

## Need for an Institute of Primary Care Research within the Canadian Institutes of Health Research

*Discussion paper of the Section of Researchers of the College of Family Physicians of Canada*

Marshall Godwin, MD, MSC, CCFP, FCFP   Stefan C. Grzybowski, MD, MCLSC, CCFP, FCFP   Moira Stewart, PHD  
 Michel Labrecque, MD, CCMF, FCMF   Inese Grava-Gubins, MA   Alan Katz, MD, CCFP   Carol Herbert, MD, CCFP, FCFP  
 Sue Tatemichi, MD, CCFP   Sardar Gurdial Singh Mattu, MB, BCH

Funding for formation of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) was confirmed in the federal budget of February 1999. The CIHR will be the major source of funds for health research in Canada and will be structured such that a limited number of "research institutes" will exist together. It is likely that these institutes will affect policy and funding in their respective areas.

Canada's Medical Research Council (MRC) and other agencies might become part of this new structure. During the next few months, decisions will be made about which institutes will be created within the CIHR. Areas of research represented by an institute will be much more likely to receive funding than areas that are not part of an institute.

The Section of Researchers of the College of Family Physicians of Canada (CFPC) proposes the formation of an Institute of Primary Care Research within the Canadian Institutes for Health Research. It would provide a source of increased funding for primary care-based research.

This article is an abbreviated version of the full text of the Section of Researcher's discussion paper. The complete paper is available on the College's website at [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca).

### Definition and scope

Britain's Medical Research Council recently published a *Topic Review on Primary Health*.<sup>1</sup> For that review, they defined primary care as "first contact, continuous, comprehensive, and coordinated care provided to individuals and populations undifferentiated by age, gender, diseases, or organ systems."

Under the rubric of definition, we must also clarify that we recognize that family medicine is

not the only discipline providing primary health care to Canadians. Nursing, pharmacy, dietetics, occupational and physical therapy, social work, and psychology, as well as other medical disciplines, such as pediatrics and emergency medicine, provide first-contact and ambulatory care. We encourage research leaders in these disciplines to identify their research needs within the primary care aspects of their disciplines and to join us in supporting development of an Institute for Primary Care Research.

As family medicine is overwhelmingly the largest provider of primary care to Canadians in terms of patient contact and expenditure of health care dollars, family medicine is the focus of this document.

### Primary care in Canada's health care system

Approximately 27 000 family physicians and general practitioners practise in Canada today. These practitioners are the point of entry to the medical system for most Canadians. Payment for patients' visits to family physicians in Ontario amounts to 41% of Ontario Health Insurance Plan (OHIP) expenditures to physicians.<sup>2</sup> Such visits account for well over half of all patient encounters with physicians because family physicians are paid at a lower rate per encounter than specialists. Undoubtedly, the same is true for the rest of Canada.

Work done in the 1960s by White et al<sup>3</sup> is helpful in illustrating the importance of the role of primary care physicians and family doctors in the system (Figure 1). They reported, for every 1000 people in a population, 750 will have some illness or injury in a 1-month period. Of these

750 people, 250 will see their family doctors (primary care). Family doctors will treat 235 of these 250 people on an ambulatory, primary care basis; will admit nine of them to hospital themselves, with or without consultation with a specialist; will refer five others to consultants, but will not hospitalize them; and will refer only one to an academic tertiary care centre.

The information in **Figure 1** illustrates the discrepancy between where medicine is taught and where practice occurs. A similar discrepancy exists between where most research is carried out and where practice occurs. A credibility and applicability gap develops between the results of the research and the people and places to which those results are meant to be applied.

**Current state of primary care research funding in Canada**

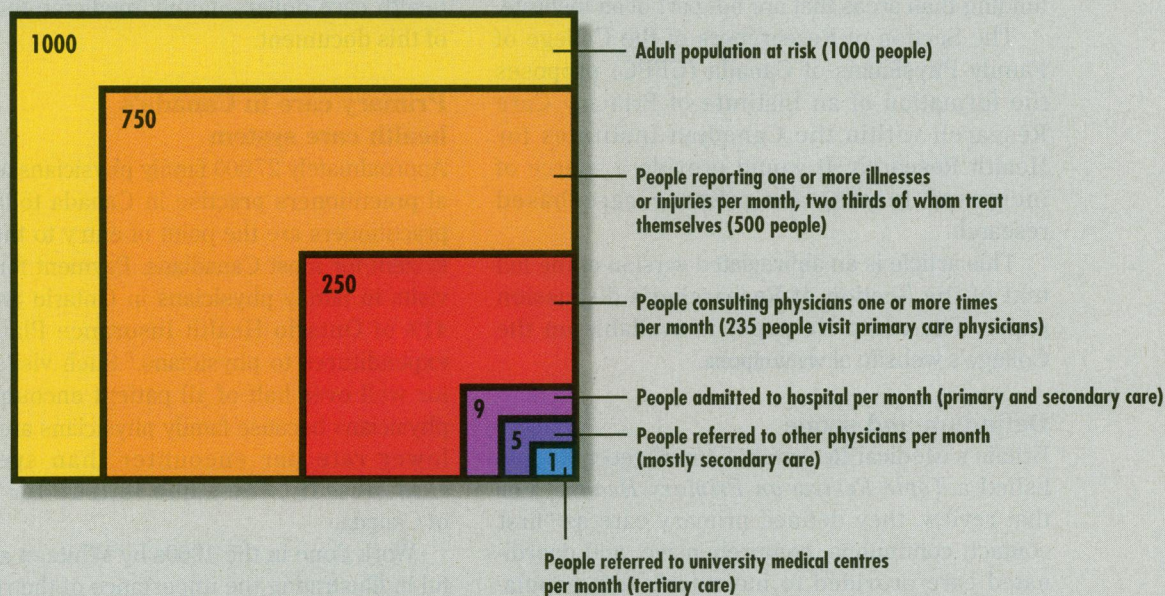
Primary care research in Canada is severely underfunded. Funding was practically non-existent at the national level until recent changes in the focus of the MRC led to the possibility of grants being awarded to primary care researchers. The only other sources of funding for primary care research are the National Health Research and

Development Program (NHRDP), which seems to have constrained funds, small private foundations, and various episodic provincial government funding sources. The CFPC has recently established a Research and Education Foundation to help focus on the importance of supporting family medicine and primary care research in Canada.

Primary care research has much to offer the health care system in Canada. An Institute of Primary Care Research within the CIHR would greatly facilitate research in the branch of health care delivery that provides more than 50% of medical care to Canadians but that receives a very small proportion of Canada's research dollars. There is an urgent need for research into both the content and process of health care in the ambulatory, primary care setting.

To illustrate this need, a MEDLINE search of all articles published during 1996 in four journals (*New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, and *Canadian Family Physician*) was conducted. This provided data on all articles published during 1996 (**Table 1**, column 2). Articles indexed under the MeSH headings "primary health care" or "family practice" or that had "family medicine" or

**Figure 1. Estimates of monthly prevalence of illness among 1000 adults 16 years and older in the community: Roles of physicians, hospitals, and university medical centres**



Adapted from White et al.<sup>3</sup>

“primary care” in the title or abstract were then chosen (Table 1, column 3). Then these articles were further filtered by limiting the database to only those articles categorized by MEDLINE as clinical trials. How often, in 1996, were the research articles published in these journals directly related to family medicine or primary care? Results clearly indicate an appallingly low volume of research in an area of medicine that has the most patient encounters and highest government expenditures for physician services in Canada (Table 1).

**Research in other settings might not be valid or applicable**

Results of studies done on highly filtered, referred patients in specialty practices or in hospitals do not always translate well into the undifferentiated primary care environment. This has led to frustration and many questions about the unpredictable and at times low rates of implementation of research results into primary care practice. The reality is that the epidemiology of family practice differs from that of tertiary care. Family doctors work in an environment where the prevalence and characteristics of a given condition could be markedly different from those seen in a consultant’s practice, especially if that consultant works in a tertiary care centre.

For example, a 45-year-old man presenting to a family doctor’s office with chest pain is less likely to have ischemic heart disease than a 45-year-old man referred to a cardiologist’s office. This paradox is due to the difference in prevalence of ischemic heart disease in a family doctor’s patient population compared with a cardiologist’s. The patient presenting to the family doctor does so at a point where the problem is still undifferentiated, and the family doctor has to determine the most likely diagnosis—from a chest wall syndrome to a gastric or esophageal inflammation to angina pectoris. Once the family physician has ruled out other disorders and determined there is a reasonable probability that this patient has ischemic heart disease, referral to a cardiologist could follow.

The cardiologist is then dealing with a situation where the more benign causes of chest pain have already been ruled out and the patient is more likely to have ischemic heart disease. The cardiologist’s perception, therefore, might be that most patients presenting with chest pain have coronary artery disease. The family doctor’s perception, however, is that most patients presenting

**Table 1. Number and proportion of articles listed on MEDLINE with MeSH headings “primary health care” or “family practice” or with “primary care” or “family medicine” in the title or abstract in four selected journals**

JOURNAL	TOTAL NO. OF ARTICLES PUBLISHED IN 1996	NO. OF ARTICLES ON PRIMARY CARE OR FAMILY MEDICINE (%)	NO. OF CLINICAL TRIALS IN PRIMARY CARE OR FAMILY MEDICINE
<i>New England Journal of Medicine</i>	1280	26 (2.0)	0
<i>British Medical Journal</i>	2535	249 (9.8)	6
<i>Canadian Medical Association Journal</i>	540	27 (5.0)	0
<i>Canadian Family Physician</i>	198	71 (35.8)	2

with chest pain have diagnoses other than coronary artery disease. Obviously, many of the research findings related to patients with chest pain presenting to cardiologists will interest family doctors but will not necessarily be relevant to their practices.

The environment in which research is conducted has an important effect on how results should be translated into practice. It affects interpretation of prevalence of a disease, and the stage of illness at which a patient presents; predictive value of investigations; expected outcomes of treatment; and, most importantly, the research questions that are asked. Patient problems and health care issues that are common and important at a primary care level might never end up being the focus of research studies because they are not as relevant at the tertiary care level where most research occurs and to which most research funds flow.

**International perspective**

Other countries have already recognized the importance of primary care research. Australia, the United Kingdom, and the United States have taken steps to formulate policy and directions for funding within primary care.

The Australian federal government has made a substantial investment in building research capacity in primary care by creating Divisions of General Practice throughout the country and by

providing funds for research and development projects over an 8-year period. As a consequence, primary care research has been fast-tracked, which has encouraged additional external funding, which in turn has led to an increase in the numbers of both primary care researchers and excellent research projects. The National Information Service, based at Flinders, Queensland, provides a vehicle for exchange of research findings and development for researchers.

Britain's Medical Research Council mounted a topic review in primary care in January 1996. That process resulted in solid support for primary care research, including specific funds targeted both to research training and to carrying out health services research initiatives. The British research establishment has clearly recognized the importance of this area. Funding has been dedicated to the Research and Development General Practice Scheme and a major National Primary Care Research Unit has been established and funded, reflecting the importance placed on primary care research.

The American Academy of Family Physicians, recognizing the importance of research within the discipline, has allocated \$7.7 million to support family medicine research. The United States also established a Centre for Primary Care Research within the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in 1998. Primary care research in Canada needs the CIHR to take the same initiative and establish an Institute of Primary Care Research.

The CFPC established the Section of Researchers in 1995, with a mandate to link the 16 schools of family medicine with community-based family medicine researchers in order to improve research capacity, to enhance research output, and to lobby for increased funding for primary care research in Canada (both for conduct of studies and for appropriate research training opportunities).

### **Institute of Primary Care Research**

The CFPC's Section of Researchers strongly supports and advocates for creation of an Institute of Primary Care Research within the CIHR. Why is this institute needed?

*Primary care comprises approximately half the patient care in Canada and accounts for half the costs of physician services.* About 95% of people in Canada have family doctors, and most Canadians visit their family doctors at least once a year. These visits, which occur both in

large cities and in the rural north, are for medical, psychological, and social reasons; for health maintenance, prevention, and screening; for management of chronic conditions; for palliative care; and for prenatal and intrapartum care. They involve women, men, and families, and people of all ages, races, ethnic groups, and lifestyles.

*Primary care research is seriously underfunded in Canada.* Despite the preponderance of medical care provided by primary care practitioners, funds allocated to primary care research have been minuscule. This has been due partly to a lack of recognition on the part of funding agencies of the need for and importance of primary care research, and partly to a lack of research capacity and expertise within primary care, where the overall focus has been to provide service. This situation is now changing. There are, across Canada today, researchers in primary care with the expertise and capacity to conduct the needed studies. What they need is to be supported by our funding agencies.

*Results from research conducted in specialty and hospital settings can be invalid or irrelevant for primary care.* There are important differences in the type, stage, and prevalence of diseases and problems patients present to their family physicians and other primary care providers compared with those being addressed by consultant-specialists in tertiary care settings. The setting in which research is conducted affects how results should be translated into practice.

*Other countries have recognized the gap between the high level of primary care activity in providing health services and the low level of research support. They have targeted specific funding programs at primary care research.* Primary care is recognized as an important emerging area of research focus; results of primary care research could help make a real difference in the health of individuals and populations. Also, the primary health care that is delivered needs to be evidence-based and cost-effective. This requires research, both clinical research and health services research at the primary care level.

### **Conclusion**

We need more pragmatic research investigating ways to make primary care more effective. This research needs to be conducted in

**EDITORIALS**

.....

primary care settings. This approach would validate research into the efficacy of treatments and procedures, confirm results in the "real world" laboratory, and build credibility for the results in the minds of primary care practitioners.

Creating an Institute of Primary Care Research within the CIHR will provide a much-needed source of funding for increased primary care research. The CFPC's Section of Researchers strongly supports and advocates for the creation of this institute. ♣

**Dr Godwin** is an Associate Professor of Family Medicine at Queen's University in Kingston, Ont. **Dr Grzybowski** is an Assistant Professor of Family Medicine at the University of British Columbia (UBC) in Vancouver, BC. **Dr Stewart** is a Professor at the University of Western Ontario in London. **Dr Labrecque** is a Professor at Laval University in Quebec city, Que. **Ms Grava-Gubins** is Director of Research at the College of Family Physicians of Canada in Mississauga, Ont. **Dr Katz** is an Assistant Professor at the University of Manitoba in Winnipeg. **Dr Herbert** is Professor and Head of the Department of Family Practice at UBC. **Dr Tatemichi** is an Assistant Professor at Dalhousie University in Halifax, NS. **Dr Mattu** is a family medicine resident at UBC.

**Correspondence to:** Dr M. Godwin, Family Medicine Centre, 220 Bagot St, PO Bag 8888, Kingston, Ont; telephone (613) 549-4480; fax (613) 544-9899; e-mail godwinm@post.queensu.ca

**References**

1. Medical Research Council. *Topic review on primary health*. London, Engl: Medical Research Council; 1997.
2. Goel V, Williams JI, Anderson GM, Blackstien-Hirsch P, Fooks C, Naylor CD, editors. *Patterns of health care in Ontario. The ICES practice atlas*. 2nd ed. Ottawa, Ont: Canadian Medical Association; 1996.
3. White KL, Williams TF, Greensberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1962;265:885-92.

# SUBSCRIPTION ORDER FORM

## DEMANDE D'ABONNEMENT

*Canadian Family Physician*, is the official monthly journal of the College of Family Physicians of Canada, reviewed by family-physicians for family physicians. *Canadian Family Physician* is listed in *Index Medicus*. Start your own collection!

*Le Médecin de famille canadien* est la revue officielle du Collège des médecins de famille du Canada, publiée mensuellement, évaluée par des médecins de famille à l'intention des médecins de famille. *Le Médecin de famille canadien* est fiché dans l'*Index Medicus*. Débutez votre collection!

Canadian residents.....	*\$94.16	Canada.....	* 94,16 \$
United States residents.....	US \$98.00	États-Unis.....	98,00 \$US
Outside North America.....	US \$131.00	Autres pays.....	131,00 \$US
Student/Senior Rate.....	1/2 price	Étudiants/65 ans+.....	1/2 prix

All subscriptions include postage and will be billed upon commencement of the subscription. We do not accept credit card payment. Please allow 4 to 6 weeks for subscription to commence.

Tous les abonnements comprennent les frais de poste et seront facturés dès que l'abonnement prendra effet. Nous n'acceptons pas les paiements par carte de crédit. Veuillez allouer de 4 à 6 semaines pour la réception du premier numéro.

\* Price includes G.S.T.

\* Les prix comprennent la TPS

<p><b>YES</b>, Please start .....                  one-year subscription(s) to  <i>Canadian Family Physician</i>                  and invoice me at:</p>	<p><b>OUI</b>, veuillez débiter .....                  abonnement(s) d'un an au  <i>Médecin de famille canadien</i>                  et facturez-moi à l'adresse suivante:</p>
--	--

Name/Nom ..... (PLEASE PRINT CLEARLY) (ÉCRIRE LISIBLEMENT)

Occupation:  
 Family physician/Médecin de famille       Intern/Interne  
 Specialist/Spécialiste       Resident/Résident  
 Medical student/Étudiant en médecine       Pharmaceutical/Domaine pharmaceutique  
 Library/Bibliothèque       Other, allied to field/Autre, connexe  
 Hospital or Clinic/Centre hospitalier ou Clinique       Other, not allied to field/Autre, non connexe

Address/Adresse .....

City/Ville.....

Province/State/État .....

Postal code/Code postal/Zip .....

Country/Pays .....

Telephone/Téléphone..... Fax / Télécopieur .....

Date ..... Signature .....

Please fax or mail this form together with your cheque or money order to: **Subscriptions, Canadian Family Physician**, 2nd Floor, 2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4, Telephone (905) 629-0900 Fax (905) 629-0893 INWATS 1-800-387-6197 E-mail address: [nwagschal@cfpc.ca](mailto:nwagschal@cfpc.ca)

Veuillez retourner votre demande d'abonnement par la poste ou par télécopieur, accompagnée d'un chèque ou mandat libellé au **Service des abonnements, Le Médecin de famille canadien**, 2<sup>e</sup> étage, 2630, avenue Skymark, Mississauga (Ontario) L4W 5A4 Téléphone (905) 629-0900 Télécopieur (905) 629-0893 INWATS 1-800-387-6197 Courriel: [nwagschal@cfpc.ca](mailto:nwagschal@cfpc.ca)



## La nécessité de compter un Institut de recherche en soins de première ligne parmi les Instituts canadiens de recherche en santé

*Un document de discussion de la Section des chercheurs du Collège des médecins de famille du Canada*

Marshall Godwin, MD, MSC, CCFP, FCFP   Stefan C. Grzybowski, MD, MCLSC, CCFP, FCFP   Moira Stewart, PHD  
Michel Labrecque, MD, CCMF, FCMF   Inese Grava-Gubins, MA   Alan Katz, MD, CCFP   Carol Herbert, MD, CCFP, FCFP  
Sue Tatemichi, MD, CCFP   Sardar Gurdial Singh Mattu, MB, BCH

Le Budget fédéral de février 1999 confirmait l'attribution de fonds pour la création des Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS). Les ICRS constitueront la principale source de financement des recherches sur la santé au Canada. Ils seront structurés de manière à ce qu'un nombre limité « d'instituts de recherche » coexistent. Il est fort probable que ces instituts influenceront les politiques et le financement dans leur domaine de spécialisation respectif.

Le Conseil de recherches médicales (CRM) du Canada et d'autres organismes pourraient faire partie de cette nouvelle structure. Au cours des prochains mois, des décisions seront prises à savoir quels instituts seront établis au sein des ICRS. Les recherches dans les domaines représentés par un institut seront davantage susceptibles de recevoir des fonds que celles dans les disciplines qui n'en font pas partie.

La Section des chercheurs du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) propose la mise sur pied d'un Institut de recherche en soins de première ligne, au sein des Instituts canadiens de recherche en santé, qui pourrait se traduire par une source de financement accru dans ce domaine.

Le présent article est une version abrégée du texte intégral du document de discussion rédigé par la Section des chercheurs. Ce dernier peut être consulté sur le site Web du Collège au [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca).

### La définition et la portée

Le Conseil de recherches médicales de la Grande-Bretagne a récemment publié *Topic Review on Primary Health*<sup>1</sup>. Aux fins de cette étude, les soins de première ligne étaient définis comme étant des soins de premier contact, sur une base

continue, complets et coordonnés, dispensés à des personnes et à des populations, sans que ne soit faite de distinction en fonction de l'âge, du sexe, de la maladie ou du site anatomique.

Tandis qu'il est question de définition, nous tenons à préciser que nous reconnaissons que la prestation aux Canadiens des soins de première ligne n'est pas exclusive à la médecine familiale. Les soins infirmiers, la pharmacologie, la diététique, la thérapeutique du travail et de la réadaptation, le travail social et la psychologie, sans compter d'autres disciplines médicales, comme la pédiatrie et la médecine d'urgence, offrent des soins de premier contact et de nature ambulatoire. Nous incitons les chefs de file de la recherche dans ces disciplines à identifier leurs besoins en recherche dans les aspects de première ligne de leur spécialité et à se joindre à nous pour appuyer l'établissement d'un Institut de recherche en soins de première ligne.

Étant donné que la médecine familiale constitue largement la plus considérable source de soins de première ligne pour les Canadiens, que ce soit en termes de rapports avec les patients ou de dépenses en soins de santé, elle est l'objet principal de cet article.

### Les soins de première ligne dans le régime canadien de la santé

Environ 27 000 médecins de famille et omnipraticiens exercent aujourd'hui au Canada. Ils sont pour la majorité des Canadiens la porte d'accès au régime médical. Le paiement des consultations de patients auprès des médecins de famille représente 41% des dépenses de la Protection-santé de l'Ontario attribuées aux médecins<sup>2</sup>. Ces visites comptent pour bien plus que la moitié de toutes les consultations de

patients avec un médecin, puisque les médecins de famille sont rémunérés à un taux plus bas par visite que les spécialistes. La même situation prévaut sans doute dans le reste du Canada.

Les travaux réalisés durant les années 1960 par White et collègues<sup>3</sup> sont utiles pour démontrer l'importance du rôle des médecins de première ligne et des médecins de famille dans le régime (figure 1). Ils ont fait valoir que, pour chaque tranche de 1000 personnes dans une population, 750 souffriront de blessures ou de maladie dans une période d'un mois. De ces 750 personnes, 250 consulteront leur médecin de famille (soins de première ligne). Les médecins de famille traiteront 235 de ces personnes sur une base ambulatoire de première ligne; ils en feront admettre neuf à l'hôpital, avec ou sans consultation avec un spécialiste; ils en aiguilleront cinq autres à un consultant, mais sans hospitalisation; et un seul sera référé à un centre universitaire de soins tertiaires.

Les renseignements contenus dans le figure 1 illustrent l'incohérence qui existe entre les établissements où est enseignée la médecine et ceux où elle est exercée. Une différence semblable est observée entre les endroits où est effectuée la majorité de la recherche et celui où est pratiquée la médecine. Il se manifeste donc un certain hiatus de crédibilité et d'applicabilité entre les

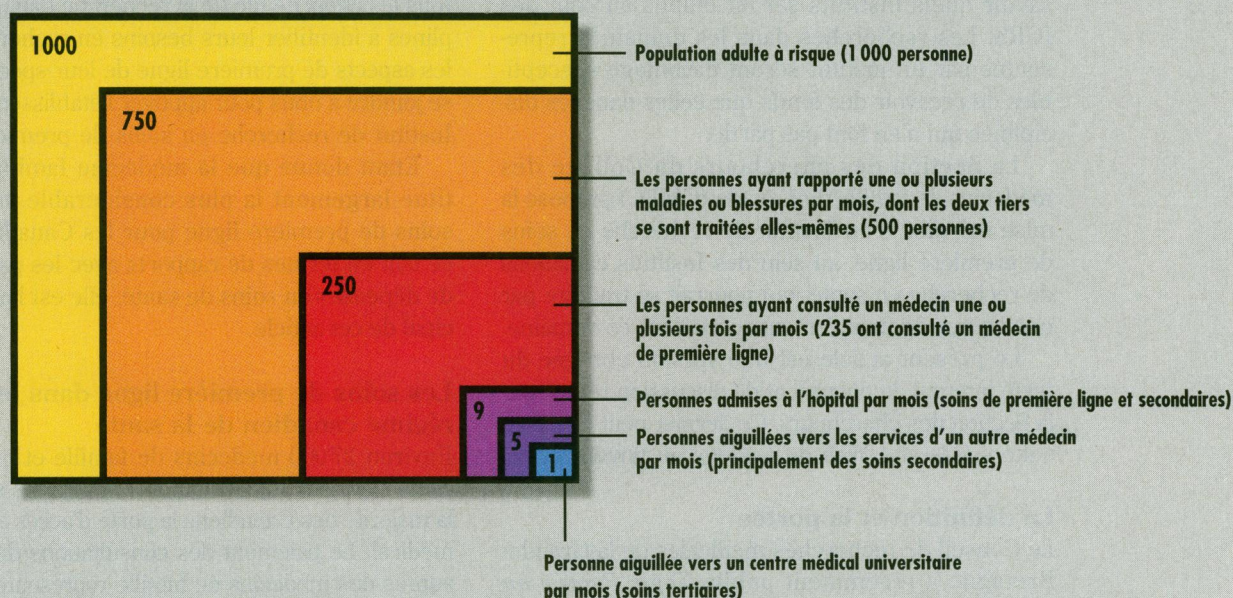
résultats de la recherche et les personnes ou milieux auxquels ces résultats doivent s'appliquer.

### L'état de la situation actuelle dans le financement de la recherche en soins de première ligne au Canada

Il existe une grave pénurie de fonds attribués à la recherche en soins de première ligne au Canada. Le financement était pratiquement inexistant sur le plan national, jusqu'à tout récemment. Des changements dans l'orientation adoptée par le CRM ont permis l'attribution de subventions à des chercheurs dans le domaine des soins de première ligne. Les seules autres sources de financement à ce chapitre sont le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, de petites fondations privées et quelques fonds occasionnels de la part des gouvernements provinciaux. Le CMFC a récemment créé la Fondation pour la recherche et l'éducation pour contribuer à faire valoir l'importance d'appuyer la recherche en médecine familiale et en soins de première ligne au Canada.

La recherche en soins de premières lignes peut apporter une contribution significative au régime des soins de santé au Canada. Un institut de recherche en soins de première ligne au sein des ICRS faciliterait grandement la recherche dans la discipline qui dispense plus de 50% des soins

**Figure 1.** Estimés de la prévalence mensuelle de la maladie chez 1 000 adultes de 16 ans et plus dans la collectivité: *Le rôle des médecins, des hôpitaux, des centres médicaux universitaires*



Adapté de White et collègues<sup>3</sup>

médicaux aux Canadiens, mais qui reçoit une très faible part des fonds attribués à la recherche au Canada. Un besoin urgent se fait sentir de faire de la recherche sur le contenu ainsi que sur le processus de prestation des soins de santé dans le milieu ambulatoire de première ligne.

Pour faire comprendre cette nécessité, une recherche a été effectuée dans MEDLINE de tous les articles publiés durant 1996 dans quatre revues médicales (le *New England Journal of Medicine*, le *British Medical Journal*, le *Journal de l'Association médicale canadienne* et le *Médecin de famille canadien*). Cette recherche a permis de dénombrer les articles publiés durant 1996 (tableau 1, 2<sup>e</sup> colonne). On a sélectionné les articles indexés en fonction des rubriques MeSH «soins de santé de première ligne» ou «pratique familiale», ou encore qui portaient dans le titre ou le résumé les mentions «médecine familiale» ou «soins de première ligne» (tableau 1, 3<sup>e</sup> colonne). Ces articles ont par la suite fait l'objet d'un tri plus approfondi pour limiter la base de données aux articles classés selon MEDLINE comme étant des essais cliniques. Selon quelle fréquence, en 1996, les articles de recherche publiés dans ces revues étaient-ils directement reliés à la médecine familiale ou aux soins de première ligne? Les résultats démontrent clairement la quantité incroyablement faible de recherche dans le domaine de la médecine où il y a le plus de consultations avec des patients et où les dépenses gouvernementales pour des services de médecins se révèlent les plus élevées au Canada (tableau 1).

### La recherche dans d'autres milieux peut ne pas être pertinente ou applicable

Les résultats d'études réalisées auprès de patients ayant fait l'objet d'une sélection très précise, aiguillés vers des pratiques spécialisées ou dans des hôpitaux, ne sont pas toujours bien transférables à l'environnement indifférencié des soins de première ligne. Ceci a entraîné bien des frustrations et de nombreuses questions au sujet de la mise en œuvre imprévisible et souvent faible des résultats de la recherche dans la pratique des soins de première ligne. La réalité est que l'épidémiologie de la pratique familiale diffère de celle des soins tertiaires. Les médecins de famille travaillent dans un milieu où la prévalence et les caractéristiques d'un état pathologique donné se présentent de manière considérablement différente que celles observées dans un environnement de consultation, en particulier lorsque le consultant pratique dans un centre de soins tertiaires.

**Tableau 1. Nombre et proportion d'articles figurant dans MEDLINE sous les rubriques MeSH «soins de santé de première ligne» ou «pratique familiale» ou mentionnant «soins de première ligne» ou «médecine familiale» dans le titre ou le résumé, provenant de quatre revues médicales**

REVUE	NOMBRE TOTAL D'ARTICLES PUBLIÉS EN 1996	NOMBRE D'ARTICLES SUR LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE OU LA MÉDECINE FAMILIALE (%)	NOMBRE TOTAL D'ESSAIS CLINIQUES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE OU EN MÉDECINE FAMILIALE
<i>New England Journal of Medicine</i>	1280	26 (2.0)	0
<i>British Medical Journal</i>	2535	249 (9.8)	6
<i>Journal de l'Association médicale canadienne</i>	540	27 (5.0)	0
<i>Le Médecin de famille canadien</i>	198	71 (35.8)	2

Par exemple, la probabilité qu'un homme de 45 ans se présentant au cabinet d'un médecin de famille souffrant de douleurs thoraciques soit atteint de cardiopathie ischémique est beaucoup moins grande qu'un cas semblable aiguillé vers les services d'un cardiologue. Ce paradoxe vient de la différence qui existe dans la prévalence d'une maladie cardiaque ischémique dans la population de patients d'un médecin de famille, par rapport à celle d'un cardiologue. Le patient consulte le médecin de famille à un moment où le problème est toujours indifférencié. Le médecin de famille doit déterminer le diagnostic le plus probable dans un éventail de possibilités, allant du syndrome de la paroi thoracique, en passant par l'inflammation gastrique ou œsophagique, jusqu'à l'angine de poitrine. Une fois que le médecin de famille a éliminé du diagnostic toute autre état pathologique et déterminé la probabilité raisonnable que son patient souffre de cardiopathie ischémique, il procède alors à l'aiguillage vers le cardiologue.

Le cardiologue a donc devant lui ou elle une situation où les causes les plus bénignes des douleurs thoraciques ont été éliminées et où la probabilité que le patient souffre de maladie cardiaque ischémique est plus grande. Le cardiologue peut donc avoir l'impression que la plupart des patients qui se présentent souffrant de douleurs thoraci-



ques sont atteints de coronaropathie. Par ailleurs, les médecins de famille perçoivent plutôt que le diagnostic de la majorité des patients qui se plaignent de douleurs thoraciques n'est pas la coronaropathie. Évidemment, plusieurs des résultats de la recherche associés aux patients souffrant de douleurs thoraciques qui consultent un cardiologue intéresseront les médecins de famille, mais ils ne seront pas nécessairement pertinents à leur pratique médicale.

Le milieu dans lequel est effectuée la recherche a des répercussions considérables sur la façon dont les résultats se traduisent dans la pratique. Ces influences concernent l'interprétation de la prévalence d'une maladie et le stade de la maladie auquel le patient consulte; la valeur prédictive des investigations; les résultats escomptés de la thérapie; et, avant tout, les questions auxquelles tente de répondre la recherche. Les problèmes des patients et les questions entourant les soins de santé, qui se retrouvent communément et qui importent sur le plan des soins de première ligne, peuvent ne jamais faire l'objet des études de recherche, parce qu'ils ne sont pas aussi pertinents aux soins tertiaires, là où il se fait davantage de recherche et où vont la majorité des fonds pour la recherche.

### Une perspective internationale

D'autres pays ont déjà reconnu l'importance de la recherche en soins de première ligne. L'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis ont pris des mesures pour formuler des politiques et des orientations concernant le financement dans le domaine des soins de première ligne.

Le gouvernement fédéral australien a consacré des investissements substantiels à l'édification de capacités en recherche en soins de première ligne. Il a établi des divisions de la pratique générale dans toutes les régions du pays. Il a accordé un financement, échelonné sur une période de huit ans, pour des projets de recherche et de développement. La recherche en soins de première ligne a été de ce fait stimulée, ce qui a incité l'injection de fonds additionnels de la part de sources de l'extérieur. En retour, on a vu s'accroître le nombre de chercheurs en soins de première ligne ainsi que d'excellents projets de recherche. Le Service national de l'information, établi à Flinders, Queensland, sert de médium de diffusion des résultats de la recherche et de moyen de perfectionnement pour les chercheurs.

Le Medical Research Council de la Grande-Bretagne a entrepris en janvier 1996 une étude thématique sur les soins de première ligne.

L'exercice s'est traduit par un solide appui à la recherche en soins de première ligne, notamment des fonds dirigés spécifiquement vers la formation en recherche et pour la réalisation d'initiatives en matière de recherche sur les services de santé. Le milieu britannique de la recherche a reconnu clairement l'importance de ce domaine. Des fonds ont été consacrés à l'élaboration d'un programme de recherche et de développement en pratique générale, ainsi qu'à la création d'une unité nationale de recherche en soins de première ligne. Ces initiatives manifestent l'importance accordée à la recherche à cet égard.

L'American Academy of Family Physicians, reconnaissant l'importance de la recherche dans la discipline, a alloué 7,7 millions de dollars à l'appui de la recherche en médecine familiale. Les États-Unis ont également créé, en 1998, un centre de recherche en soins de première ligne, qui fait partie de l'Agency for Health Care Policy and Research. La recherche en soins de première ligne a besoin que les ICRS fassent preuve d'une même initiative et qu'ils fondent un institut de recherche en soins de première ligne.

En 1995, le CMFC a créé la Section des chercheurs, dont le mandat est d'assurer la relation entre les 16 facultés de médecine et les chercheurs en médecine familiale des milieux communautaires. Ses efforts ont pour but d'améliorer les capacités en recherche, de valoriser les résultats de la recherche et d'exercer des pressions pour obtenir un financement accru pour la recherche en soins de première ligne au Canada (tant pour la réalisation d'études que pour offrir des possibilités appropriées de formation en recherche).

### L'institut de la recherche en soins de première ligne

La Section des chercheurs du CMFC appuie et préconise fortement la création d'un institut de recherche en soins de première ligne au sein des ICRC. Pourquoi faudrait-il créer un tel institut?

*Les soins de première ligne représentent environ la moitié des soins dispensés aux patients au Canada et sont à l'origine de la moitié des dépenses en services de médecins.* Environ 95% des personnes au Canada ont un médecin de famille et la plupart d'entre elles consultent leur médecin au moins une fois l'an. Ces visites, qui se produisent autant dans les grandes villes qu'en milieu rural nordique, sont faites pour des motifs médicaux, psychologiques et sociaux; pour se garder en santé, faire de la prévention et du dépistage; pour le traitement des

affections chroniques; pour les soins palliatifs; pour les soins prénatals et périnatals. Au nombre de ceux qui s'en prévalent figurent des femmes, des hommes et des familles, de tous âges, de toutes races, de diverses origines ethniques et de modes de vie variés.

***La recherche en soins de première ligne souffre d'une sérieuse insuffisance de financement au Canada.*** Malgré que les soins médicaux prodigués par les praticiens des soins de première ligne soient prépondérants, les fonds attribués à la recherche dans ce domaine se sont révélés excessivement bas. C'est en partie attribuable à l'absence de reconnaissance, de la part des organismes de financement, de la nécessité et de l'importance de la recherche en soins de première ligne. C'est aussi attribuable en partie au manque de capacité et d'expertise en matière de recherche au sein du milieu, compte tenu de l'orientation générale vers la prestation de services. Mais la situation change. Il existe aujourd'hui, dans toutes les régions du Canada, des chercheurs en soins de première ligne qui jouissent des capacités et des compétences pour réaliser les études requises. Ce dont ils ont besoin, c'est de l'appui de nos organismes de financement.

***Les résultats de la recherche réalisée en milieux spécialisés et hospitaliers peuvent ne pas être valides ou pertinents dans le cas des soins de première ligne.*** Il existe d'importantes distinctions dans le genre, le stade, et la prévalence des maladies et des problèmes que présentent les patients lorsqu'ils consultent leur médecin de famille ou un autre dispensateur de soins de première ligne et lorsqu'ils sont vus par un spécialiste consultant en milieu de soins tertiaires. Le milieu dans lequel est effectuée la recherche influence la façon dont se traduiront les résultats dans la pratique.

***D'autres pays ont reconnu le manque de congruence qui existe entre le degré élevé d'activité en soins de première ligne dans la prestation des services de santé et le faible niveau de soutien pour la recherche. Ils ont établi des programmes de financement ciblant spécifiquement la recherche en soins de première ligne.*** Les soins de première ligne sont reconnus comme un domaine important vers lequel converge de plus en plus la recherche; les résultats de la recherche en soins de première ligne pourraient contribuer de manière significative à améliorer la santé des personnes et des populations. De plus, les soins de santé de première ligne qui sont dispensés

doivent s'appuyer sur des données probantes et être rentables. Pour ce faire, des recherches en soins de première ligne sont nécessaires, tant sur le plan clinique qu'en matière de services de santé.

### Conclusion

Il est nécessaire d'entreprendre des recherches pratiques explorant des façons d'accroître l'efficacité des soins de première ligne. Cette recherche doit être réalisée en milieu de soins de première ligne. Une telle approche validerait la recherche en matière d'efficacité des thérapies et des interventions. Elle confirmerait les résultats dans le laboratoire du « vrai monde » et rehausserait la crédibilité des résultats auprès des praticiens des soins de première ligne.

L'établissement d'un institut de recherche en soins de première ligne au sein des ICERS procurerait la source de financement qui se révèle si nécessaire pour accroître la recherche dans ce domaine. La Section des chercheurs du CMFC appuie et préconise fortement la création d'un tel institut. ♦

**D<sup>r</sup> Godwin** est professeur agrégé de médecine familiale à la Queen's University, à Kingston en Ontario.

**D<sup>r</sup> Grzybowski** est professeur adjoint de médecine familiale à l'University of British Columbia (UBC), à Vancouver en Colombie-Britannique. **D<sup>r</sup> Stewart** est professeure à l'University of Western Ontario, à London.

**D<sup>r</sup> Labrecque** est professeur à l'Université Laval, à Québec au Québec. **M<sup>me</sup> Grava-Gubins** est directrice de la recherche au Collège des médecins de famille du Canada, à Mississauga en Ontario. **D<sup>r</sup> Katz** est professeur adjoint à l'Université du Manitoba, à Winnipeg.

**D<sup>r</sup> Herbert** est professeure et directrice du Département de la médecine familiale à l'UBC.

**D<sup>r</sup> Tatemichi** est professeure adjointe à la Dalhousie University, à Halifax en Nouvelle-Écosse. **D<sup>r</sup> Mattu** est résident en médecine familiale à l'UBC.

**Correspondance à:** D<sup>r</sup> M. Godwin, Family Medicine Centre, 220 Bagot St, PO Bag 8888, Kingston, Ont; téléphone (613) 549-4480; télécopieur (613) 544-9899; courriel [godwinm@post.queensu.ca](mailto:godwinm@post.queensu.ca)

### Références

1. Medical Research Council. *Topic review on primary health*. Londres, Angleterre: Medical Research Council; 1997.
2. Goel V, Williams JI, Anderson GM, Blackstien-Hirsch P, Fooks C, Naylor CD, éditeurs. *Patterns of health care in Ontario. The ICES practice atlas*. 2<sup>e</sup> éd. Ottawa, Ontario: Association médicale canadienne; 1996.
3. White KL, Williams TF, Greensberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1962;265:885-92.