Est-ce que la médecine contribue à la santé des populations?
Controverses autour de la thèse de McKeown

Benoît Gaumer
Médecin en exercice, France

*R Une première version de cet essai a été présentée par l'auteur lors d'un séminaire interdépartemental d'histoire de la médecine et de la santé publique en octobre 1996 à l'Université de Montréal.

Résumé:
Les réformes en cours dans les systèmes de santé de la plupart des pays occidentaux posent le problème de la contribution de la médecine à la santé des populations. Cet essai présente la thèse controversée de l'épidémiologiste Thomas McKeown et celles de ses principaux partisans et adversaires historiens sociaux. Cette approche historique permet de mieux comprendre les enjeux et les confrontations entre politique de soins et politique de santé.

Mots clés: Santé des populations, épidémiologie historique, politique de soins et politique de santé, histoire sociale.

«Controls of infections resulted mainly from modifications of the conditions under which they occurred, and there are theoretical as well historical reasons for believing that the same approach is required for an attack on many of the disease problems that remain.»

McKeown, The Role of Medicine, 1979, p. 180.

Introduction

Les systèmes de santé de la plupart des pays occidentaux se sont engagés dans des réformes importantes. Plusieurs débats au cœur des projets réformistes posent à nouveau le problème de la contribution de la médecine à la santé des populations. Dans de nombreux pays industrialisés, confrontés à l'inflation des coûts des politiques de soins, les décideurs, et plus lentement les opinions publiques, découvrent ou redécouvrent les vertus de la prévention, appelant de leurs voeux la mise en place de véritables politiques de santé. Ce débat n'est pas nouveau mais il gagnerait à s'inscrire dans une continuité historique, de manière à mieux comprendre les enjeux d'une confrontation entre politique de soins et politique de santé. Nous proposons dans cet article une lecture critique d'un auteur qui a marqué nos représentations du rôle de la médecine dans les sociétés occidentales.

En 1980, l'oeuvre maîtresse de Thomas McKeown, un anglais d'origine canadienne,

Les travaux de McKeown, bien connus dans le monde anglo-saxon, mais dont aucun des livres n’a été traduit en français jusqu’à maintenant, se situent dans cette tradition d’utilisation des statistiques de mortalité pour décrire l’état de santé des populations mais avec l’objectif de démontrer l’origine de l’amélioration de cet état de santé, marquée surtout par la baisse de la mortalité par maladies infectieuses.

Observant sur trois siècles ce qu’il appelle les déterminants de la santé, McKeown les classe en quatre groupes qu’il priorise par ordre décroissant: la nutrition, l’environnement (c’est-à-dire l’hygiène), le comportement (c’est-à-dire les changements dans les pratiques de reproduction) et la thérapeutique dont l’immunisation. C’est cette priorisation qui va être vigoureusement contestée par Simon Szreter, rappelant essentiellement à McKeown d’avoir sous-estimé le rôle du public health movement, c’est-à-dire municipal sanitation and hygienic improvements (Szreter, 1988). Contestant la démarche de McKeown, c’est-à-dire son raisonnement et
l'utilisation de ses données, il propose une nouvelle interprétation “of the onset of Britain's modern mortality decline” qu'il formule ainsi:

“This will suggest that human agency in the form of a gradually negotiated expansion of preventive public health provisions and services at the local level rather than the impersonal invisible hand of inexorably rising nutritional and living standards, should be reinstated at the centre of our attempt to explain the modern mortality decline in Britain”.

Faut-il prendre parti en faveur de l'une ou l'autre de ces deux thèses apparentemment contradictoires? Celle de McKeown aurait-elle été mal comprise par ses détracteurs? Au-delà de cette controverse qui sera l'objet d'une nouvelle prise de position en conclusion, il nous faut d'abord revenir sur les deux thèses en présence et mieux saisir leur complexité. Toutes les deux, en effet, posent le problème des limites de la méthode historique pour évaluer l'impact des interventions médicales sur l'état de santé des populations.

Méthode d'étude, source de données et thèse centrale de Thomas McKeown


Cette thèse lui avait été inspirée par les nombreux travaux des historiens français et ita-liens sur le déclin de la peste et le rôle de l'inoculation contre la variole au XVIIIe siècle (McKeown, 1979). La thèse centrale de Thomas McKeown concerne l'analyse des facteurs environnementaux ou des comportements humains à l'origine du déclin de la mortalité entraînant l'augmentation de la population.

Partant d'une constatation, la croissance quasi exponentielle de la population mondiale et, plus particulièrement, de celle de l'Angleterre et du pays de Galles, à partir du milieu du XVIIIe siècle, il analyse d'abord le rôle respectif de la fécondité et de la mortalité. Écartant le rôle de la fécondité, il accorde à la baisse de la mortalité brute le rôle majeur dans cette augmentation de la population, du moins en Angleterre et au pays de Galles. Analyrant plus en détail la structure de cette mortalité, il constate qu'entre 1848-1854 et 1901, 92% de la réduction de cette mortalité serait en rapport avec le contrôle des maladies infectieuses (et 73% entre 1901 et 1971). Poursuivant son raisonnement, il explore les raisons de ce déclin des maladies infectieuses qu'il classe en quatre groupes:

1. les changements dans le caractère de ces maladies infectieuses, c'est-à-dire une diminution de la virulence;

2. les traitements médicaux;

3. la réduction de l'exposition aux infections;

4. l'augmentation de la résistance aux infections.

Dans son dernier livre publié douze années après le premier, Thomas McKeown dresse un bilan des connaissances concernant l'histoire des maladies au cours de ce qu'il identifie comme les trois âges de l'humanité: la période de pêche et de chasse, celle de l'agriculture puis celle de l'industrialisation (McKeown, 1988). Il classe les maladies selon leur origine, reprochant à la médecine occidentale de s'être surtout intéressée aux mécanismes plutôt qu'aux causes. Il distingue les maladies prénatales d'origine génétique, celles dues à la pauvreté, et celles se rapportant aux habitudes de vie. Ceci lui permet de présenter les moyens de lutte à la disposition de l'humanité toute entière selon
la même classification. Alors que les moyens de lutte du premier groupe et du troisième groupe sont loin d’être encore pleinement utilisés, les déterminants des maladies de la pauvreté, c’est-à-dire en particulier les facteurs environnementaux qui déterminent les maladies infectieuses, sont maîtrisés en grande partie dans les pays industrialisés depuis la fin du XIXᵉ siècle.

S’intéressant plus particulièrement à la situation dans les pays en développement, il reconnaît qu’à côté des facteurs directs qui expliqueraient le déclin des maladies infectieuses, il existe des facteurs indirects dont l’influence est plus difficile à mesurer comme l’alphabétisation, la limitation des naissances, le développement économique, l’utilisation des services de santé, la volonté politique et la mobilisation populaire en faveur de la santé.

De plus, tout en mettant l’accent sur les moyens de lutte de type préventif qui pourraient permettre la disparition d’un grand nombre de maladies transmissibles ou non, McKeown reconnaît que la médecine sera toujours nécessaire pour traiter les maladies qui ne disparaîtront pas aussi facilement que les moyens préventifs pourraient le suggérer. La médecine demeure également nécessaire pour analyser les causes des nombreuses maladies qui nous échappent encore.

Dans son premier livre, Thomas McKeown avait déjà pris la précaution de souligner que sa préoccupation ne concernait que la période d’avant 1990, le XXᵉ siècle étant marqué par une plus grande complexité des interventions médicales, ce qui ne facilite pas la recherche de corrélation entre celles-ci et la baisse des taux spécifiques de mortalité (McKeown, 1976).

La méthode de Thomas McKeown pour mesurer l’efficacité des interventions médicales sur l’état de santé collectif des populations est strictement inductive. Il dresse d’abord un tableau des maladies qui ont décru durant les trois derniers siècles mais surtout en Angleterre et au pays de Galles depuis l’enregistrement systématique des décès en 1838-1840 jusqu’au début du XXᵉ siècle. Il classe les causes de décès selon le mode de transmission dominant et passe en revue tous les facteurs scientifiquement connus qui auraient pu influencer dans le passé le déclin de ces causes. Pour McKeown, en effet, les règles de la recherche historique diffèrent selon qu’elle est concernée par ce que nous prédécesseurs pensaient, faisaient ou avaient réussi. Alors que dans le premier cas, il est impératif de respecter le mode de pensée de nos prédécesseurs, dans le cas de l’évaluation de leurs actions, nous ne pouvons le faire qu’en projetant dans le passé nos connaissances actuelles. Pour McKeown, comme historien chercheur, nous sommes pleinement autorisés à analyser l’efficacité des mesures de lutte contre la tuberculose au XIXᵉ siècle non pas à la lumière des conceptions qu’on se faisait alors de la maladie et de ses moyens de lutte, mais en utilisant nos connaissances actuelles. Pour chacune des principales causes de décès ayant régressé au XIXᵉ siècle, il applique le même raisonnement inductif, préférant ce qu’il appelle sa comprehensive approach à la traditionnelle fig-saw approach.

Le second livre de Thomas McKeown, The Role of Medicine, paru la même année que The Modern Rise en 1976, est toutefois bâti sur un mode quelque peu différent. Seule la partie centrale (Les déterminants de la santé, partie deux) développe la thèse principale de l’auteur qui occupe toute la place dans son livre The Modern Rise of Population. La première partie du livre est consacrée à une classification des maladies et handicaps tenant compte de l’hérédité et de l’environnement. McKeown reproche à la formation médicale et aux livres de médecine d’accorder peu de place à l’origine des maladies. L’intérêt de cette classification repose sur la mise en évidence de facteurs, essentiellement environnementaux, qui peuvent être évités par des mesures de prévention ou de protection. Pour McKeown, il y aurait seulement deux mécanismes de survenue des maladies: soit une erreur dans le programme génétique lors de la fécondation, soit l’exposition à un environnement auquel notre patrimoine génétique n’est pas adapté (McKeown, 1979). Il classe alors les maladies en quatre groupes: sans réel traitement, évitables mais associées à la pauvreté, évitables et associées à l’abondance, probablement évitables et liées ni à l’une ni à l’autre.

La partie trois est consacrée à d’intéressantes réflexions de l’auteur sur le véritable rôle de
la médecine. Il s’intéresse au rôle des déterminants de la santé dans l’environnement (la nutrition et l’hygiène) pour les maladies infectieuses et au rôle du comportement humain (les habitudes de vie) dans la détermination des autres maladies (chapitre 9). Des réformes judiciaires sont proposées concernant les services de soins (chapitre 10), la formation et la recherche médicale (chapitres 11 et 12).

McKeown est parfaitement conscient que ces propositions, formulées en même temps par d’autres voix que la sienne, seront longues à être mises en oeuvre, étant donné l’état très avancé d’hospitalocentrisme de tous les systèmes de santé dans les pays industrialisés (McKeown, 1979).

Lorsqu’il analyse la contribution de la médecine à la diminution de la mortalité, McKeown réfute d’abord la thèse défendue par certains, comme Griffith, sur les progrès médicaux du XVIIIe siècle.

Pour lui le développement de l’hôpital, la création des dispensaires, la naissance de la profession de sage-femme comme les changements dans la formation médicale, les progrès en anatomie et physiologie ainsi que l’inoculation contre la variole n’ont pas vraiment contribué à l’amélioration de l’état de la santé de la population.

Comme nous l’avons indiqué en introduction, les arguments de McKeown pour réfuter le rôle principal de la médecine dans la baisse de la mortalité en Angleterre et au pays de Galles ont été présentés partiellement dans une traduction française du chapitre Behavior, Environment and Therapy de la première édition (1976) de son livre The Role of Medicine; Dream, Mirage or Nemesis (Bozzini, 1981). Cette présentation occulte toutes les nuances apportées par Thomas McKeown lui-même à sa thèse centrale.

Déjà dans son livre The Modern Rise of Population paru la même année (1976), et précédemment analysé, McKeown nuance quelque peu son interprétation de l’évolution de la mortalité. Concernant par exemple la tuberculose, il reconnaît que la chimiothérapie après 1950 fut grandement responsable de la chute rapide de la mortalité survenant à ce moment-là; sans cette intervention, le taux de décès aurait continué à baisser mais à un rythme plus lent (McKeown, 1976). Le cas des trois maladies respiratoires: pneumonie, bronchite et grippe est plus complexe comme nous le verrons d’ailleurs plus loin lors de la présentation de la critique de McKeown par Srezter. Là encore McKeown reconnaît que les sulfamides et les antibiotiques à partir de la fin des années 1930 ont contribué à la réduction de la mortalité par ces trois maladies bien que cette réduction ait commencé bien avant et dès le début du XXe siècle, du moins en Angleterre et au pays de Galles.

Dans l’édition de 1979 de The Role of Medicine, Thomas McKeown exprime des réserves concernant la fragilité des diagnostics sur lesquels reposent ses données de mortalité. Il cite en particulier une étude britannique publiée en 1977 indiquant, sur un échantillon de certificats de décès survenus en milieu hospitalier en 1975 et 1976, 25 % de causes de décès franchement erronées par rapport à l’autopsie (McKeown, 1979). McKeown est également conscient des changements de classification dans les diagnostics des maladies survenues tout au long de la période qu’il observe. Pour contourner cette difficulté, il regroupe les maladies infectieuses en deux classes principales: les maladies aérogènes et celles qui sont transmissibles par l’eau ou les aliments. Le regroupement ainsi des maladies infectieuses selon leur mode de transmission prédominant n’est pas sans poser parfois des problèmes d’appartenance (par exemple, la tuberculose). De même, la classification en maladies infectieuses et non infectieuses n’est pas toujours facile comme l’indique McKeown pour certaines maladies cardiaques (par exemple, les complications valvulaires du rhumatisme articulaire aigu) ou rénales.

La controverse autour de la thèse centrale de McKeown sur le rôle de la santé publique et de la nutrition

La démonstration de Thomas McKeown a trouvé de nombreux adeptes chez les historiens sociaux, surtout en Allemagne et dans certains


Avant donc de réinterpréter le rôle des interventions en santé publique comme facteur déterminant de la chute de la mortalité en Angleterre et au pays de Galles dans la deuxième moitié du XIXe siècle, Simon Szreter argue solidement la base de données utilisées par Thomas McKeown et l’usage qu’il en fait. Ce dernier aurait regroupé de manière abusive les maladies dites aérogènes, comme la tuberculose pulmonaire et le groupe bronchite, pneumonie, grippe, alors que leurs déterminants ne sont pas les mêmes. Surtout une correction s’impose concernant le taux réel de mortalité par tuberculose car de nombreux décès classés dans le deuxième groupe seraient en réalité dus à la tuberculose pulmonaire du moins avant 1866-1867. Il conteste également l’importance accordée à la tuberculose par rapport aux groupes des maladies transmissibles par voie digestive et alimentaire dont la réduction durant la deuxième partie du XIXe siècle aurait entraîné comme conséquence celle de la tuberculose. De plus, pour Szreter, McKeown ne prend pas suffisamment en considération des facteurs environnementaux qui jouent probablement un rôle important dans le déclin de la tuberculose, comme la mise en place d’une législation sanitaire concernant les lieux de travail et l’habitat.

Dans la quatrième partie de son article, Szreter réfute la thèse centrale de McKeown et propose une autre interprétation du déclin de la mortalité: la surpopulation urbaine améliorée par des interventions sociales. S’appuyant sur des travaux plus récents que ceux de McKeown (Wrigley and Schofield series) concernant l’espérance de vie à la naissance en Grande-Bretagne, il indique que la progression de celle-ci, engagée tout au long du XVIIIe siècle, va ralentir dès le début du XIXe siècle et stagner des années 1820 aux années 1870. Paradoxalement, si on considère la thèse de McKeown sur le rôle central de la nutrition dans la réduction de la mortalité générale, c’est à ce moment-là que le revenu réel moyen de la population s’est mis à augmenter régulièrement. Pour Szreter, la reprise de la baisse de la mortalité générale en Angleterre et aux pays de Galles durant le dernier quart du XIXe siècle coïncide avec les premiers résultats des interventions des pionniers de la santé publique ou sanitary movement. Ceci concerne principalement la fièvre typhoïde, le choléra et la variole. Par contre, l’augmentation de la mortalité par bronchite serait liée à la pollution atmosphéri-
que due au chauffage domestique au charbon et aux industries, en particulier la métallurgie. Szreter termine sa plaidoirie favorable au mouvement municipal de santé publique en soulignant l'importance de deux facteurs qui contribuent à la réduction de la mortalité, surtout infantile: l'hygiène de l'habitat et l'enseignement de l'hygiène, bien qu'ils interviennent surtout dans les premières décennies du XXe siècle.

En conclusion, Szreter explique l'«ambitieuse synthèse historique des causes de la baisse de la mortalité», entreprise par McKeown comme une réponse vigoureuse à ceux qu'ils appellent les technocrates de la médecine, lesquels réclament sans cesse plus de ressources technologiques pour les services de soins. Cependant, n'ayant pas l'expérience de la tradition britannique de santé publique, McKeown n'apprécie pas à sa juste valeur le rôle de ce mouvement dans la réduction de la mortalité générale en Angleterre et au pays de Galles dans la deuxième moitié du XIXe siècle et après. Szreter reproche aux historiens de l'après-deuxième Guerre Mondiale, comme Thomas McKeown, de sous-estimer le développement local (c'est-à-dire municipal) de la santé publique à la fin du XIXe siècle, aveuglés par l'âge d'or de l'intervention étatique au niveau national qu'ils seraient en train de vivre. Cette réinterprétation du rôle des interventions de santé publique dans la réduction de la mortalité générale ne va pas laisser indifférents les historiens sociaux de la médecine et entraîne une controverse en cascade.

Guha, un chercheur indien, va réfuter les arguments de Szreter en s'appuyant sur les données de mortalité de la ville de Londres au XVIIIe siècle (Guha, 1994). Analyssant en particulier les taux de mortalité infantile par quartier, il démontre qu'une amélioration de ces derniers survient dans des quartiers sans l'infrastructure sanitaire que Szreter considère comme le principal facteur influençant la mortalité infantile.

Pour Guha, trois catégories de ratios peuvent expliquer la réduction de la mortalité pour une maladie donnée dans une population: a) celui des sujets exposés dans la population; b) celui de la mortalité chez les exposés; c) celui de la léthalité, c'est-à-dire le taux de décès chez les malades. Szreter accorderait un rôle essentiellement aux mesures de santé publique qui permettent de réduire le premier, mais il ne dispose pas des moyens pour mesurer cette réduction. Thomas McKeown accorde le rôle le plus important aux ratios (b) et (c) qui vont cepen-
dant abaisser le ratio (a) lorsqu'ils seront suffisamment abaissés eux-mêmes. À l'inverse de McKeown qui peut utiliser la mortalité pour démontrer le rôle de la nutrition, Szreter logiquement devrait, pour nous convaincre, démontrer que c'est la chute du ratio d'exposition à la maladie qui intervient dans la réduction de la mortalité; ce qu'il ne fait pas.

Reprisant les statistiques de mortalité par diarrhée ou maladies entérogènes, Guha conteste les conclusions de Szreter faisant jouer un rôle exclusif aux mesures d'assainissement. En réalité la fréquence des diarrhées à tout âge et leur gravité aux âges extrêmes seraient en faveur du rôle important des résistances de l'hôte, c'est-à-
dire de la nutrition. Il conclut cependant à ce sujet que d'autres facteurs sont intervenus dont certains ne sont pas connus, refusant ainsi de simplifier cette analyse des causes en faisant jouer un trop grand rôle à la nutrition.

En résumé, selon Guha, les variations dans la réduction de la mortalité au cours des XVIIIe et XIXe siècles ne contredisent pas la thèse de McKeown sur le rôle majeur de la nutrition. Des études sur la taille moyenne des hommes durant cette période mettaient en évidence des variations concomitantes mais inver-

se, démontrant la liaison entre nutrition et mortalité. La thèse de Szreter ne permet pas d'expliquer la baisse de la mortalité observée entre 1750 et 1830 en Angleterre et au pays de Galles, alors que celle de Thomas McKeown, faisant jouer un rôle majeur à une amélioration de la résistance de la population à l'infection, le permet.

Szreter ne tarde pas à répondre à Guha et rappelle la thèse qu'il oppose à celle de Thomas McKeown, c'est-à-dire la mise en place progressive à partir des années 1860 d'activités de santé publique dont les mesures d'assainissement qui auraient eu un impact majeur sur l'amélioration de l'état de santé des populations (Szreter, 1994).
Il reproche à Guha de ne pas tenir compte de certains travaux récents en démographie historique qui mettent en évidence une augmentation de la mortalité à la fin du XVIIIᵉ siècle et au début du XIXᵉ siècle à Londres et opposent les contextes épidémiologiques des XVIIIᵉ et XIXᵉ siècles. Szreter reproche à Thomas McKeown d’avoir agrégé les maladies aérogènes comme les bronchites et la tuberculose pulmonaire, la mortalité due aux premières augmentant durant la dernière partie du XIXᵉ siècle alors que le taux de mortalité de la seconde régresse. Pour Szreter, cette évolution inverse réfute la thèse centrale de McKeown reprise par Guha, d’une réduction de la mortalité par maladies aérogènes qui ne pourrait être due qu’à l’amélioration de la nutrition, cette diminution survenant avant les mesures d’assainissement urbain. En définitive, Szreter, ne pouvant reprendre paragraphe par paragraphe l’ensemble de l’article de Guha pour réfuter chacun d’eux, s’appuie sur des travaux récents non utilisés par le second pour consolider sa critique première de Thomas McKeown.

La même controverse entre adversaires et partisans de McKeown va éclater, toujours dans la revue Social History of Medicine, à propos de l’évolution du taux de mortalité par tuberculose en France à la fin du XIXᵉ siècle. Pour Allan Mitchell, il ne fait pas de doute que le cas de la France, comparé à la Grande-Bretagne et à l’Allemagne, contredit la thèse de McKeown faisant jouer un rôle majeur à la nutrition. Alors que le taux de mortalité par tuberculose dans ce premier pays est le double de celui des deux autres, les trois auraient à peu près le même niveau de nutrition. De plus, c’est à cette époque que l’Allemagne se dote d’un système très avancé d’assurances sociales pendant que l’Angleterre entreprend des mesures draconiennes d’assainissement de ses grandes villes (Mitchell, 1990). Apportant de l’eau au moulin de Szreter, Mitchell renforce ainsi l’antithèse à McKeown, réhabilitant ce qu’il appelle human agency par rapport à l’invisible hand, c’est-à-dire les interventions de santé publique par rapport à la nutrition.

Dans un numéro subséquent de la même revue, David S. Barnes réfute les arguments d’Allan Mitchell point par point. Reconnaissant comme le dernier la fiabilité douteuse des statistiques de tuberculose en France, Barnes conteste par contre le mythe, propagé sous la Troisième République, des 150 000 décès annuels par tuberculose, le péril de la maladie ayant été exagéré (Barnes, 1992; Mouret, 1996). Surtout, il oppose ses propres statistiques, concernant les niveaux de vie dans les trois pays comparés, c’est-à-dire la France, l’Allemagne et l’Angleterre, à ce qu’il appelle les allégations de Mitchell expliquant le retard de la France par la faiblesse des interventions socio-sanitaires contre la tuberculose aux niveaux municipal comme national. Barnes, qui se classe parmi les McKeownites, démontre, chiffres à l’appui, que les niveaux de vie des travailleurs en France sont nettement plus bas qu’en Allemagne et en Angleterre durant la période étudiée.

La controverse pourrait ainsi rebondir à l’infini, d’autant que dans le même numéro de cette revue, Mitchell, farouche opposant à McKeown, reproche à Barnes de puiser ses sources à Berkeley ou à Paris plutôt que dans les archives allemandes, lui reprochant ainsi sa méconnaissance de l’environnement social de l’Allemagne bismarckienne (Mitchell, 1992).

Une argumentation de même vigueur, s’opposant à la thèse de McKeown, est développée encore plus récemment dans un long article de S. Ryan Johanson. Utilisant un séduisant modèle d’analyse à deux dimensions, l’auteur invite le lecteur à faire la part de la puissance rhétorique dans l’argumentaire de McKeown concernant le rôle de la nutrition dans le déclin de la mortalité en Angleterre et au pays de Galles (Johanson, 1994). Durant plus d’une décennie, soit de 1976 à 1990, écrit ce nouvel anti McKeownite, les arguments de McKeown ont subjugué les chercheurs, imposant quasiment un nouveau paradigme à la recherche historique sur le déclin de la mortalité, relayant à l’arrière-plan la théorie des germes. En réalité, les relations entre nutrition, immunité et infection sont complexes et non linéaires (Lunn, 1989). Toutes les maladies infectieuses n’ont pas la même dépendance à l’égard de l’état nutritionnel. Il faut de plus distinguer ration calorique insuffisante, déficit protéique et carences vitamini-
Discussion et conclusion

Faut-il absolument prendre parti pour ou contre la thèse centrale de Thomas McKeown et se ranger dans le camp des pro ou anti McKeown? N'y aurait-il pas place pour un anti McKeownisme contingent?

Dans une revue récente des études démographiques sur la mortalité, Samuel Preston adopte une position qui se rapproche le plus de la nôtre. Tout en rendant hommage aux travaux de ce pionnier, il en relativise la pérennité. Pour ce démographe historien, seul un important message de McKeown demeura dans l'histoire, à savoir que les thérapeutiques médicales et chirurgicales auront joué un rôle mineur dans la réduction de la mortalité des pays occidentaux (Preston, 1996). S'appuyant sur les données historiques de mortalité probablement les mieux colligées au XIXe siècle, il nous convainc aisément que cette réduction au XIXe siècle est survenue bien avant l'apparition des principales découvertes thérapeutiques de la médecine occidentale. Des réserves s'imposent cependant dès que McKeown s'engage dans la recherche d'autres déterminants positifs de la mortalité.

Appuyant la principale critique de Szreter concernant les rôles respectifs de la nutrition et des interventions de santé publique, Preston reproche ainsi à McKeown son processus d'élimination qui l'amène à écarter de nombreux facteurs importants, dont les mesures d'hygiène individuelle et publique, dans cette réduction de la mortalité.

De plus, en ce qui concerne l'Angleterre de la deuxième moitié du XIXe siècle, Szreter n'est pas le seul à relever l'importance des interventions de santé publique dans la réduction de la mortalité, surtout infantile (Woods et al., 1989).


La principale faiblesse de l'oeuvre de Thomas McKeown réside dans son ampleur. Les synthèses historiques pluriseculaires relèvent d'un art difficile, et pourtant la longue durée en histoire demeure nécessaire pour en saisir les mouvements et dégager les interférences.

Remarquable esprit synthétique, Thomas McKeown comble, encore à l'heure actuelle, un quasi vide dans le domaine de l'évaluation de l'impact des interventions médicales en histoire. S'appuyant sur une des meilleures sources de données quantitatives concernant la mortalité et la démographie, sa démonstration est convaincante lorsque Thomas McKeown ne s'écartera que de la période historique couverte par le General Register Office On a du mal à le suivre par contre dans sa fresque des trois âges de l'humanité ou lorsqu'il s'appuie sur une démarche de preuve par exclusion pour nous convaincre du rôle majeur de la nutrition.

Sa thèse centrale, réhabilitant et quantifiant le rôle des déterminants non médicaux de la santé, demeure d'actualité et inspire, parfois sans qu'ils le sachent, ceux qui pensent et cherchent à transformer nos systèmes de santé dans le sens d'une plus grande efficacité. Le message de McKeown n'a pas toujours été bien compris. Il ne nie pas l'importance de ce qu'il appelle avec élégance Pastoral and Sanitarian Role of Doctors. Probablement qu'à ce niveau il se distingue très nettement d'Ivan Illich qui n'hésite pas à dénoncer d'abord les effets pervers des interventions médicales. Thomas McKeown ne sous-estime pas le rôle des interventions de santé publique. Bien au contraire, il dissocie nettement celles-ci des interventions médicales proprement dites. Il s'attaque à la confusion des causes des maladies et de la bonne santé, refusant d'englober sous l'expression d'interventions médicales, l'hygiène, les vaccinations et les
thérapeutiques qu’elles soient médicales ou chirurgicales.

Son travail s’inscrit dans la problématique plus générale des causes du déclin de la mortalité observée dans ces régions du monde, touchées prioritairement par le phénomène de l’industrialisation et du développement concomitant des grandes villes. Depuis sa dernière publication posthume en 1989, de nouveaux travaux sur la transition épidémiologique dans les pays industrialisés sont apparus qui éclairent sous un jour nouveau cette problématique des causes du déclin de la mortalité. L’accent est mis sur la complexité de ces causes et leurs interrelations, reprochant ainsi à McKeown une certaine simplification de la réalité historique (Shofield, Reher, & Bideau, 1991; Caldwell et al., 1991).

Pour McKeown, il n’y a pas de doute que dans les pays ayant un enregistrement des naissances et des décès fiable depuis longtemps, comme la Suède (depuis 1749), la France (depuis 1801), l’Angleterre et le pays de Galles (depuis 1836), c’est la baisse de mortalité qui explique l’augmentation de la population et non l’infertilité car celle-ci diminue plutôt. Il a probablement raison pour ces pays et durant ces périodes. Par contre, ceci demeure controversé pour les périodes précédant cet enregistrement comme cela a été démontré pour l’Angleterre.

McKeown s’appuie sur des données de mortalité qui concernent seulement l’Angleterre et le pays de Galles de 1848 à 1970 et les maladies les plus fréquentes qui y sévissaient. Ainsi qu’il l’indique lui-même, il serait intéressant d’appliquer son raisonnement à d’autres maladies infectieuses ailleurs dans le monde, comme par exemple la fièvre jaune et le paludisme, maladies grandes tueuses de l’humanité. Il semblerait alors que dans ces cas la maladie soit peu sensible au niveau de nutrition, les interventions de santé publique sur l’environnement étant par contre primordiales. On pourrait reprocher également à McKeown d’avoir sous-estimé le rôle d’autres types d’interventions de santé publique dans l’histoire comme la croisade des hygiénistes en faveur de la propreté corporelle, à l’origine de la disparition des épidémies de typhus, plus que l’amélioration de la nutrition. Il est probable égale-

ment que les mesures de police médicale, appliquées bien avant l’identification des microbes, aient eu un impact sur la gravité des épidémies et le déclin de la mortalité dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle en Europe de l’Ouest. Les travaux de recherche demeurent rares et fragmentaires sur cette période, et bien entendu avant celle-ci, nous amenant à privilégier une approche télécencrée de l’histoire de la santé publique placée sous le signe du progrès continu et irréversible!

Lorsqu’il analyse l’efficacité de la médecine, il ne faut pas oublier que McKeown s’intéresse principalement aux maladies dont la disparition et le contrôle ont un impact sur le taux de mortalité de l’ensemble de la population. Citant Thomas, il identifie une foule de maladies peu fréquentes (en terme de population globale) pour lesquelles les interventions médicales sont devenues efficaces au moins depuis la deuxième Guerre Mondiale. De plus, la médecine retardé le décès par maladies, comme le diabète, et améliore le confort de nombreuses autres maladies de plus en plus efficacement.

Des études synthétiques comme celles de McKeown, mais plus limitées dans le temps et se rapportant à ces maladies contemporaines dites dégénératives, pourraient être entreprises bien que cette approche globale, nationale, de l’impact des interventions médicales sur le déclin de la mortalité, et se faisant, n’ayant les différences spatiales, demeure l’objet de controverses (Kearns, 1993). Faut-il privilégier les regroupements des causes de mortalité par grands groupes (maladies aérogènes versus entéro-gènes), corrigeant ainsi les inégalités d’enregistrement par territoire et par cause spécifique (Guérard, 1993)? Faut-il de préférence, comme le proposent d’autres chercheurs, développer plus à fond les études monographiques utilisant des taux de mortalité spécifiques par âge (taux de mortalité infantile), par sexe (taux de mortalité maternelle) ou par cause (taux de mortalité par tuberculose respiratoire)? Il serait alors plus facile de rechercher des corrélations avec certains déterminants de l’environnement immédiat (Condron & Cheney, 1982). C’est ce que propose Condron, estimant que le concept global de santé publique en lui-même a peu de
vertu analytique et préférant analyser l’impact d’interventions sanitaires particulières sur des causes spécifiques de mortalité (Condron & Grimmins-Gardner, 1978). C’est probablement cette approche et la sommation de multiples monographies entreprises sous des cieux et à des périodes différentes qui permettent le mieux des synthèses comme celle de Preston et Haines à propos de la mortalité infantile et de ses déterminants sociaux et médicaux (Preston & Haines, 1991; Meckel, 1994). S’appuyant encore plus sur des comparaisons internationales dans le monde occidental des pays industrialisés, Irwin Loudon dégage, en ce qui concerne la mortalité maternelle, des constantes parmi les interventions médicales qui pourraient éclairer le débat actuel au Québec autour de la pratique des sages-femmes et l’accouchement à domicile par opposition à l’hôpital (Loudon, 1988).

Avant de s’engager dans des synthèses semblables à celles de Thomas McKeown, ou des deux exemples précédents, ne faudrait-il pas s’assurer de la qualité de monographies sur lesquelles s’appuient ces synthèses?

Depuis 1979, le groupe canadien sur l’examen médical périodique a popularisé dans la communauté scientifique médicale des niveaux de preuves permettant de graduer la validité des études dans le domaine de la médecine préventive clinique (Guide canadien de médecine préventive clinique, 1994). L’idéal de la preuve scientifique demeure, comme nous l’avons indiqué en introduction, la nature contrôlée, c’est-à-dire expérimentale de la méthode utilisée correspondant à l’essai comparatif randomisé, mise en oeuvre selon les règles de l’art. En histoire, c’est-à-dire d’un point de vue strictement rétrospectif, la méthode qui se rapproche le plus de cet idéal serait celle des études cas témoins ou mieux des cohortes rétrospectives ou historiques (Collins, 1992; Thornton, Olson & Thuthach, 1988). C’est peut-être ce niveau de preuves, pas toujours respecté dans les synthèses historiques comme celle de Thomas McKeown qui devrait autoriser des recommandations concernant l’efficacité de ces interventions sur l’état de santé des populations étudiées.

L’analyse historique de McKeown s’arrête juste avant la mise en place des interventions curatives et préventives, s’attaquant aux problèmes de santé qui dominent toujours notre époque, malgré l’apparition du sida, tout au moins dans nos pays industrialisés, à savoir les maladies cardiovasculaires et les cancers. Bien que des progrès aient été réalisés dans leur compréhension, la complexité de leurs déterminants n’a pas permis jusqu’ici de mesurer aussi précisément que ne l’a fait McKeown pour les maladies infectieuses, l’impact de ces différentes interventions. La multiplication des études d’observation se rapprochant de plus en plus du modèle idéal expérimental et leur reproduction dans de nombreux pays, permettent cependant une meilleure compréhension de l’impact des politiques de prévention, de protection ou de promotion sur la santé des populations et de relativiser les politiques de soins, comme l’a fait McKeown.

Ciblées sur des problèmes prioritaires comme celui du tabagisme, de l’inactivité physique ou de la mauvaise alimentation, des politiques intersectorielles de santé ont donné la preuve de leur efficacité dans les pays qui se sont donnés les moyens de les réaliser et de les évaluer. L’accumulation des problèmes de santé, parmi les groupes sociaux des pays industrialisés les plus touchés par la précarité, tout comme dans les pays en développement, démontre l’importance des politiques de santé visant le bien-être collectif et le développement des personnes. Il est aussi probable que les réflexions actuelles sur le rôle de la médecine et sur son organisation suggèrent des pistes nouvelles pour repenser les rôles respectifs des politiques de soins et des politiques de santé dans le mieux-être des personnes.
|---|
Références


Abstract

*Recent reforms in occidental countries have raised the question whether medicine contributes to population health. This paper presents the theses of the controversial epidemiologist Thomas McKeown as well as his principal supporters and social historian opponents. This historical approach allows one to better understand the stakes and confrontations between the politics of treatment and the politics of health.*

Biographie

**Benoît Guamer**, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, a exercé et enseigné la santé publique ou médecine communautaire en Algérie et en Tunisie pendant douze années. Depuis 1984 au Québec, ayant pris la nationalité canadienne, il poursuit avec des collègues de l’Université de Montréal (Département de médecine sociale et préventive ainsi que Département d’histoire) des recherches sur les institutions québécoises de santé publique. Ancien coordonnateur de l’Unité de formation continue du secteur de la santé publique de la Faculté de médecine de l’Université de Montréal, il pratique présentement la médecine générale en milieu rural en France.