

L'Institut Jean-François REY au service de la recherche en soins primaires

L'Institut Jean François Rey, l'IJFR, a été créé en 2016 afin de soutenir la recherche en soins primaires dans le secteur des centres de santé. Il est le fruit d'un partenariat réfléchi entre professionnels salariés des centres de santé et représentants de leurs gestionnaires. L'Institut Jean François Rey est le co-créateur de l'association SPP-IR en compagnie de la Fédération des maisons de santé. C'est en introduction au séminaire sur la recherche en soins primaires organisé à Paris les 11 et 12 janvier 2018 que cette communication a été présentée, au nom de l'IJFR.

Les pratiques en équipe sont un standard de qualité communément admis aujourd'hui. Et pourtant la médecine d'équipe fut une innovation de rupture en son temps. Dès 1962, les médecins de centres de santé en avaient fait le thème de leur second congrès, en opposition résolue avec la pensée dominante de l'époque dans notre pays. Jean-François REY fut quant-à lui dans les années soixante le promoteur de l'expérience des centres de santé mutualistes de la région de Marseille, associant mouvement des usagers mutualistes et médecins engagés dans la médecine sociale. Et le fondateur de l'association pour le développement de la médecine d'équipe, dont l'IJFR est pour une part un héritier.

Médecine d'équipe et protection sociale

L'avenir des services de santé de proximité est aux organisations collectives et aux réponses territoriales. Ces services de santé revendiquent les enseignements de l'hygiène publique, des bureaux d'hygiène issus de la Loi de 1902, des dispensaires d'hygiène sociale, et de la lutte pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Les questions auxquelles nous sommes confrontés de nos jours prolongent la lutte contre ce qu'on appelait par le passé les fléaux sociaux. La tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile, pour n'en citer que quelques-uns. Luttés dont les succès furent longtemps l'apanage exclusif de la santé publique. Avant qu'au tournant des années trente du siècle dernier, la médecine ne commence à devenir enfin progressivement efficace, aux côtés de la santé publique.

L'équité et l'accessibilité des soins sont au cœur des vocations des professionnels de santé. Un récent rapport de l'Organisation Internationale du Travail, organisme des Nations Unies basé à Genève, nous apprend que 29 % seulement de la population mondiale bénéficie d'un système de protection sociale complet. Les soignants auraient tort de perdre de vue que leurs actions quotidiennes ne seraient qu'impuissance et frustration, sans l'assise d'une protection sociale solide. Ils auraient beaucoup à perdre si la protection sociale solidaire s'affaiblissait au profit de systèmes d'assurances complémentaires concurrentiels, assis sur les revenus des ménages, et créateurs d'inégalités d'accès aux soins.

Faire de la connaissance un bien commun

A l'heure où la Stratégie nationale de santé entend développer la recherche en soins primaires, il nous faut mentionner deux points de vigilance. Le premier point de

vigilance, c'est le financement de la recherche en soins primaires. Et plus généralement, le financement de la recherche sur les services de santé. L'intérêt général nous invite collectivement et dans nos champs de responsabilité respectifs, professionnels et pouvoirs publics, à fonder nos décisions sur des connaissances validées.

A défaut d'être toujours reconnue avec loyauté, l'influence de la pensée économique sur la pensée biomédicale est amplement décrite. En matière de soins primaires, qui pourrait croire que des acteurs économiques ne souhaitent pas orienter l'action des soins primaires dans un sens favorable à leurs intérêts ? Influencer sur les connaissances, sur la diffusion de celles-ci ? Influencer sur les types de pratiques médicales ? Sur les fédérations professionnelles et sur les associations de patients ? Sur les médias et sur les décideurs publics ? Tout est ouvert. En cela, les lobbies sont dans leur rôle, leur rôle de défense de leurs intérêts économiques propres. Acteurs de la recherche en soins primaires, à nos places respectives, soyons collectivement nous aussi dans notre rôle. A savoir celui de garantir à la population que seuls l'intérêt général et son propre intérêt nous animent. Pour que la connaissance soit toujours plus un bien commun, agissons nous aussi. Soyons assez influents pour que la production de connaissances et la recherche, soient assises sur des financements publics dans un cadre non lucratif.

Nous défaire de notre croyance dans le progrès

Second point de vigilance, l'influence de nos croyances individuelles et collectives. C'est vers le 4^{ème} siècle avant Jésus-Christ que la médecine occidentale a pris son autonomie par rapport à la religion, avec Hippocrate. Depuis lors les croyances et la médecine cheminent ensemble, consubstantielles de la vie des patients et de l'action des soignants. Religion et médecine tentent de répondre aux mêmes interrogations sur la vie et la mort, interrogations qui ont commencé depuis que l'espèce qui est la notre a acquis la conscience de sa propre existence et de son terme. Terme pris à l'échelon individuel, celui face auquel la médecine a un rôle à jouer. Sans perdre de vue, dans le paysage des idées, les interrogations soulevées par la prolifération au sein du vivant d'une seule espèce, la notre, au détriment des autres espèces et de la planète physique sur laquelle elle se déploie. Mais c'est un autre débat.

Poser ces questions alors que les acteurs de soins primaires entendent évoquer recherche et connaissances au plus près des habitants, c'est une invitation à nous défaire de nos croyances individuelles et collectives dans *le progrès*, qui guiderait la médecine vers un avenir toujours meilleur. Et une invitation à nourrir la *pensée médicale*. Alors qu'elle peine encore à digérer l'explosion des techniques rencontrée au cours du siècle écoulé, la *médecine* s'apprête à affronter les bouleversements annoncés de la révolution informationnelle, dans ses métiers et ses organisations.

Mirko Grmek dans son histoire de la pensée médicale occidentale citait Marc Bloch dans son Apologie pour l'histoire pour qui "*l'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé*" avant de poursuivre en confessant n'aborder l'histoire des hôpitaux qu'incidemment, seulement "*dans la mesure où ces institutions ont exprimé ou influencé la pensée médicale de leur temps.*" C'est un précieux repère pour les travaux sur les soins primaires, concept inscrit à la fois dans le champ politique et dans le champ de la pensée médicale. Politique et médecine, deux registres n'ayant rien de commun. Sauf leur objet commun, l'humain.

Vers des politiques publiques fondées sur des preuves

Les soins primaires sont en effet un objet politique qu'il convient de considérer comme tel si ses acteurs veulent agir utilement et ne pas perdre leur temps. Objet politique qui trouve son fondement historique dans la conférence internationale d'Alma Ata en 1978, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef. Deux agences des Nations Unies, organe politique mondial s'il en est. Relevons un élément de contexte encourageant. Après la médecine fondée sur les preuves, nous assistons dans notre pays à un mouvement en faveur de décisions politiques elles aussi basées sur les faits. Pour ne prendre qu'un seul exemple, la stratégie nationale de santé 2018-2022 adoptée fin décembre dernier par le gouvernement préconise de "*développer la recherche interventionnelle et l'évaluation des actions menées*" ce qui est bien, mais aussi et c'est mieux encore de "*faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision des acteurs et des responsables des politiques de santé.*" On ne saurait mieux dire.

Alain BEAUPIN
Président de l'IJFR