

Le regard d'hier pour les concepts de demain

Patrick Zylberman
Centre de recherche, médecine,
sciences, santé et société,
Inserm-CNRS-EHESS

Bien que récent, l'apport de l'histoire à la santé publique contribue à l'élaboration de certains concepts nécessaires à la prise de décisions et aux choix politiques.

Sauf à croire aux mirages qu'il aurait lui-même forgés, l'historien ne saurait trancher de son apport à la santé publique. L'étude des formes que revêt le changement dans les consciences et dans les sociétés [1], quelle peut bien être sa valeur pour les praticiens de la santé collective ?

Mais au fait, l'histoire de la santé publique existe-t-elle ? Les revues médicales lui font une place discrète. Fait assez rare pour un journal de langue française, *Médecine/sciences* a créé il y a peu une rubrique mensuelle « Histoire et sciences sociales ». En 1999, sur 7 contributions, une seule concernait l'histoire de la santé publique. La proportion resterait la même en l'an 2000*. De son côté, *La Revue d'épidémiologie et de santé publique* a publié 4 articles en dix ans (1991-2000) faisant référence à l'histoire, dont un seul dû à la plume d'une historienne. Pendant la même période, 71 articles renvoyant aux vocables « santé publique » et « histoire » paraissaient dans les colonnes du *Quotidien du médecin* : les deux tiers depuis 1999, un seul ayant pour auteur (ou plutôt pour sujet) un historien. Quant au *Monde*, on y trouve 6 articles consacrés à l'histoire de la médecine entre 1987 et 2000, dont un seul traitant d'histoire de la santé publique en 1999.

En dépit d'un léger frémissement, force nous est donc d'admettre que le colloque entre la santé publique et l'histoire n'en

est encore qu'à des balbutiements. Il serait intéressant de rapprocher ce survol nullement systématique de l'enquête effectuée récemment par le Wellcome Trust en Grande-Bretagne où la situation de l'histoire de la médecine dans la presse médicale n'est guère plus brillante [2]. Comme en France, outre-Manche les organismes publics de recherche et les facultés snobent l'histoire de la santé publique [3]. Du reste, il n'y a là rien qui puisse surprendre. Neuf cent quatre-vingt-deux thèses en histoire de la médecine ont été soutenues dans les années quatre-vingt-dix en France : sur ce total, vingt ont eu pour sujet une question d'histoire de la santé publique. Ceci pour les facultés médicales ; en lettres, sur le même sujet, le nombre de thèses atteint péniblement le chiffre sept...

Derrière l'actualité, il y a l'histoire

Les choses sont-elles en train de changer ? Quel que soit l'impact, en effet, des réponses apportées par les pouvoirs publics aux crises sanitaires en série qui secouent nos sociétés, la maladie, ou la menace de la maladie, occupe aujourd'hui une place toujours plus grande sur l'agenda des gouvernements. La philosophie de la précaution n'appelle-t-elle pas le retour de la décision en politique ? Mais sur quelles bases ? Contrairement à l'idée reçue, la crise est en général peu propice à l'innovation. Tout un stock de réformes et de panacées longtemps ignorées attendent généralement dans les cartons des experts : elles ne demandent qu'à s'engouffrer dans la brèche. Et eux avec elles. Les

* Je dois ces références à l'amabilité de M. Claude Schmitter, des éditions Masson.

époques de bouleversement social sont, pour l'expert, une apothéose ; c'est le temps des vieilles idées neuves. La crise favorise l'irruption du passé dans le présent [4].

Au reste, dans ses structures récemment réformées, la santé publique n'est-elle pas le fruit de l'histoire contemporaine, le résultat d'une catastrophe érigé pour surmonter la catastrophe et même le retour des catastrophes ?

Le « retour » des maladies infectieuses, la multiplication des risques et des urgences complexes (famines, guerre et nettoyage ethnique, catastrophes naturelles), l'émergence de la pharmaco-résistance, le creusement des inégalités ont eu raison du « bienheureux optimisme » contemporain de l'avènement des sulfamides, de la pénicilline, du DDT et des antibiotiques à large spectre. Comment en est-on arrivé là ? « *La santé publique en France n'a eu qu'un seul ennemi : le ministère de la Santé publique lui-même.* » De qui cette apostrophe ? D'Albert Calmette, au tout début des années 1920. Et cependant, plus qu'à aucune autre période, l'histoire de l'immédiat avant-hier retentit directement sur les conceptions du présent. Et sans doute l'intervention de l'historien vise-t-elle à substituer la recherche des causes à la dénonciation des responsabilités. Un lien explicite n'en existe pas moins aujourd'hui entre l'évolution des perspectives historiques et la formation de la conscience sociale, civique, professionnelle.

Hygiène de l'histoire

Certaines méthodologies, telle l'évaluation, font d'ailleurs parfois spontanément appel à l'histoire [5]. À quelles conditions un usage méthodique de l'histoire est-il possible pour la santé publique ?

Il convient d'abord d'écarter l'histoire médico-centrique. Préoccupée de dépister dans le passé les germes du présent, passion de collectionneurs, d'amoureux des choses du passé, l'histoire iatrocéntrique a la couleur de ces photos jaunies sorties d'un album de famille : congrès d'antan, maîtres anciens. Ce n'est pas là l'univers de l'historien de métier [6]. Le passé n'est pas sa marotte ; il ne cherche pas non plus à s'en affranchir : il entend seulement le maîtriser et le comprendre afin d'éclairer par comparaison le présent [7]. L'histoire ne fait pas revivre

« *le monde que nous avons perdu* ». S'efforçant d'établir des liaisons entre les différents ordres de faits, de suivre les influences réciproques entre un concept (santé collective ou médecine sociale, par exemple) et le terrain des mentalités et des milieux sociaux dans lequel il lui faut s'enraciner [1], elle s'emploie au contraire à souligner la distance qui nous sépare d'hier, et la force du changement qui nous le rend complètement étranger [8].

Extension du domaine de l'histoire

Voici vingt ans, entre pouvoirs et savoirs, Jacques Léonard accrochait l'histoire de l'hygiène au centre de gravité des institutions médicales. L'histoire de la santé publique apparaissait d'abord comme l'histoire du XIX^e siècle. Mais l'histoire s'étend dorénavant à la fois vers l'amont, à la haute époque européenne et islamique — à la recherche des pratiques médicales et sanitaires, par-delà l'étude doxographique [9] — et vers l'aval, au XX^e siècle. Le XIX^e siècle a cessé d'être la période centrale. Bien loin de la confiner dans un cadre étroitement national, ces ouvertures l'encourageraient plutôt à prendre en considération des ensembles historiques et géographiques plus vastes (Europe et monde extra-européen, systèmes internationaux de coopération sanitaire). À mettre, en somme, la méthode comparative au centre de son approche. Raison pourquoi les pays à faibles revenus peuvent aiguiller l'historien vers certains problèmes : l'Europe méridionale, centrale et balkanique, le sud des États-Unis n'étaient-ils pas encore, dans la première moitié du XX^e siècle des régions pauvres, champs d'exploit privilégiés de la grande philanthropie américaine (Fondation Rockefeller, Milbank Memorial Fund) et de la Société des nations ? Tout un champ d'hypothèses, de questionnements nouveaux s'offre ici, et dans les deux sens.

Peut-être s'explique-t-on mieux dès lors la tendance récente de l'historiographie à désembrayer la santé publique de son axe médico-hospitalier (même si l'hôpital demeure pour elle un gisement de données des plus précieux), son souci d'étendre la définition des acteurs du système sanitaire aux directeurs de bureaux d'hygiène, médecins de dispensaires et de sanatoriums, infirmières visiteuses et autres agents de santé communautaire — sans

oublier les bactériologistes, les médecins des stations de désinfection ou des instituts d'euthanasie. Car toute initiative n'a pas pour origine les services de l'État. Une bonne partie des progrès récents de l'historiographie sont ainsi redevables à l'action de certaines institutions qui s'efforcent désormais de rassembler les archives du tiers-secteur sanitaire : ligues, comités, écoles d'infirmières. Un immense travail reste ici à accomplir.

Parallèlement, l'histoire se tourne vers la prise en considération de techniques non médicales : statistiques, indices de santé, fichiers divers, bref ce que l'hygiène américaine appelait dans l'entre-deux-guerres les pratiques administratives, ces royaumes d'Utopie de la médecine sociale. Le chiffre dictant la loi ! Voilà bien en effet, du premier « parti de l'hygiène » en 1829 aux méthodes récentes d'allocation régionale de ressources, la constante recherche d'une autorité, édiflée sur des théorèmes, que l'on voudrait croire indiscutable parce que mathématiquement — et non politiquement — fondée. Les questions politiques enfin réduites à des questions d'hygiène : la santé publique n'incarne-t-elle pas un peu du rêve saint-simonien ?

Histoire et épidémiologie : des affinités électives ?

À dire vrai, l'histoire de la santé publique se découvre certains points communs avec l'épidémiologie. Comme celle-ci, elle participe à « *la connaissance des maladies à l'échelle des populations* » en cherchant à cerner l'ensemble des « *facteurs sociaux et sociétaux* » qui interviennent et à en montrer la rationalité [10]. Et sans doute, pour l'épidémiologiste, le temps est-il avant tout un support dont les effets se limitent à ce qu'il s'écoule de manière irréversible (âge, vieillissement). Tandis que pour l'histoire le temps n'est jamais neutre, mais au contraire substantiel, palpable. Le temps, dit Bergson, est efficace. Pourtant il n'est pas une donnée — mais bien ce mouvement par lequel les sociétés sélectionnent à chaque instant certaines de leurs expériences et autorisent ainsi la durée de certains gestes et d'habitudes anciens, car l'histoire est d'abord histoire des recommandations, des piétinements, des solutions qui ne sont autre chose que la reconduite du passé [11].

Il reste que, comme l'épidémiologie, l'histoire s'intéresse à la fréquence et à la répartition des problèmes de santé dans les populations ; elle cherche à documenter des taux de mortalité ou de morbidité, à délimiter et à expliquer la dispersion d'un phénomène morbide, d'un comportement pathologique ou d'un risque dans l'espace et dans le temps. Elle peut en outre contribuer utilement à l'étude de la surmortalité en se penchant sur les habitudes d'hygiène, ou encore sur les comportements à l'égard des toxiques (alcool, tabac) et des régimes alimentaires, tous éléments de la culture dont l'indice de viscosité et de longévité est bien supérieur à celui des techniques et des infrastructures économiques. Autant dire que l'histoire quantitative de la santé n'est pas la seule forme d'histoire utile, et que l'épidémiologie ou la démographie rétrospectives, pour valables qu'elles puissent être, ne constituent pas tout l'apport de l'histoire à la connaissance de la santé publique [3]. D'autres facteurs de risque sont également à sa portée : conditions d'habitation et de travail, exposition à des pollutions diverses [12], accidents [13]. Si ces derniers thèmes sont encore rarement abordés en France, des études locales ou régionales existent [14] : elles permettent d'affiner l'analyse des contrastes géographiques. On le voit, l'histoire pourrait aider à cerner les aspects multifformes de l'impact des actions entreprises par les pouvoirs publics — et plus généralement toute action collective [15] — en vue d'améliorer l'état de santé [16].

À l'instar d'autres sciences sociales, l'histoire se présente de la sorte comme une « *technologie pour produire du jugement* » [5], évaluer les structures, les processus et les stratégies des acteurs de la santé publique. Une étude de la propagande en matière sanitaire permettrait par exemple de peser les parts respectives de la prévention « passive » (lois et règlements) et de la prévention « active » (information et surveillance des familles), deux stratégies d'éducation à la santé qui opposèrent Français et médecins américains de la Fondation Rockefeller dans la politique antituberculeuse en France après la Première Guerre mondiale. On montrerait comment la tradition de l'État-instituteur tend à y étouffer l'information des patients et de leurs familles, et comment le corps

médical, par son indifférence, renforce encore cette préférence française pour la voie « passive ». Parmi les méthodes grâce auxquelles l'historien évalue, citons encore l'inférence contrefactuelle qui consiste à faire varier idéalement certains éléments dans les conditions du changement : que fût-il advenu si tel élément déterminant, et réellement présent, avait été absent de la chaîne des causalités ? Que se serait-il passé si, au lendemain de la Grande Guerre, les pasteurs s'étaient attelés à la tâche d'organiser la lutte antituberculeuse et la formation des médecins de la santé en lieu et place des hommes de la Rockefeller ? Sorte d'expérimentation imaginaire, la méthode est commune à l'historien et au juriste. L'épidémiologiste ne l'ignore pas non plus. Ainsi entreprend-

il de mesurer l'effet d'une réglementation sur les comportements en observant ceux-ci avant/après le retrait ou l'abrogation de ce règlement [17]. La prise en considération des seules éventualités que les contemporains eux-mêmes envisageaient et dont les traces sont repérables dans les archives offre ici une garantie contre toute spéculation aventureuse [18].

Un besoin d'histoire

Cependant, solutions, remèdes, tout cela n'est pas de la compétence de l'historien — un point de plus en commun avec l'épidémiologiste [19]. L'histoire donne-t-elle à l'avenir les moyens d'être pensé, comme le voulait Paul Valéry, qui d'ailleurs ne l'aimait pas [20] ? Mais à l'instar des autres sciences sociales qui, le plus

bibliographie

1. J. Guitton, *L'Existence temporelle*, Aubier, 1949.
2. *Evaluation of the Wellcome Trust History of Medicine Programme, April 2000*, The Trustee of the Wellcome Trust, Londres, 2000.
3. V. Berridge, « History in public health : who needs it ? » *Lancet*, 356, 2 décembre 2000, 1923-5.
4. D. T. Rodgers, *Atlantic Crossings. Social politics in a progressive age*, Cambridge, Mass., The Belknap Press, 1998.
5. A. P. Contandriopoulos, F. Champagne, J.-L. Denis, M.-C. Avargues, « L'Évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *RESP*, 2000, 48, 517-39.
6. M. D. Grmek, Introduction, in M. D. Grmek et B. Fantini (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 1, Seuil, 1995.
7. E. H. Carr, *Qu'est-ce que l'histoire ?* [1961], La Découverte, 1988.
8. R. J. Evans, *In Defence of History*, Londres, Granta Books, 1997.
9. P. Horden et E. Savage-Smith (éd.), « The Year 1000 : medical practice at the end of the first millenium », *Social History of Medicine*, 13, 2, 2000.
10. P. Ducimetière, « Épidémiologie et santé publique : poursuivre l'effort de clarification », *RESP*, 1999, 105-08.
11. J. C. Perrot, « Le présent et la durée dans l'œuvre de Fernand Braudel », in J. Revel (éd.), *Fernand Braudel et l'histoire*, Hachette-Pluriel, 1999.
12. A. S. Wohl, *Endangered Lives. Public health in Victorian Britain*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1983.
13. R. Cooter et B. Luckin (éd.), *Accidents in History : injuries, fatalities and social relations*, Amsterdam-Atlanta, Rodopi, 1997.
14. C. Beauchamp, *Délivrez-nous du mal ! Épidémies, endémies, médecine et hygiène au XIX^e siècle dans l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher*, Maulévrier-en-Anjou, Hérault-Editions, 1990.
15. D. Porter, *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*, Londres, Routledge, 1999.
16. A. Tursz et P. Gerbouin-Rerolle, *les Accidents de l'enfant en France : quelle prévention, quelle évaluation ?*, Inserm, 2001.
17. A. Tursz, « Évaluation de l'application d'une loi ou d'une réglementation », *RESP*, 1991, 39, S43-50.
18. N. Ferguson (éd.), *Virtual History : alternatives and counterfactuals*, Londres, Papermac, 1998.
19. M. Goldberg, *L'Épidémiologie sans peine*, Éditions médicales Roland Bettex, 1985.
20. P. Valéry, *Regards sur le monde actuel*, Œuvres II, Pléiade, 1960.
21. A. J. P. Taylor, *The Course of German History*, Londres, Routledge, 1996 [1945].
22. A.-M. Moulin, *L'Institut Pasteur et le besoin d'histoire*, inédit, communiqué par l'auteur.
23. A. Morelle, *La Défaite de la santé publique*, Flammarion, 1996.

souvent, ne peuvent qu'exposer un ensemble de scénarios plausibles tout en convenant que le choix entre ceux-ci relève du pari pur et simple [18] l'histoire est au mieux en mesure de rapporter que telle solution, tel remède, ont été un jour proposés, pour finalement réussir ou échouer dans telles circonstances [21].

Au demeurant, la question n'est pas tant de savoir ce que l'histoire nous enseigne que d'être au fait sur ce que nous voudrions en apprendre. Car enfin, derrière l'actualité, il y a pas seulement l'histoire, il y a aussi le besoin d'histoire. Un besoin au service d'une stratégie, d'un mouvement, d'une institution dans lesquels un groupe social ou professionnel se reconnaît [22]. Un besoin bien sûr fonction du moment, le fruit du traumatisme associé à la révélation d'une crise multiforme qui entame durement la légitimité des institutions sanitaires un peu partout en Europe. L'histoire n'est-elle pas un atout dans la négociation pour un secteur traditionnellement malmené par la profession médicale et par l'État [23] ? D'où la tentation de se l'approprier. Les acteurs de la santé publique y voient parfois un levier susceptible de les aider à surmonter le malaise persistant né de l'incohérence de structures politico-administratives que Léon Bernard, alors président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, disait en 1930 éternellement « *ballottées de ministère en ministère [...], dépouillées de tout pouvoir sur les fonctionnaires sanitaires des départements et des villes, eux-mêmes privés d'autorité et de moyens et n'ayant que leur bon vouloir à opposer aux maladies* ».

À l'endroit de la santé publique, l'historien finalement se présente comme un chercheur apportant sa pierre à l'avancée des connaissances et dont l'apport, il convient de le souligner, ne saurait se développer utilement qu'à condition de n'être ni marginalisé ni instrumentalisé au service d'autres disciplines mais d'évoluer en association avec elles ; comme le porteur, aussi, d'une science pratique apte à participer à l'élaboration de certains « *concepts préalables* » [5] à la décision ou aux réformes. À ces postures habituelles aux sciences humaines, les stratégies de la mémoire viennent aujourd'hui ajouter un nouvel élément. Mais à ce besoin d'histoire — à ce besoin d'identité — l'historien peut-il répondre ? ■

Le dépistage du Recommandations l'Union européenne

Document rédigé par le Comité consultatif de l'Union européenne sur la prévention du cancer et traduit par

Rosemary Ancelle-Park

Épidémiologiste, InVS

Hélène Sancho-Garnier

Professeur de santé publique,

Épidaure, CLCC

Jean Faivre

Professeur de gastro-entérologie,
Registre des tumeurs digestives, Dijon

Suite à la conférence de Vienne sur le dépistage et la détection des cancers de novembre 1999, le Comité consultatif de l'Union européenne sur la prévention du cancer a réalisé un document de recommandations sur le dépistage des cancers.

Le dépistage permet la détection des cancers à un stade précoce, parfois même avant qu'ils ne deviennent invasifs. Certaines lésions peuvent alors être traitées avec plus d'efficacité et les patients peuvent espérer vivre plus longtemps. L'indicateur d'efficacité du dépistage est la baisse de la mortalité spécifique de la maladie ou de l'incidence.

Le dépistage consiste à proposer un test à des personnes bien portantes afin d'identifier les maladies à des stades asymptomatiques. Mis à part l'effet bénéfique sur la mortalité spécifique de la maladie ou de l'incidence, le dépistage peut aussi avoir des effets indésirables pour la population testée.

Les décideurs doivent connaître les bénéfices et les risques potentiels du dépistage d'un type de cancer donné avant de s'engager dans la mise en place d'un nouveau programme de dépistage. Pour le public informé, comme il l'est aujourd'hui, il est nécessaire de présenter les bénéfices et les risques de manière à ce que les citoyens puissent décider par eux-mêmes de participer aux programmes de dépistage.

Les principes du dépistage comme outil de prévention des maladies chroniques non transmissibles ont été publiés par l'Organisation mondiale de la santé en 1968 [1] et par le Conseil de l'Europe en 1994 [2]. Ces deux documents, plus celui-ci sur l'état de l'art dans chacun des champs du dépistage des cancers, constituent ensemble les bases pour ces recommandations.

Toutes les données d'incidence ou de mortalité proviennent de la publication