

LES PROBLEMES DE LA MEDECINE DANS LE PROCHE AVENIR

Henri PEQUIGNOT *

Les problèmes touchant la santé ne sont plus les mêmes : l'évolution de la démographie, du mode de vie et de l'environnement ont fait apparaître de nouvelles menaces.

On aboutit à une situation paradoxale : jamais l'homme n'a joui d'une semblable espérance de vie, et pourtant il n'y a jamais eu autant de malades : les progrès de la médecine ont fait prendre conscience de maladies qui ne pouvaient être perçues autrefois.

Pour le médecin qui s'intéresse à la planification sanitaire, l'an 2000 se dessine déjà de façon nette.

D'une part plus de la moitié des gens qui vivront en l'an 2000 existe déjà. L'espérance de vie en 1969 d'un homme de 45 ans étant 27 ans et d'une femme de 50 ans, 28, on peut en première approximation admettre que les hommes de moins de 45 ans et les femmes de moins de 50 ans aujourd'hui formeront plus des 3/5 de la population de la France de l'an 2000 (et c'est la même chose pour les pays de niveau de vie analogue). Le destin génétique et l'avenir biologique de ces populations sont fixés. D'autre part, ceux qui naîtront d'ici 2000 seront, jusqu'en 1990 au moins, les enfants d'individus qui existent déjà. Leur constitution génétique est elle aussi fixée.

Si la démographie est fixée, la pathologie ne l'est pas moins : l'inertie des phénomènes pathologiques reste très grande dans une population stationnaire dont, par exemple en France, 18 % a plus de 60 ans. On dispose en effet de statistiques correctes de mortalité et de morbidité. Elles mettent en évidence l'inertie de ces phénomènes biologiques et le sens de leur évolution (tableaux ci-contre). La mortalité et la morbidité ne deviennent véritablement importantes que chez les sujets âgés. On peut les présenter en quelques grands groupes, jouant à la fois sur la mortalité et la morbidité (cancers, accidents vasculaires frappant le cœur ou le cerveau, accidents de la circulation), ou jouant plus sur la morbidité (rhumatismes chroniques, psychoses). Or on en sait assez sur ces états pour penser raisonnablement qu'ils sont les conséquences d'une très longue incubation : l'athérome commence dès l'adolescence pour tuer à l'âge mûr, les autopsies de jeunes accidentés l'ont maintenant démontré. Ceux qui feront leur infarctus du myocarde à 50 ans, en l'an 2000, ont déjà cet infarctus inscrit à 20 ans dans l'état de leurs artères coronaires. On pourrait en dire autant des hémiplegiques de l'an 2000, car leurs artères carotides et ver-

tébrales comportent déjà les plaques d'athérome qui aboutiront à la lésion.

Que peut-on y faire ? On peut obtenir des sursis importants chez des sujets très disciplinés ; mais sur la morbidité d'une population l'effet de telles mesures reste négligeable, car elles comportent une modification profonde du mode de vie. Sur le plan thérapeutique, on a fait de très gros progrès techniques, comme la mise au point de méthodes efficaces de pontage ou de désobstruction artérielle. Mais il faudra une trentaine d'années à cette thérapeutique pour être généralisée à toute une population, si l'on pense à la lenteur avec laquelle se diffuse le progrès technique lorsqu'il s'agit d'une technique de pointe. Les études rétrospectives mettent en évidence cette lenteur : il a fallu 15 ans pour passer de la mise au point théorique de la réanimation des anuries au premier essai d'application de cette technique à l'insuffisance rénale chronique, et cette technique n'est pas encore généralisée à l'ensemble de la population des pays développés.

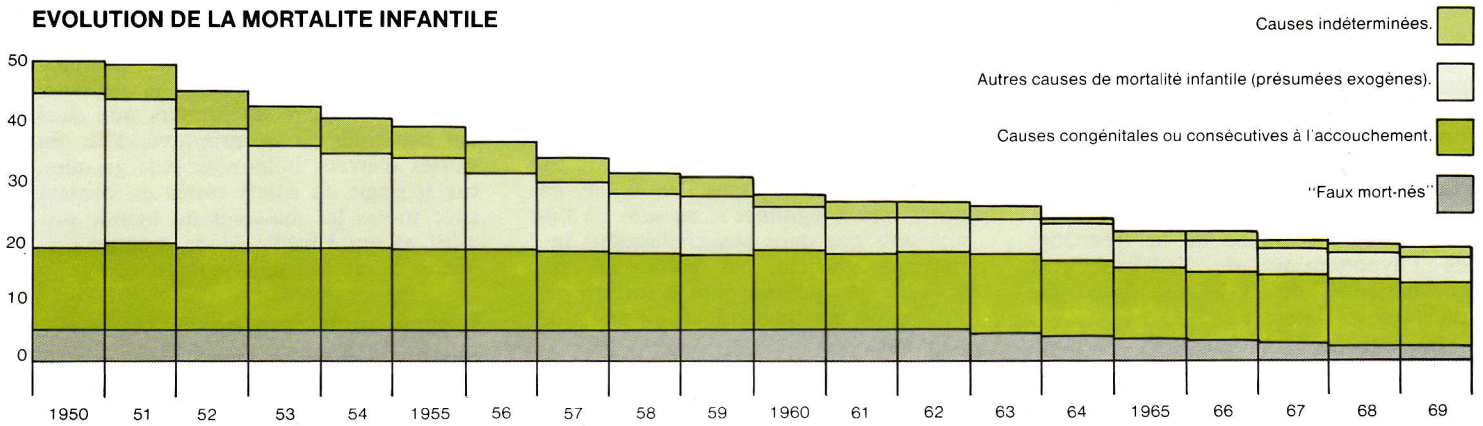
On aboutit à cette situation paradoxale : jamais l'homme n'a joui d'une pareille espérance de survie, et pourtant jamais il n'y a eu autant de malades. Les progrès thérapeutiques (préventifs ou curatifs), l'amélioration du niveau de vie et des conditions d'hygiène ont fait disparaître certaines maladies (paludisme, variole, diphtérie), et ont au moins écourté l'évolution ou diminué la gravité de certaines autres (gonococcie, typhoïde, pneumonie microbienne).

Il n'y a jamais eu moins d'estropiés...

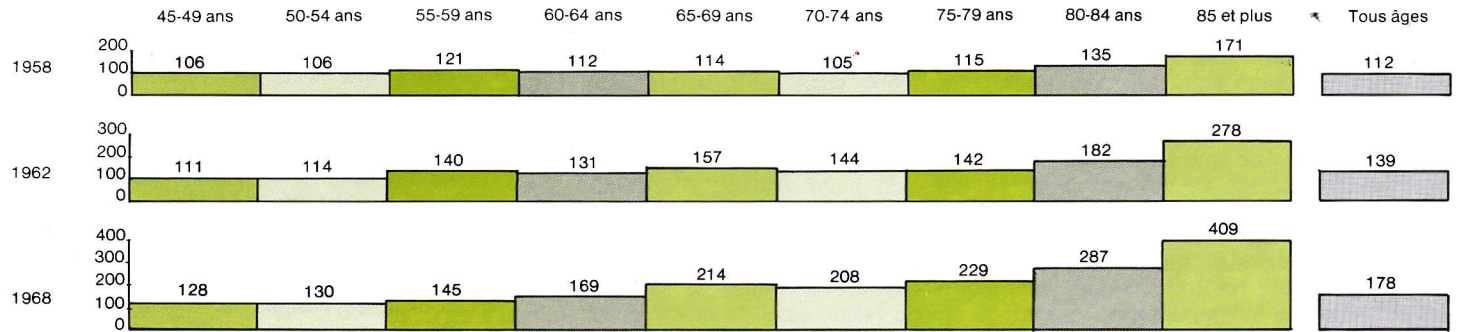
Le même progrès a empêché la mort de malades dont certains restent des handicapés chroniques (insuffisance respiratoire post-turberculeuse). L'augmentation régulière des classes d'âge les plus élevées et la survie prolongée d'affections graves en est le résultat. Il s'agit, quoiqu'on dise, d'une conséquence heureuse. Il n'y a jamais eu moins d'estropiés, de bancals, de bossus et d'aveugles.

* Professeur de clinique médicale, chef de service à l'hôpital Cochin, Paris.

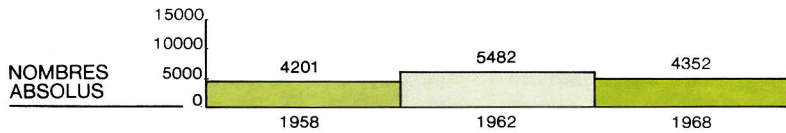
EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE



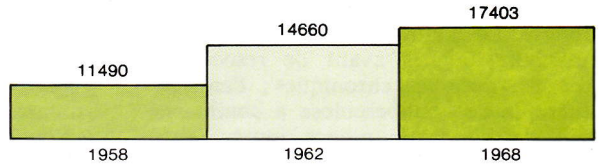
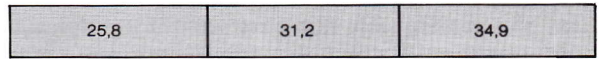
EVOLUTION DE LA MORTALITE ATTRIBUEE AU CANCER BRONCHO-PULMONAIRE SUIVANT L'AGE POUR LE SEXE MASCULIN DE 1958-1968



DECES PAR ALCOOLISME

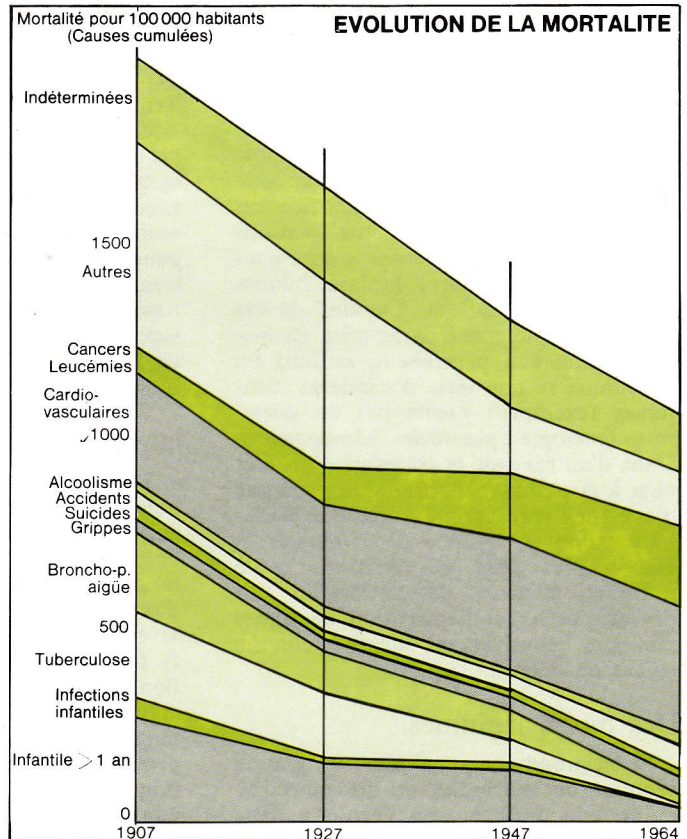


ET PAR CIRRHOSE DU FOIE



EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE SELON L'AGE

	SEXE FEMININ			SEXE MASCULIN		
	PERIODE					
Age en années	1933	1960	1968	1933	1960	1968
Naissance	61,6	74,4	75,5	55,9	67,5	68,0
10	57,5	66,2	67,0	52,6	59,6	59,7
20	48,6	56,5	57,2	43,6	50,0	50,2
40	32,1	37,4	38,1	27,7	31,6	31,7
60	16,5	19,8	20,4	13,9	15,8	15,9
80	5,5	6,5	6,9	4,6	5,4	5,6



Le progrès des explorations (cliniques et paracliniques) a augmenté encore (en apparence, mais cela revient au même pour l'opinion publique) le nombre des sujets que l'on sait porteurs d'une affection chronique et la durée pendant laquelle chaque affection est observée et traitée. Le manomètre, l'électrocardiogramme, les rayons X ont ainsi contraint à prendre conscience de la fréquence de l'hypertension, de l'athérosclérose coronarienne, de la longue durée des tuberculoses latentes.

Par ailleurs, la vie moderne fait prendre conscience de « maladies » qui ne pouvaient être perçues autrefois. Ainsi, le développement de l'instruction et l'enseignement généralisé de la lecture ont permis de découvrir, dans une population scolaire normale, 10 à 15 % de ce que nous appelons maintenant des dyslexiques.

L'efficacité du traitement prolongé des maladies chroniques mérite de nous retenir. Une infirmité ou une incapacité n'entrent vraiment dans la conscience médicale et sociale que le jour où elles peuvent être traitées. Or, les grands progrès thérapeutiques de ces dernières années se sont aussi bien appliqués aux affections chroniques qu'aux maladies de courte durée : les cortisoniques dans les rhumatismes inflammatoires, les anticoagulants dans les thromboses récidivantes, les suppléances endocriniennes dont l'extrait thyroïdien et l'insuline ont ouvert la liste. Cette efficacité est d'autant plus remarquable que c'est souvent avec retard et réticence que ces traitements ont été appliqués de façon prolongée. Les neuroleptiques ont guéri des psychoses aiguës avant de resocialiser des psychotiques chroniques ; l'antibiothérapie de la tuberculose a commencé par des cures de quinze jours, l'antibiothérapie prolongée et continue des infections bronchiques et urinaires est encore discutée. Les thérapeutiques les plus extrêmes, telles la stimulation cardiaque électrique ou l'épuration extrarénale, s'étendent du domaine de l'urgence momentanée à celui des traitements à long terme.

On pensait il y a un siècle : angine de poitrine, névralgie dentaire, colique hépatique ou néphrétique, pleurésie « a frigore », hémoptysie. Nous pensons aujourd'hui : athérosclérose coronarienne, carie dentaire, lithiase biliaire ou rénale, tuberculose. Certains de ces exemples témoignent de la mise en évidence d'un état permanent, évolutif ou non, derrière une série d'accidents identiques (exemple : l'épilepsie) ou disparates (exemple : pleurésies, hémoptysies). Dans d'autres cas, le transfert d'un état aigu à la pathologie chronique témoigne d'une meilleure connaissance des stades initiaux de la maladie et d'une appréciation plus juste de sa durée réelle (mise en évidence de cancers in situ des années avant l'apparition de signes cliniques abusivement décrits comme signes de début).

Des morts légitimes

Si on prend analytiquement les grands groupes de morbidité ou de mortalité du monde moderne, on découvre dans l'ensemble le moule en creux de nos

ignorances scientifiques : l'athérosclérose cérébrale ou coronaire, les cancers de toutes localisations sont les principales causes de mort ; ensuite viennent cirrhose du foie, insuffisance respiratoire chronique, suicides et accidents sur lesquels, peut-être, quelques réflexions devraient être faites. Dans l'ensemble, ces morts sont « légitimes », au sens où l'on peut dire que dans nos civilisations une mort par variole, par paludisme, par typhoïde, par poliomyélite, a fortiori par tétanos ou par tuberculose, est une mort illégitime.

Sur le plan de la morbidité, les grandes maladies invalidantes, causes de morbidité chronique, qui jouent peu sur la mortalité (rhumatismes chroniques et grandes psychoses) appartiennent à des secteurs où l'étiologie est mal connue et la prévention encore balbutiante.

On comprend maintenant pourquoi il n'y a pas moins de malades que dans le « bon vieux temps ». On peut même pronostiquer qu'il y en aura de plus en plus. Certes, la mort apparaît dans chaque cas comme un phénomène fortuit dû à une maladie déterminée. Mais il n'empêche que ce déterminisme statistique ne nous donne pas plus de chances d'immortalité que de chances d'échapper à toutes les maladies. La tâche raisonnable de la médecine, humble et toujours recommencée, consiste à prévenir et à guérir une à une les maladies qui apparaissent. Il est probable, au fur et à mesure qu'on gagne des années, que nous entrerons, si nous n'y sommes déjà entrés, dans une zone de rendement décroissant. Un jour ou l'autre nous nous heurterons aux facteurs limitatifs absolus de notre survie, génétiques ou externes. Il y a en effet sûrement dans le monde des nuisances auxquelles personne n'échappera jamais et l'on ne voit pas bien comment l'on pourrait tourner le fait que les cellules nerveuses sont en nombre fini et incapables de se reproduire.

Mais n'y a-t-il pas dans notre monde moderne des nuisances spécifiques ? Trois d'entre elles ont déjà prouvé leur nocivité : le tabac, la radio-activité et les accidents de la route. On en trouverait difficilement d'autres dont le caractère nocif ait été démontré avec autant de rigueur scientifique. De plus, pendant des millénaires — et dans plusieurs continents encore — la grande misère humaine fut la famine. Le développement d'une opulence relative se traduit par le développement des maladies de suralimentation.

Nuisances spécifiques

Toutefois l'étude des nuisances spécifiques du monde moderne reste particulièrement difficile. On oublie trop que l'observateur et l'observé ont la même longévité. Il est évidemment plus simple d'observer des espèces animales qui vivent un ou deux ans, comme le rat. Il faut suivre et observer des populations pendant de très longues périodes et en « quantités » relativement importantes pour obtenir des données quelque peu solides sur un plan scientifique. Il faut bien avouer qu'on se heurte très vite à un problème presque insoluble : trouver des catégories-témoins. Les té-

moins, en effet, ne peuvent être pris que dans des sociétés qui ne sont pas soumises au facteur « modernisation » dont on cherche à étudier la nocivité. On ne peut guère les prendre que dans des situations de vie primitive, d'où des causes d'erreur infiniment plus grandes, car il s'agit de sujets restés en contact avec toutes les maladies du monde primitif et qui bénéficient de secours médicaux pour le moins sommaires.

L'espérance de vie continue à augmenter

Quoi qu'il en soit, le progrès ne semble pas s'arrêter : l'augmentation de l'espérance de vie est passée en France de 55,9 ans chez l'homme et 61,6 chez la femme (1) en 1938, à 68,1 ans pour le premier et 75,5 pour la seconde en 1966. Elle avait paru stagner de 1966 à 1969 et d'aucuns s'étaient bruyamment écriés que c'en était fait du progrès et qu'on allait même vers une régression. En fait, en 1970 et en 1971, il y a eu un brusque progrès (68,4 pour les hommes et 75,8 pour les femmes) : il s'agissait d'accidents conjoncturels. Signalons que la mortalité infantile n'a pas cessé de baisser, même et y compris la mortalité péri-natale trop longtemps considérée comme endogène, qui constituait une véritable sélection naturelle (elle est passée de 31,2 pour mille naissances vivantes en 1959, à 25,4 en 1969).

En fait, ces données statistiques globales ne doivent pas faire oublier le plus important : les problèmes auxquels la médecine se trouve confrontée se posent maintenant aux deux extrémités de la vie : les dernières semaines intra-utérines et la première semaine de vie de l'enfant, et les maladies de l'âge avancé. Ces problèmes doivent être maintenant résolus un à un, car rien ne permet de croire qu'une solution globale est possible. On pourrait faire disparaître ainsi deux des cancers les plus fréquents : le cancer du col utérin chez la femme et le cancer bronchique chez l'homme. Il est vrai qu'il ne s'agit pas de méthodes semblables dans les deux cas.

Nous savons maintenant que le diagnostic du cancer du col utérin est possible au stade zéro, à condition que les femmes s'imposent un examen gynécologique annuel ; problème précis, limité, dont la solution ne dépend, dans les structures actuelles de notre pays, que de l'initiative personnelle de chaque femme.

Le cancer bronchique ne doit son augmentation annuelle qu'à la consommation de cigarettes. Si elle cessait aujourd'hui dans notre pays, dans cinq ans le nombre des cancers bronchiques aurait diminué de moitié et, dans dix ans, il serait presque nul et retomberait au chiffre que l'on connaissait en 1930. Il ne dépend que de nous de faire disparaître cette maladie... En même temps on ferait disparaître les trois quarts des cancers laryngo-pharyngés et on diminuerait considérablement la mortalité vasculaire. H.P.

(1) POPULATION, 27, mai-juin 1972, numéro 3, pp. 461, 471, 491.