs phénomènes. Ils sont utiles pour identifier les paramètres sur lesquels il serait judicieux d'intervenir, mais sans pouvoir apporter la preuve de l'impact de l'intervention. Les acteurs (patients et médecins) sont passifs, et ces études ne sont pas non plus en

mesure d'avoir un impact direct sur la santé des patients.

- Dans ce registre, la médecine générale a surtout besoin de travaux mesurant les valeurs prédictives positives et négatives des symptômes et des signes cliniques ou biologiques dans son champ d'intervention. La majorité des études de ce type ont été conduites dans des populations de soins secondaires ou tertiaires dans lesquelles la prévalence des maladies avérées est très différente. Par exemple, la valeur prédictive positive des rectorragies pour le diagnostic de cancer colorectal est très différente dans la population qui consulte en médecine générale<sup>8</sup> et dans celle hospitalisée dans un service de chirurgie digestive. Ces différences expliquent en partie les décalages entre les pratiques et les discours des médecins de soins secondaires ou tertiaires et ceux des soins primaires. Ce champ de recherche est très peu exploré, et produire du savoir dans ce domaine est indispensable à la décision médicale en première ligne.

- **Les travaux qui tentent d'apporter la preuve qu'une intervention améliore, restaure, ou maintient la santé des patients.**

- Ce sont les essais randomisés (par patient ou en grappes) comparatifs. Ils ont pour objectif de démontrer l'impact d'une intervention sur les procédures utilisées par les médecins, ou mieux, directement sur les patients. Ce sont les seuls types de travaux de recherche capables de démontrer l'impact de l'activité de soins sur la santé. Encore faut-il que les critères de jugement soient pertinents, c'est-à-dire centrés sur la santé des patients (*clinical* ou *health outcomes*) et de préférence de nature clinique. Un essai qui montre une modification des procédures médicales, sans s'intéresser aux conséquences de celle-ci sur la santé des patients, n'a fait que la moitié du chemin qui mène à la preuve du rapport bénéfice/risque favorable (ou non) d'une intervention.

La réflexion et le débat sur la recherche disciplinaire doivent tenir compte des éléments précédemment cités afin de définir les objectifs prioritaires d'une politique de recherche. C'est dans ce cadre qu'il faut poser deux principes fondamentaux à privilégier pour la recherche de demain.

1. Si la médecine générale est centrée sur le patient comme l'indiquent la définition<sup>9</sup> et le discours de la discipline<sup>10</sup>, sa recherche doit l'être prioritairement aussi.
2. Si l'objectif de la médecine générale est d'améliorer, de restaurer ou de maintenir la santé des patients (dans sa dimension biopsychosociale), elle doit le démontrer sur des critères cliniques et pertinents, centrés également sur les patients.

### Quel est l'état de la recherche au regard de ces deux principes ?

#### D'un point de vue quantitatif

La comparaison du nombre de publications issues des médecins généralistes français dans Medline, entre 1998 et 2006, montre qu'ils sont peu productifs et depuis longtemps (figure 1). La différence est très nette avec les Britanniques, ce qui est compréhensible compte tenu des différences entre les systèmes de soins, mais surtout de la culture « recherche » anglo-saxonne et des moyens alloués aux soins primaires par les autorités sanitaires britanniques<sup>11</sup>. En revanche, la comparaison est plus désagréable avec les généralistes belges ou néerlandais qui sont dix fois moins nombreux que les Français et qui produisent 5 fois plus. Enfin, le plus alarmant est que l'évolution du nombre de publications françaises est stable (en bas) depuis 8 ans (entre 1,1 % et 1,5 % des publications européennes).

#### D'un point de vue qualitatif

Une analyse exhaustive (éliminant les doublons) des 358 abstracts français acceptés au congrès WONCA Europe à Paris en 2007, et au Congrès de la médecine

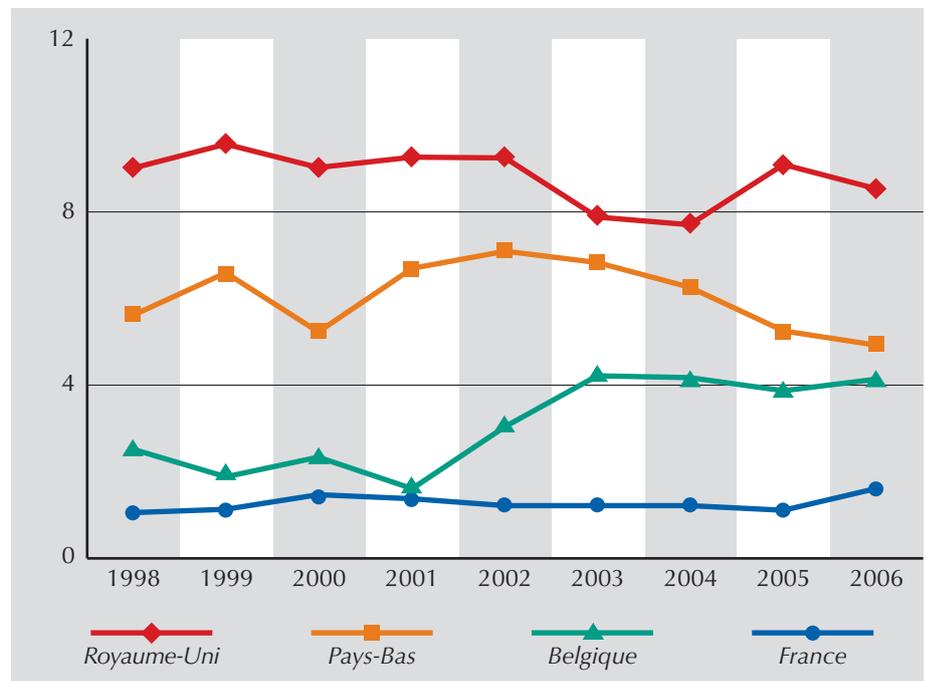


Figure 1. Publications des médecins généralistes européens dans Medline de 1998 à 2006

générale France à Lyon en 2008, montre que la production française est loin du compte au regard des deux principes énoncés plus haut.

D'un point de vue méthodologique, 99 % des travaux étaient de type descriptif (dont 34 % qualitatifs), donc sans impact direct sur la santé des patients. Le nombre d'essais randomisés interventionnels était inférieur à 1 %, et la moitié d'entre eux avait comme critère de jugement principal la décision du médecin et non pas le résultat de cette décision sur la santé du patient (tableau 1).

Du point de vue des objectifs, 0,5 % des études avait comme critère de jugement principal un marqueur clinique objectif de l'amélioration de la santé (tableau 2). Toutes les autres visaient à décompter les incidences ou prévalences des maladies, des diagnostics ou des traitements, ou bien étudiaient la satisfaction des patients, voire celle des médecins (et de leurs pratiques déclarées). D'autres décrivaient les procédures médicales ou le fonctionnement du système de soins ou bien recueillaient des opinions subjectives de médecins comme dans un sondage IFOP.

Cet état des lieux souligne le décalage entre la nature de ce qui est produit et ce qui serait une politique idéale, programmée et efficace de recherche.

L'état actuel de la recherche en médecine générale est le fruit d'une histoire et d'un contexte singuliers. Il s'agit maintenant de prendre conscience de la nécessité d'orienter cette recherche davantage au bénéfice des patients en termes de santé. Autrement dit, il faut faire évoluer le paradigme de la recherche de l'observation vers l'action, en évaluant les conséquences de cette dernière sur la santé des patients.

Méthodes (n = 358)	
Quantitative descriptive	43 %
Qualitative	34 %
Mixte	5 %
Enquête d'opinion	9 %
Interventionnelle	0,8 %
Inclassable	8 %

Tableau 1. Méthodes des études acceptées aux congrès WONCA 2007 et Lyon 2008

## L'avenir

Outre le petit nombre et la faible disponibilité des chercheurs, leurs moyens logistiques et financiers plus que limités, et les difficultés méthodologiques qu'ils rencontrent, un des principaux handicaps de la recherche disciplinaire est son morcellement. Chacun mène ses travaux localement, sans répertoire national ni coordination, et sans s'appuyer suffisamment sur les compétences méthodologiques et/ou biostatistiques disponibles à l'université ou dans d'autres départements et collèges. La création de CNGE-Recherche avait pour but de répertorier les projets et les publications, de structurer un ensemble hétérogène, d'aider à la construction d'un programme national de recherche partagé et cohérent et d'apporter une aide intellectuelle, méthodologique et logistique aux chercheurs. Pour le moment, ces objectifs ne sont pas atteints.

Un des moyens de ne pas se disperser et de faire évoluer la recherche du descriptif vers l'interventionnel, ou de l'observation vers l'action, est de construire (localement ou régionale-ment) des programmes de recherche sur des thématiques ciblées, tenant compte préférentiellement de la prévalence des situations cliniques en soins primaires. Un programme de recherche comporte en général plusieurs études successives utilisant des méthodes différentes. À titre d'exemple, dans le champ des patients hypertendus, la thématique de l'inertie thérapeutique (ou difficultés à changer le traitement ou les comportements du médecin et/ou du patient quand la pression artérielle n'est pas

contrôlée) pourrait donner lieu à un programme de recherche en trois phases.

- Une première étude épidémiologique descriptive évaluant la fréquence et la durée de l'inertie thérapeutique chez les patients non contrôlés et son éventuel impact sur les chiffres tensionnels<sup>12</sup>.
- Une deuxième étude qualitative auprès des médecins et des patients (entretiens individuels ou de groupes) décrivant les motifs de l'inertie des soignants et ce qu'en pensent les patients ou comment ils vivent les modifications de traitement.
- Une troisième étude de type essai contrôlé randomisé en grappes mesurant l'impact d'une intervention (à construire à partir des résultats des deux premières études), destinée à modifier les comportements des médecins et les croyances et comportements des patients. L'objectif serait de démontrer que l'intervention entraîne une diminution significative de la pression artérielle (PA) dans le groupe intervention comparativement au groupe témoin (et non pas uniquement une augmentation du nombre d'antihypertenseurs prescrits). Dans ce cas, le critère principal de jugement serait la PA, voire dans l'idéal, une réduction des événements cardiovasculaires cliniques dans le groupe intervention sans altération de la qualité de vie ni augmentation déraisonnable des effets indésirables sévères.

Ce type de programme montre qu'il n'y a pas d'antagonisme, mais au contraire complémentarité, entre l'épidémiologie descriptive (qui fait l'état statistique des lieux), la recherche qualitative explora-

toire et explicative (qui cherche à comprendre comment fonctionnent les acteurs et pourquoi ils fonctionnent ainsi), et la recherche interventionnelle qui cherche à optimiser les soins afin d'améliorer la santé des patients. En fait, ces trois types d'études sont complémentaires, et concourent ensemble à l'amélioration de la santé des patients. La troisième ne peut pas se passer des données des deux premières, alors que les deux premières (isolées ou couplées) ne peuvent pas prétendre avoir un impact sur les soins et la santé.

## La formation des futurs cadres

Une politique de recherche réellement ambitieuse nécessite de repenser l'organisation et les priorités des départements de médecine générale, d'investir davantage d'enseignants dans le domaine de la recherche afin de proposer aux internes et chefs de cliniques intéressés un véritable programme de formation spécifique. Ce programme pourrait avoir deux niveaux.

Le premier serait une formation minimum destinée à tous les internes, afin de leur donner les outils nécessaires à l'élaboration de leur mémoire et/ou de leur thèse, quel qu'en soit le sujet.

Les objectifs généraux de ce premier niveau seraient de :

- savoir élaborer une question de recherche ;
- faire l'analyse critique basique de la littérature dans le domaine ;
- connaître les principes fondamentaux des différents types de méthodes ;
- maîtriser les rudiments de la biostatistique ;
- s'approprier les bases de la rédaction médicale.

Cette formation devrait aboutir à des mémoires ou à des thèses répondant à une question originale ou innovante dans le champ des soins primaires, avec des ambitions modestes et réalistes. La méthode doit être irréprochable (quantitative ou qualitative), avec l'éventuel concours de méthodologistes de l'université (ou d'autres départements), car c'est dans ce

### Objectifs des études (n = 358)

Epidémiologie, diagnostic, traitement (descriptives)	32,0 %
Image médecin – Satisfaction patients	18,6 %
Système de soins	17,2 %
Procédures médecins (descriptives déclaratives)	16,3 %
Procédures pédagogiques en FMI ou en FMC (descriptives)	15,4 %
Interventionnelles avec critère objectif santé patient	0,5 %

Tableau 2. Études acceptées aux congrès WONCA 2007 et Lyon 2008

domaine que les travaux pèchent le plus. Le tout doit aboutir au moins à une présentation orale lors d'un congrès et à une publication dans une revue scientifique pour les meilleurs d'entre eux.

Le second niveau est destiné aux internes qui souhaitent faire une carrière universitaire. Ils ont 5 ou 6 ans pour constituer leur dossier, c'est-à-dire se former et produire du savoir (de préférence innovant). Dès le début du troisième cycle, il faut repérer les internes qui ont le désir, le goût et surtout les capacités intellectuelles de suivre un cursus recherche susceptible de déboucher sur des publications scientifiques de bon niveau. À ceux-là, il faut proposer une formation d'excellence à la recherche, au minimum d'un niveau Master 2. Les objectifs généraux sont les mêmes que ceux du premier niveau, mais les objectifs spécifiques de chacun d'entre eux doivent être plus ambitieux, pointus et exigeants. Il faut y ajouter une formation supérieure à la méthodologie et à la lecture critique, aux biostatistiques approfondies, à l'anglais lu et parlé, à la rédaction scientifique sur la base des critères des grandes revues<sup>13</sup> et enfin à la maîtrise de la communication orale (en français et en anglais) en public. Certains de ces items sont au programme du deuxième cycle, mais souvent délaissés.

Ce programme de formation d'excellence à la recherche doit débiter au cours de la première année de troisième cycle (pour 1 ou 2 internes par faculté) avec, comme objectif final, la publication de plusieurs travaux de recherche dans de bonnes revues à *impact factor* dans les 6 ans.

Parallèlement à la formation, il faut intégrer ces internes aux programmes de recherche en cours de leurs aînés, ce qui leur permettra à la fois d'acquérir des compétences pratiques de chercheur sur le terrain (et non pas uniquement dans un laboratoire avec un logiciel), et de signer les publications. Un des rôles et des devoirs des chercheurs seniors est aussi de mettre le pied à l'étrier des successeurs.

Un tel programme ne peut pas être mis en œuvre au niveau d'un département de médecine générale. L'unité minimum de formation est l'interrégion. L'échelon le plus performant est national. Le programme s'appuierait sur les compétences de chercheurs généralistes compétents, reconnus, expérimentés et pédagogues, venus des divers départements de médecine générale (il en existe). Il devra aussi faire appel aux chercheurs en sciences humaines, aux méthodologistes (qualitatifs, quantitatifs et interventionnels), aux biostatisticiens, aux enseignants d'anglais médical, et à des formateurs à la rédaction scientifique et à la communication orale, etc. Ce programme pourrait être la base d'un Master 2 recherche en médecine générale.

## Conclusion

Une discipline clinique sans recherche clinique est comme une lanque morte. La future filière universitaire de médecine générale oblige à faire évoluer la stratégie de développement de la communauté des généralistes enseignants. Tout en poursuivant l'innovation et le travail pédagogiques (et en évaluant leurs effets), la priorité pour la discipline est de développer les travaux de recherche et de les publier. Dans cette démarche, il faut favoriser les travaux susceptibles de démontrer l'impact (positif, négatif ou nul) des soins prodigués sur la santé des patients, en privilégiant les résultats portant sur des critères objectifs de santé dans sa dimension biopsychosociale. Cette politique passe par une augmentation du nombre et une amélioration de la qualité des travaux publiés, et par la mise en place d'un programme de formation à la recherche de haut niveau destiné aux jeunes médecins qui se destinent à une carrière universitaire et aux plus jeunes des cadres enseignants d'aujourd'hui.

## Références

1. Groupe Européen d'enseignants de médecine générale, dit de Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe. A description of the work of the general practitioner. Bruxelles : 1974.
2. Engel GL. Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? *N Engl J Med* 1982; 306:802-5.
3. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
4. White K, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
5. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5.
6. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *exercer* 2008;80:4-7.
7. Attali C, Renard V, Cittée J et al. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses de l'adulte en médecine générale (étude PAAIR 2). Abstract. 2<sup>e</sup> Congrès de la médecine générale France 2008. ([www.congresmg.fr/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.congresmg.fr/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)).
8. Du Toit J, Hamilton W, Barraclough K. Risk in primary care of colorectal cancer from new onset rectal bleeding: 10 year prospective study. *BMJ* 2006;333:69-70.
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2002. (<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/publications.asp>).
10. Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Médecine générale. Concepts & pratiques. Paris : Masson 2006.
11. Wallace P. Can the level of activity and quality of research in primary care be significantly improved by the development of a national managed network? Présentation orale EGPRN Antalya 2008. Analyse synthèse par Caroline Huas. *exercer* 2008;83(sup2): 68S-9S.
12. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the healthy people 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-51.
13. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Version mise à jour en octobre 2007 (<http://www.icmje.org>).