

Programme

Face à la maladie et au malheur, les sociétés humaines ont toujours ressenti la nécessité d'interroger le futur et tenté d'influer sur ce qui était susceptible d'advenir. Qu'elle soit mise en œuvre par des guérisseurs, des chamans, des prêtres ou par des scientifiques, des médecins et des gestionnaires, cette volonté de prévoir et de prédire met en relation l'évaluation des possibles et la diminution de l'incertitude.

La divination, l'oracle, le pronostic sont liés au fonctionnement des systèmes de santé d'ici et d'ailleurs. Mais comment se construisent et cohabitent ces pratiques, populaires et savantes ? Selon quelles logiques sociales et culturelles sont-elles mises en œuvre ? Quels sont les effets produits par ces anticipations ?

Mercredi 2 mars**

Session Inaugurale

17h30 – 19h00, Auditorio

Ilario Rossi (Université de Lausanne), Inauguration : 'Déclinaisons plurielles de l'anticipation'
Anne-Marie Moulin (CNRS-CEDEJ, Le Caire), Conférence introductive : 'Prédiction, prévention, précaution. Regard historique et épistémologique'

20h15

Assemblée Générale de l'AMADES

Jeudi 3 mars**

Histoire et Anthropologie

9h00 – 12h30, Auditorio

Président : *Antonio Guerci* (Università di Genova)

Vincent Barras (Université de Lausanne) : 'Le pronostic hippocratique'

Marc Berthod (City University of New York) : 'Incertitude, confiance en soi et croyance en matière de divination'

Sofiane Boudhiba (Université de Tunis) : 'La «Baraka» en milieu pauvre urbain en Tunisie : passé, présent, futur'

10h30-11h00 : Pause.....

Maria Texeira (Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Paris) : 'Divination et changement social chez les Manjak'

Michèle Cros (Université Lumière, Lyon 2) : 'La marchandisation de la prévention. A propos des Alacitas en Bolivie'

Georges Guichard (Université de la Réunion) : 'Divination, pratiques et savoirs en médecine traditionnelle à la Réunion'

Santé Publique et Anthropologie

14h00 – 15h30, Auditorio

Président : *Yannick Jaffré* (EHESS, Marseille)

Fred Paccaud (Université de Lausanne) : 'Santé publique et médecine prédictive'

Raymond Massé (Université Laval, Québec) : 'Incertitude et précaution face aux modélisations mathématiques en épidémiologie prédictive'

Michèle Proulx (Université de Montréal) : 'Le doute et le risque comme dimensions pénétrantes du raisonnement critique chez le patient contemporain'

15h30-16h00 : **Présentation des posters**.....

16h00 - 18h00

Session A, Auditorio

Santé Publique et Anthropologie (suite)

Président : *Yannick Jaffré* (EHESS, Marseille)

Aline Sarradon-Eck (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille) : 'Prévoir la maladie cardiovasculaire : l'hypertendu, le médecin généraliste et le risque cardiovasculaire'

Maxime Armengaud (Université de Toulouse-Purpan) : 'Prévoir et prédire une maladie chez le voyageur. Le défi de la médecine des voyages'

Jérôme Pruneau (Université Antilles-Guyane) et *Sébastien Ruffié* (Université Antilles-Guyane) : 'Entre facteur de risque et pratique d'une activité physique et sportive : le paradoxe dans l'itinéraire thérapeutique des malades atteints de la drépanocytose en Guadeloupe'

Bernard Chérubini (Université Victor Segalen, Bordeaux 2) : 'Prévoir la dynamique des actions locales de santé publique : sur la démarche ASV (Ateliers Santé Ville) et l'écologie urbaine'

16h00 - 18h00

Session B, sala Balint

La divination en image. Présentation de documents audiovisuels.

Présidente : *Claudie Haxaire* (Université de Brest)

Bernard Taverne (IRD, Dakar) : 'L'enfant médium dans une technique divinatoire d'inspiration islamique observée en pays Mossi au Burkina Faso'

Véronique Duchesne (CNRS) : 'Au pays où danse le Kaolin'

Marc Egrot (CNRS-Université Marc Bloch, Strasbourg) : 'Prédire la maladie en pays Mossi avec la divination par la souris'

Chiara Alfieri (Università di Genova) : 'Notes sur la divination féminine par le placenta chez les Bobo (Burkina Faso)'

Maria Vivod (Université Marc Bloch, Strasbourg) : 'Biljana – la femme guérisseuse (Vojvodine)'

Claudie Haxaire (Université de Brest) : 'Lire, entendre, voir : modalités de la communication avec l'invisible et pouvoirs en pays Gouro (RCI)'

Clémentine Raineau (Université de Rouen) : 'Corps repliés, corps inversés : visions thérapeutiques d'une « médium du corps » auvergnate (France)'

Vendredi 4 mars**

Médecine et Anthropologie

9h00 – 12h30, Auditorio

Gérer le probable

Présidente : *Alice Desclaux* (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille)

Sylvie Fainzang (INSERM, CERMES, Paris) : 'Dire et prédire. Aspects cognitifs et enjeux sociaux du pronostic dans le domaine du cancer'

Claire Julian-Reynier (INSERM, Marseille) et *Pascale Bourret* (INSERM, Marseille) : 'Prédiction des risques génétiques de cancer : complexités et incertitudes de la communication médicale'

Lazare Bénaroyo (Université de Lausanne) : 'Dilemmes éthiques du médecin chercheur en oncologie'

10h30-11h00 : **Présentation des posters**.....

Carla Obermeyer (OMS, Genève) : 'Tester, prévoir et traiter : utilisation et signification des tests pour le VIH'

Marc Egrot (CNRS, Université Marc Bloch, Strasbourg) : 'Prédiction médicale des risques relatifs à une grossesse en contexte d'infection par le VIH'

Eric Gagnon (Centre de santé et de services sociaux, Québec) et *Hélène Marche* (Université Toulouse Le Mirail) : 'Le temps de la maladie et la construction du soi : les gestions temporelles de la maladie grave'

14h00 – 18h00

Session A, Auditorio

Prédire en actes

Président : *Bernard Taverne* (IRD, Dakar)

Guenda Bernegger (FNSRS) et *Roberto Malacrida* (Ospedale Regionale, Lugano) : 'Gli indici prognostici in medicina intensiva dai punti di vista clinico e filosofico'

Emilie Legrand (Université de Rouen) : 'Prévoir et prédire la mort : entre mort attendue et mort programmée'

Bernard Champaloux (Université Jules Verne, France) : 'Les discours de prédiction autour de l'allergie'

15h30-16h00 : Pause.....

Juliette Sakoyan (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille) : 'A la croisée des régimes temporels et des systèmes de sens : la prévision profane du devenir de la maladie en situation migratoire. L'expérience de mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme.'

Soizic Noel-Bourgois (Université Montpellier III) : 'Discours et souffrance des exclus de la transfusion sanguine'

Doris Bonnet (Institut Recherches Développement, Paris) : 'Perceptions du diagnostic prénatal de la drépanocytose chez les migrantes africaines'

14h00 – 18h00

Session B, sala Balint

Usages sociaux du prévoir et du prédire

Président : *Tullio Seppilli* (Università di Perugia)

Christophe Perrey (GTEPS, Collège de France, Paris) : 'La génétique de prédispositions aux maladies infectieuses : quels types de prédictions pour quels usages sociaux ?'

Caroline Desprès (DIES, Paris) : 'Prévenir ou maîtriser son futur : un fatalisme de circonstances ?'

Johanne Collin (Université de Montréal) : 'Médicament et reconfiguration de la notion de prévention'

15h30-16h00 : Pause.....

Claire Beaudevin (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille) : 'Diagnostic prénatal au Sultanat d'Oman'

Bernadette Tillard (Université Paris X-Nanterre) : 'Attentes des pouvoirs publics à l'égard des futurs parents et des parents de jeunes enfants'

Alexandra Binoche (CHRU, Lille) : 'Maladie chronique de l'enfant et technicité au domicile : un espoir sans réponse ?'

Saadia Radi (CEDEJ, Le Caire) : 'Prévoir sans prévenir : l'hépatite C en Egypte'

19h00

Cocktail offert par l'AMADES

Samedi 5 mars**

Médecine et Prédiction

9h00 - 12h00, Auditorio

Président : *Graziano Martignoni* (SUPSI, Lugano)

Catherine Dekeuwer (IHPST, Paris-I) : 'Sur quelques raisons historiques de l'ambiguïté de « prédire » en médecine prédictive'

Emilio Di Maria (Università di Genova) : 'Da Cassandra a Tiresia: lo sviluppo dei test predittivi per malattie neurodegenerative geneticamente determinate'

10h15-10h45 : Pause.....

François Ansermet (Université de Lausanne) et *Pierre Magistretti* (Université de Lausanne) : 'La plasticité neuronale : vers une détermination de l'imprévisible ?'

Session de Clôture

Jean Benoist (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille) : 'Conclusions et perspectives'

* * * * *

Posters

Séances de présentation :

Jeuudi 3 mars : 15h30 – 16h00

Vendredi 4 mars : 10h30 – 11h00

Carine Baxerres (EHESS, Paris) et *Jean-Yves Le Hesran* (Université Paris V) : 'Le marché parallèle du médicament peut-il favoriser des pratiques d'anticipation et de prévention du paludisme ? Réflexions à partir d'une zone rurale en pays Sereer au Sénégal'

~~

Guenda Bernegger (FNSRS) et *Andrea Raballo* (Università di Parma) : 'Sospetto e presagio : prassi divinatoria e intimità del probabile. Le figure dell'ipocondria e del Praecox Gefühl'

~~

Jacques Brandibas (CIRCI, Université de la Réunion) : 'Du désordre psychique à la divination et au soin réunionnais : actualité d'une pratique thérapeutique'

~~

Jean-Yves Cerf (Université Marc Bloch, Strasbourg) : 'Dieu lui a posé les paroles sur la langue'

~~

Richard de Courcy (Société de l'assurance automobile, Québec) et *Johanne Lambert* (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec) : 'L'utilisation d'un pronostic fonctionnel dans un processus de réadaptation'

~~

Jacques Dumont (Université Antille-Guyane) : 'Santé et conscription créole au début du XXe siècle', poster présenté par *Jérôme Pruneau* (Université Antilles-Guyane)

~~

Roberta Raffaetà (Université de Lausanne) : 'Test diagnostici e predizione: il caso dell'allergia'

~~

Clémentine Raineau (Université de Rouen) : 'Du diagnostic à la médiumnité. Médecins, pharmaciens et guérisseurs en Auvergne (France)'

~~

Viviane Seigneur (Université de Rouen) : 'Prédire le mal aigu des montagnes'

~~

Ekkehard Schroeder (AGEM-curare, Allemagne): '50 années d'étapes vers une anthropologie médicale professionnelle dans les pays de langue allemande : l'état actuel'

~~

Catherine Thévenon (EPSM Lille-Métropole) et *Isabelle Danset* (EPSM Lille-Métropole): 'Formation en santé communautaire à la prévention du suicide (Tourcoing)'

Résumés des interventions

Mercredi 2 mars

17h30 – 19h00, Auditorio
Session Inaugurale

Ilario ROSSI, Professeur, Institut d'Anthropologie et de Sociologie et Département de Médecine et Santé Communautaire, Université de Lausanne.

Inauguration : 'Déclinaisons plurielles de l'anticipation'

Anne-Marie MOULIN, Professeure, Chercheuse, CNRS-CEDEJ, Le Caire.

Conférence introductive : 'Prédiction, prévention, précaution. Regard historique et épistémologique'

Ces trois termes pourraient passer pour des jalons du progrès médical. En effet, si le premier terme correspond à la lecture passive d'un destin, le second prétend en infléchir le cours et modifier l'histoire naturelle des maladies (y compris jusqu'à l'éradication). Quant à la précaution, elle marquerait l'apogée de la prévention. Mais une telle vision est à la fois historiquement inexacte et épistémologiquement incorrecte.

Historiquement incorrecte. Le pronostic est certes un élément fondamental de la démarche hippocratique où il signe la compétence professionnelle. Mais son importance et son contenu ont fluctué considérablement au cours du temps. L'intervention thérapeutique croissante a perturbé le cours naturel de la maladie. Puis l'idéal d'un pronostic nuancé en fonction des caractéristiques individuelles, bien ancré dans la médecine ancienne, a cédé le pas devant une standardisation croissante des prescriptions. Mais en retour, cette fusion des cas individuels a permis le développement d'études et d'essais cliniques fondés sur les grands nombres et l'anonymisation des données, où la survie s'exprime sous forme de pourcentages.

La prévention était également très présente dans la médecine ancienne dont le but était de conserver la santé, avant que de guérir la maladie. La précaution s'est exprimée très tôt dans un adage célèbre : *primum non nocere*. Aujourd'hui, le principe de précaution, présenté parfois comme le raffinement suprême de la science moderne, peut aussi bien être compris comme aveu de l'inadéquation persistante de nos connaissances sur les rapports du microcosme et du macrocosme, déjouées par l'inventivité du monde vivant.

Epistémologiquement incorrecte. Il s'agit en fait de concepts profondément hétérogènes, inscrits dans des conjonctures différentes qui rendent délicat leur alignement en perspective. La prévention n'est-elle pas, par exemple, dissociable en multiples niveaux qui trahissent cette hétérogénéité? Prévision, prévention, précaution, autant de modalités de notre rapport au temps et à la mort, qui peuvent se composer diversement, sans garantie aucune qu'ambitionnant d'entrer dans le Conseil divin, nous appréhendions pour autant le meilleur des mondes possible.

* * * * *

Jeudi 3 mars

Histoire et Anthropologie

9h00 – 12h30, Auditorio

Président : **Antonio GUERCI**, Professeur, Dipartimento di Scienze Antropologiche, Università di Genova.

Vincent BARRAS, Professeur, Directeur de l'Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.

'Le pronostic hippocratique'

Le pronostic, dans la lecture qu'en ont donnée certains de ses interprètes depuis la fin du XIXe siècle, possède une place de premier choix dans le système médical hippocratique. Dans cette perspective, il ne serait pas injustifié d'en parler comme d'une réussite scientifique majeure de la médecine, à l'époque où "l'anatomie a fait si peu de progrès, où l'étude des fonctions est dans l'enfance, où l'anatomie pathologique n'existe pas, où le diagnostic différentiel est privé de ses éléments les plus précieux" (E. Littré). C'est dans la mesure où - et en raison du fait que - le pronostic issu d'une médecine "primitive" a retenu l'attention de notre médecine "moderne" que l'on se propose de décrire et d'évaluer cette technique médicale ancienne, complexe et diversifiée, consistant à inscrire le rapport qui réunit malade et soignant au sein d'une temporalité particulière (où l'on peut voir affleurer aussi la référence à la prophétie du devin), et conférant à ses acteurs un rôle social particulier. On tentera aussi, à son tour, de voir si et comment cette enquête historique permet de constituer un point de vue à partir duquel il serait permis de réfléchir aux divers usages de la prévision et à la prédiction dans la médecine contemporaine.

Marc BERTHOD, Anthropologue, Department of Anthropology, Graduate Center, City University of New York.

'Incertitude, confiance en soi et croyance en matière de divination'

Est-ce que les voyants, les médiums et autres devins croient à ce qu'ils disent et prédisent ? Dans les sociétés industrielles où l'activité divinatoire n'est pas légitimée institutionnellement, poser cette question permet de focaliser l'attention sur la place que ces personnes accordent à leurs propres doutes lorsqu'elles endossent la responsabilité d'interpréter le passé, le présent ou le futur de leurs clients.

En me basant sur une recherche de terrain menée en Suisse romande entre 1997 et 2003, j'expose dans ma communication le processus par lequel ces personnes sont amenées à interpréter leur parcours de vie en termes ésotériques pour devenir des praticiens de la divination. Je centre ainsi ma réflexion sur la façon dont elles relisent leurs expériences de la souffrance, de la maladie ou du deuil pour gagner suffisamment confiance en elles et se présenter comme 'voyants' dans l'espace public. Elles peuvent alors agir conformément à cette étiquette, ce qui sous-entend recevoir des informations en provenance d'une 'autre dimension', d'un 'cher disparu' ou d'un 'guide spirituel'.

Je montre toutefois que cette seule relecture biographique ne suffit généralement pas aux voyants pour prétendre bénéficier d'un 'don' et vaincre les incertitudes qu'ils nourrissent à l'égard de leurs prédictions. Ce n'est qu'au travers des séances divinatoires – lors desquelles les intuitions sont constamment mises à l'épreuve – que leurs doutes peuvent momentanément disparaître. Je défends par conséquent l'idée que les voyants, dans leurs tentatives de réordonner des vécus individuels ou collectifs, cherchent à expérimenter un sentiment de 'communion' qui rendrait leurs croyances plus consistantes et plus intenses.

Sofiane BOUDHIBA, Professeure de Démographie, Université de Tunis.

'La «Baraka» en milieu pauvre urbain en Tunisie : passé, présent, futur'

Depuis l'accession de la Tunisie à l'indépendance et la modernisation de la société, l'accès aux soins a profondément changé et l'offre de soins sanitaires a été améliorée, mettant à la portée des plus démunis une infrastructure médicale moderne et des compétences humaines de haut niveau.

Cette étude examine la « Baraka », don de prévoir la maladie, la prévenir et la guérir. Elle s'appuie sur les résultats d'une enquête que j'ai menée personnellement de septembre 2003 à juin 2004 sur un échantillon de 320 ménages défavorisés vivant en milieu urbain, et qui a révélé un penchant certain pour la consultation des ensorceleurs (*hejjêb*), des sorciers (*sahar*), ou tout autre personnage réputé avoir le don de guérir (*Baraka*). Ce type de recours permettrait de prévoir, prévenir et guérir tous les maux, même les plus fantaisistes, tels que le mauvais œil (*el ain*), le mal de la chouette ou le placenta à l'envers.

J'ai choisi comme cadre d'étude le milieu urbain pauvre, pour deux raisons : d'abord, c'est dans les périmètres urbains que l'information est généralement la plus fiable. Par ailleurs, le milieu urbain pauvre constitue en Tunisie un véritable « laboratoire » d'études anthropo-démographiques, étant à la croisée des chemins entre, d'une part, un monde urbain moderne et bien informé, et de l'autre, un monde socio-économiquement défavorisé dans lequel les traditions restent encore profondément ancrées.

Ma réflexion s'articulera autour de trois grandes parties : d'abord, je ferai brièvement l'inventaire des possibilités de recours thérapeutiques existant actuellement en milieu urbain et accessibles aux populations défavorisées. Ensuite, j'essaierai de tracer l'itinéraire thérapeutique en milieu urbain populaire, en me basant sur les résultats de mon enquête, et montrant l'importance du concept de « Baraka ». Enfin, j'essaierai de présenter quelques éléments d'explication à cette stratégie sanitaire particulière adoptée par la population urbaine défavorisée. Ce sera également l'occasion de mener une réflexion en termes de perspectives.

Maria TEXEIRA, Anthropologue, Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

'Divination et changement social chez les Manjak'

La majorité des Manjak de Guinée-Bissau pratique une religion du terroir où plusieurs types de divinations coexistent. L'infortune étant rarement considérée comme naturelle, lorsqu'une personne — généralement adulte — décède, un rituel est organisé pour connaître la cause de la mort.

Dans le cadre de cette communication, je présenterai une analyse de ces interrogations qui visent à appréhender les circonstances qui ont provoqué un décès. Lorsqu'une cause sorcière est révélée, le mort interrogé indique le rituel nécessaire pour éviter que l'infortune ne se répande au sein de la parenté ainsi que l'autel contre-sorcier qui devra l'accomplir. Ces autels sont aussi consultés en cas de décès — notamment d'un enfant — pour obtenir une explication. Ainsi rituels d'interrogation du mort et les autels contre-sorciers sont parfois complémentaires. Des membres de la famille endeuillée peuvent profiter d'une interrogation où de nombreux parents sont présents pour exposer et tenter de régler des conflits familiaux, ce qui provoque soit leur résolution soit leur envenimement. Ce rituel répond également à d'autres nécessités en tenant lieu de divination collective pour l'ensemble des participants. En effet, le mort n'appartient plus tout à fait au monde des vivants, et pas encore totalement au monde des morts, mais il se trouve dans un stade intermédiaire qui lui permet cependant de percevoir ce qui est caché et de le révéler aux hommes. Chacun essaye alors de régler ses problèmes personnels ou de se dédouaner devant ses parents.

En analysant le contenu de ces différents systèmes mantiques et thérapeutiques nous pouvons observer la multiplicité des valeurs et des dynamiques sociales dans cette société en changement. Malaises, doutes, espoirs et souffrances s'y expriment. Le diagnostic divinatoire et les mesures préconisées qui en découlent sont le résultat d'une négociation entre devins et consultants mais aussi avec l'entourage présent au cours de la divination ou bien entre les membres d'une même famille lors d'une interrogation de mort. Ainsi, la divination devient un des moments où les valeurs et les règles de la société sont redéfinies et les problèmes contemporains discutés.

Michèle CROS, Professeure, Ethnologue, Université Lumière, Lyon 2.

'La marchandisation de la prévention. A propos des Alacitas en Bolivie'

Il est ici question d'un marché d'objets en miniature, appelé Alacitas, qui se tient chaque année à la Paz et dont on observe aujourd'hui une diffusion généralisée dans toute la Bolivie.

Cette diffusion a déjà été analysée comme un élément d'un procès de recomposition dynamique des ressources culturelles permettant de penser et d'influer rituellement sur les facteurs anonymes et aléatoires du marché qui définissent les chances, individuelles et familiales d'initier ou de confirmer un processus de mobilité sociale pour de vastes couches urbaines boliviennes (M. Cros & D. Dory, 2004). Cette diffusion peut également s'interpréter en termes de marchandisation de la prévention de l'infortune.

Ceci se donne clairement à voir dans les changements qui affectent les objets vendus et achetés aux Alacitas, lorsque les produits agricoles et artisanaux traditionnels se voient progressivement remplacés par des produits industriels en miniature, dont beaucoup reproduisent des marchandises fabriquées par des firmes transnationales (voitures, ordinateurs, téléphones portables). L'accès à ces biens, permis par la possession de diplômes ou de passeports autorisant les migrations, ainsi que de la carte VISA - dont les miniatures se trouvent toujours à la disposition des chalands - participe de cette démarche. On assure de la même façon ou presque sa santé moyennant l'achat d'un minuscule panier de provisions, de médicaments, de feuilles de coca, d'un « certificado de buena salud » ou encore d'un étrange « carnet de borracho » où il est précisé qu'il vaut mieux être ivre que malade...

On assiste ici au passage, dans le cadre des croyances et des cultes andins préhispaniques liés à la fertilité, d'une sorte de « protection négative » et collective face aux risques, dangers et incertitudes du présent et de l'avenir à la sollicitation d'une « protection positive » et individualisante dans le but de bénéficier pleinement des attributs d'un certain style de vie urbaine contemporaine en accumulant biens, moyens, fortune, forme et santé, via l'achat et le traitement rituel de ces objets d'Alacitas. Ces diverses miniatures doivent « alimenter » un *Ekeko* ou Dieu de l'abondance, qui affiche une superbe forme, en dépit – ou à cause – de ses mœurs de bon vivant, en tant que grand consommateur de tabac, d'alcool et de coca, consommations plurielles qui conditionnent son efficacité. A noter que l'on peut aujourd'hui aussi acquérir son *Ekeko* sur internet.

Georges GUICHARD, Etudiant, Centre Interdisciplinaire de Recherche sur la Construction Identitaire, Université de la Réunion.

'Divination, pratiques et savoirs en médecine traditionnelle à la Réunion'

Toute culture offre une attitude culturelle universelle face au malheur et à la maladie : la nécessité de connaître ce que le futur réserve. Prédire ou prévoir la maladie peut prendre des formes et des objectifs variables. La finalité des actes et des techniques en cause met en relation le présent, le passé et l'avenir du malade. Par la divination, un guérisseur peut ainsi pronostiquer la maladie et envisager une stratégie pour la combattre.

A la Réunion, la médecine traditionnelle n'échappe pas à cette technique. En faisant appel à l'anthropologie médicale, nous nous sommes intéressés à l'un de ces guérisseurs, qui vit et exerce sa pratique dans le sud de l'île. Nos travaux ont permis de réaliser une mise à jour des connaissances sur le thème de la santé en médecine traditionnelle. Une technique qui coexiste avec la médecine moderne et qui offre aux malades de multiples parcours thérapeutiques à la recherche d'un traitement, ainsi que de nombreuses possibilités en matière de choix de praticiens. Plus particulièrement nous nous sommes intéressés à la question de la transmission du savoir en médecine traditionnelle.

Notre étude nous a conduit à appréhender dans le cadre de la pratique d'un guérisseur, l'usage de la divination par les cartes, qui est une technique culturellement ancrée en médecine traditionnelle à la Réunion. Son utilisation est souvent nécessaire dans la pratique du guérisseur. Les cartes lui permettent de déterminer ou d'identifier le "mal" dont souffre le malade. Si ce "mal" ne peut être facilement identifié, un "tirage" - une divination - plus complexe peut alors mettre en évidence la ou les causes de la maladie, ainsi que le ou les traitements à pourvoir au malade. Ces traitements font alors intervenir, magnétisme, prières, exorcisme, et plantes médicinales.

Ce sont ces différents points que nous nous proposons de développer en les rapportant à la dynamique médicale en médecine créole à la Réunion.



Santé Publique et Anthropologie

14h00 – 15h30, Auditorio

Président : **Yannick JAFFRE**, Anthropologue, SHADYC, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille.

Fred PACCAUD, Professeur, Directeur de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Faculté de Biologie et Médecine, Université de Lausanne.

'Santé publique et médecine prédictive'

Prédire est une tâche essentielle de la médecine de santé publique. Cette prédiction concerne cependant des mécanismes de groupe, c'est-à-dire relevant de l'épidémiologie. Celle-ci vise à quantifier les relations entre la distribution des maladies et les facteurs susceptibles de déterminer cette distribution. Et l'utilisation des indicateurs épidémiologiques permet de prédire l'apparition des épidémies et d'identifier les stratégies aptes à les contrôler. Dans cette perspective, la prévision en santé publique est loin de la médecine prédictive, au sens où le but de cette dernière est une prévision à l'usage d'un individu. Il est probable, en revanche, que la médecine prédictive modifie l'évolution de la santé publique de deux façons au moins. D'une part, les facteurs identifiés par la médecine prédictive (génétiques par exemple) enrichiront la liste des déterminants des maladies et amélioreront la qualité des prédictions en santé publique. D'autre part, la médecine prédictive est susceptible d'individualiser les stratégies préventives, alors que celles-ci ont été et sont principalement collectives.

Raymond MASSE, Professeur, Directeur du Département d'Anthropologie, Université Laval, Québec.

'Incertitude et précaution face aux modélisations mathématiques en épidémiologie prédictive'

Tant la gestion des systèmes de santé que les programmes de prévention et de promotion de la santé en appellent à des données probantes pour légitimer leurs actions.

Le mandat implicite accordé à une «evidence-based preventive medicine» en est un de justification «objective» de l'identification des facteurs de risque et des populations à risque. L'épidémiologie comportementale en quête de modèles de prédiction de l'exposition des individus aux facteurs de risque illustre cet intérêt marqué pour la prédiction. Pour ce faire, elle s'évertuera à identifier les «croyances», «attitudes», ou «valeurs», éléments de culture souvent réduits à l'état de variables décontextualisées, pour les intégrer dans des «modèles de prédiction» des comportements et habitudes à risque. Je rappellerai ici les grandes lignes des prétentions des modèles tels ceux de l'action raisonnée, de l'action planifiée ou du «health belief model» qui tiennent toujours une place importante dans la gestion de la prévention dans le monde anglo-saxon, mais aussi en Europe. Toutefois, les enjeux dépassent largement ceux liés à l'inefficacité relative de ces modèles, principalement aux vues de l'ampleur des fonds publics de recherche qui y sont consacrés. Dans cette communication, je mettrai l'accent sur trois de ces enjeux fondamentaux.

Le premier est lié à la réduction du sens opérée par les impératifs de quantification et de décontextualisation des comportements et des habitudes de vie concernées. La mesure des «croyances» et des «attitudes» (face au tabac, aux préservatifs, au sport, etc.) via des échelles de type likert et la reconstruction de «valeurs» culturelles par la simple sommation de scores, est un pré-requis pour la modélisation mathématique. Toutefois, l'absence d'une analyse en profondeur de l'ancrage des comportements humains dans les représentations sociales ou les idéologies (religieuses, de genre) risque de conduire à une décontextualisation des pratiques sociales difficilement irréductibles à des variables domesticables dans des modèles de prédiction. Ce réductionnisme de sens découlant d'une modélisation mathématique de la prédiction des comportements risque d'alimenter une déshumanisation, une désocialisation et, surtout, une dépolitisation du regard posé sur les «comportements à risques». Une telle «fétichisation» des modèles de prédiction de ces comportements peut-elle être associée à une forme de divination?

Le second enjeu, est lié au postulat de la rationalité de l'agir humain, sur lequel repose cette épidémiologie prédictive. Les chercheurs ont ici une obligation de contrebalancer les prétentions d'une rationalité purement utilitariste par l'analyse d'une rationalité pratique fondée autant en valeur qu'en finalité.

Le troisième enjeu, de nature plus proprement éthique, est lié au mirage de la certitude elle-même. Les interventions préventives et curatives doivent évoluer à la confluence entre le respect d'un principe d'incertitude et le devoir de précaution, sans pour autant succomber aux risques d'un scepticisme, voire d'un nihilisme, démobilisateurs.

La prédiction de la maladie prend donc des formes parfois obsessionnelles en santé publique. L'anthropologie se doit d'en mettre à jour les risques de dérapage en termes éthiques, de réduction du sens et de désengagement sociopolitique.

Michèle PROULX, Stagiaire post-doctorale, Équipe sur le médicament comme objet social et Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention, Université de Montréal.

'Le doute et le risque comme dimensions pénétrantes du raisonnement critique chez le patient contemporain'

Depuis la seconde guerre mondiale, les sociétés occidentales ont connu des investissements publics majeurs, ayant permis d'améliorer de façon spectaculaire l'état de santé des populations. Cela se constate notamment par une réduction de la mortalité infantile et maternelle, de la morbidité associée aux maladies infectieuses et à la malnutrition, pour ne nommer que ces quelques causes. Ces grandes avancées ont fait en sorte que le monde contemporain est plus sûr qu'il ne l'a jamais été.

Cependant, malgré ces progrès significatifs, les propriétés et l'ampleur des risques contemporains s'imposent désormais avec force à l'esprit des individus, des groupes et des populations. La science, notamment, se heurte à elle-même et à ses conséquences. Elle n'est plus en mesure de proposer de solides évidences qui seraient entérinées par la communauté scientifique dans son ensemble, mais au contraire, elle est amenée à produire une diversité de résultats, souvent contradictoires. Les individus sont ainsi devenus sceptiques à l'égard de la science et de la médecine moderne, d'autant qu'ils sont à même de constater les échecs largement médiatisés de thérapies ou de technologies au départ prometteuses.

Dans le cadre de cette communication, nous montrerons, à partir des résultats d'une étude qualitative conduite au Québec (1998-2000), dans quelle mesure le doute et le risque constituent des dimensions structurantes de la prise irrégulière de médicaments antihypertenseurs chez les participants. Le doute se situe en effet au cœur de la trame explicative chez certains d'entre eux, et ne paraît pas sans lien avec les situations particulières que soulève l'HTA en matière d'action médicale. Il apparaît que cette action s'inscrit dans un processus d'anticipation de la maladie, le diagnostic clinique annonçant le risque éventuel de développer des complications cardiovasculaires.

Le risque se situe aussi au cœur de la trame explicative chez d'autres participants, le médicament prenant une forme menaçante et dénaturée chez certains, risquant de causer des dommages importants et irréversibles à l'organisme. Certains l'associent à une certaine servitude ou à du poison, soulignant alors son effet potentiellement toxique.

Ces résultats permettent d'envisager que l'incertitude et le risque puissent constituer des dimensions pénétrantes du raisonnement critique chez les individus contemporains et nous renseignent par ailleurs sur les rapports que ces mêmes individus entretiennent avec la médecine moderne et l'expertise. Ce contexte a pour effet de rendre difficile un certain alignement des publics avec la version médicale officielle.



16h00 - 18h00, Session A, Auditorio

Santé Publique et Anthropologie (suite)

Président : **Yannick JAFFRE**, Anthropologue, SHADYC, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille.

Aline SARRADON-ECK, Anthropologue, Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

'Prévoir la maladie cardiovasculaire : l'hypertendu, le médecin généraliste et le risque cardiovasculaire'

Le changement du regard médical sur l'hypertension artérielle depuis un siècle, qui a modifié son statut de maladie (symptomatique puis asymptomatique) pour celui de risque (de morbidité et de mortalité cardiovasculaire), a transformé le statut de l'hypertendu.

Dans un contexte de banalisation de l'hypertension artérielle, en raison de sa fréquence élevée augmentant avec l'âge et parce qu'elle est un état supra-physiologique ne pouvant être défini que par un seuil entre le normal et le pathologique, la personne hypertendue n'est plus un « malade », mais un patient asymptomatique à risque cardiovasculaire qui accepte de se faire surveiller. Cette surveillance se réalise dans une relation duelle entre l'hypertendu et « son » médecin dont le rôle est alors déplacé d'une activité de soins vers une activité d'anticipation de l'avenir du patient.

La communication propose d'étudier la complexité du rapport à la norme, les représentations et l'appréhension du risque cardiovasculaire, et les logiques sous-jacentes au contrôle des facteurs de risque, pour les patients comme pour les médecins, à partir des résultats d'une étude récente (2002-2004) réalisée dans le sud-est de la France auprès de médecins et de personnes hypertendues (enquête réalisée avec la participation de M. Faure et M.A. Blanc, subventionnée par la CNAMTS).

Le contrôle de l'hypertension artérielle en tant que risque cardiovasculaire passe principalement par un traitement hypotenseur. Aussi, c'est autour de la prescription, de l'expérience du traitement et des logiques qui sous-tendent l'auto-régulation des hypotenseurs par les hypertendus que nous avons analysé les représentations du risque et son appréhension.

Les hypertendus se situent entre maladie et santé selon leurs représentations de l'hypertension artérielle qui s'inscrivent dans les représentations sociales de la santé et de la maladie, et selon leur expérience de l'hypertension artérielle et de ses complications (individuelle ou dans l'entourage). Ainsi l'hypertension artérielle sera considérée comme une maladie si elle crée un handicap dans la vie quotidienne ou si elle oblige à prendre un médicament, ou ne sera pas considérée comme une maladie si le médicament permet au corps de « fonctionner » (importance de la représentation mécaniste du corps dans ce contexte) et à la personne de remplir son rôle social. Le risque cardiovasculaire est principalement appréhendé comme une menace de handicap physique et social, et il n'est intégré par le patient que s'il est traduit en termes d'expérience subjective et non en probabilité. De plus, la représentation de l'hypertension comme état supra-physiologique banal et normal lorsque le corps vieillit n'inscrit pas l'hypertendu dans un « groupe à risques » lui imposant des conduites préventives spécifiques. Cependant, la représentation symbolique du cœur, organe « noble » à protéger et aussi protecteur, favorise l'adhésion aux médicaments hypotenseurs perçus principalement comme des médicaments pour « protéger le cœur ».

Les médecins généralistes ont des difficultés à penser l'hypertension artérielle comme une maladie (notion de seuil), mais aussi comme un facteur de risque. Le niveau de risque ne sera pas abordé par les généralistes comme le voudraient les « bonnes pratiques », mais selon un ajustement permanent entre la connaissance qu'ils ont du patient et les données de la science. S'ils sont moins normatifs dans leurs pratiques sur le contrôle du risque lui-même (chiffres de la pression artérielle), ils le seront d'avantage sur les moyens de contrôle du risque (observance médicamenteuse), ce qui renvoie à une certaine conception de leur rôle et à leur identité professionnelle, plus qu'à une volonté de maîtriser le risque cardiovasculaire.

Maxime ARMENGAUD, Professeur Emérite, Faculté de Médecine, Université de Toulouse-Pourpan.

'Prévoir et prédire une maladie chez le voyageur. Le défi de la médecine des voyages'

La médecine des voyages est une discipline médicale récente dont l'enseignement vient d'être entrepris dans les universités françaises et dans celles de la plupart des pays d'Europe. Son but est de prévenir la maladie au cours d'un voyage et à son retour et, à l'occasion du voyage, d'améliorer la santé du voyageur. Le centrage de l'enseignement de cette discipline portant actuellement presque exclusivement sur la prévention du paludisme et des maladies prévenues par une vaccination, n'en constitue qu'un des éléments.

En fait, le médecin est formé pour prévenir une maladie, la diagnostiquer si elle survient, puis la traiter. En revanche devant un client voyageur en bonne santé, il est désarmé et a de grandes difficultés à établir un pronostic des risques qu'il encourra, évoluant entre le principe de précaution, la prévention et la législation; la nécessité d'anticiper et d'assurer, d'assumer la gestion collective du probable.

Dès lors, il aura tendance à médicaliser le voyageur, à grossir les dangers qui le guettent, à ne pas tenir compte du coût excessif pour les familles d'une prévention tout azimut; à décourager les candidats au voyage; à donner de la voix pour approuver les Cassandres de tous bords qui décrivent des dangers virtuels avec complaisance. Des exemples abondent en ce sens.

A l'opposé, l'attitude laxiste - qu'il adopte souvent pour lui-même quand il voyage - repose sinon sur la négligence, plus souvent à cause de la méconnaissance exacte des risques dont les principaux sont environnementaux : accidents, traumatisme, noyade, violences, morsures d'animaux, mais aussi, grande chaleur, grand froid, haute altitude, dents de la mer ou encore survenue d'une maladie cosmopolite à l'étranger qu'il aurait aussi bien pu attraper sans bouger de chez lui; beaucoup plus rarement d'ailleurs une maladie dite exotique ou tropicale comme le paludisme. Des obstacles contribuent à rendre difficile la formulation de ses "conseils" : le "tout va bien" des agences de voyage; l'omniprésence de l'informationnel; la "panique" suscitée par les médias et les tutelles à l'occasion d'épidémies comme le SRASS ou la grippe aviaire; la responsabilisation du voyageur lui-même, dont le profil psychologique intervient lourdement dans les comportements et les attitudes; le choix des messages de prévention à faire passer et la bonne façon de les délivrer; l'oubli des aides nécessaires comme une bonne assurance-assistance.

Les solutions à apporter ne sont pas simples et doivent utiliser l'apport des sciences humaines. Des exemples en sont donnés.

Jérôme PRUNEAU, Maître de Conférences, Laboratoire ACTES, UPRES EA 3596, Université des Antilles et de la Guyane.

Sébastien RUFFIE, Laboratoire ACTES, UPRES EA 3596, Université des Antilles et de la Guyane.

'Entre facteur de risque et pratique d'une activité physique et sportive : le paradoxe dans l'itinéraire thérapeutique des malades atteints de la drépanocytose en Guadeloupe'

Le Centre Caribéen de la Drépanocytose de Pointe-à-pitre a été créé en 1990 pour accompagner les quelques sept-cent drépanocytaires suivis en Guadeloupe afin de les aider dans leur quotidien et leur faire comprendre la maladie, pour la devancer et pour éviter ses caprices symptomatiques dont on connaît les facteurs favorisants et déclenchants, tels que les efforts, la déshydratation, la fièvre, l'infection, le stress, l'absorption d'alcool. En cela, prévoir et prédire la maladie, c'est anticiper ses crises, ses effets, ses causes et ses maux. Le corps médical s'y emploie à chaque consultation d'un patient afin de réitérer les bons conseils et les mauvais usages, les bons mots et les mauvais gestes.

Dans cette volonté de prévoir, l'activité physique et sportive s'inscrit dans la catégorie de facteurs à risque et apparaît comme d'un usage délicat et difficile pour les jeunes malades.

Pour certains médecins, elle est même proscrite au point qu'ils dispensent, par mesure de précaution, les enfants des cours d'E.P.S. en leur délivrant un certificat médical de non-aptitude physique.

Pourtant, en suivant les pas de certains malades, un paradoxe émerge : il réside dans le fait que certains d'entre eux pratiquent une activité physique et sportive malgré l'a priori des contre-indications médicales. En quelque sorte, les malades s'inscrivent en partie en faux vis-à-vis des recommandations de l'institution médicale.

Dès lors, la mise en jeu du corps malade et sportif s'offre au regard anthropologique à travers un questionnement multiple : pourquoi le malade pratique-t-il une activité sportive ? Est-ce que cette pratique est consciemment mise en lien avec la connaissance de la maladie ? Comment le malade pratique-t-il ? Autrement dit, élabore-t-il des adaptations dans sa pratique sportive au regard de sa maladie ? Quel rapport la pratique sportive entretient-elle avec l'itinéraire thérapeutique ? Autant de questions qui relèvent de la mise en jeu thérapeutique du corps mais qui se doublent d'une mise en jeu identitaire. En effet, dans quel contexte socio-culturel le malade construit-il son itinéraire thérapeutique et sa pratique sportive ? Comment se dessine son statut paradoxal de « malade sportif » ? Ce statut est-il vécu sous la menace de la stigmatisation ? Est-il vécu par le malade sur un mode identificatoire à l'Autre comme prototype de la normalité ? Plus généralement, le corps du « malade-sportif » est-il le siège d'un entre-deux où s'élabore une négociation permanente pour définir une identité ?

L'ensemble de ces questions est au cœur d'un programme de recherche nouvellement développé à l'université des Antilles et de la Guyane et dont il semble important qu'il soit confronté aux problématiques plus « classiques » de l'anthropologie de la maladie.

Bernard CHERUBINI, Maître de Conférences d'Ethnologie, Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement, Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

'Prévoir la dynamique des actions locales de santé publique : sur la démarche ASV (Ateliers Santé Ville) et l'écologie urbaine'

La relance conjointe des volets santé de la politique de la ville et des actions de prévention au sein des programmes de santé publique (loi de mars 2002) est l'occasion de (re)mobiliser les collectivités, les administrateurs de la santé, les acteurs locaux associatifs et les usagers autour d'objectifs communs de développement social urbain et de promotion de la santé, sur des sites variés qui engagent tout autant les acteurs de la politique de la ville que les acteurs de la politique de santé publique.

Les ASV (Ateliers Santé Ville), lancés à l'initiative de la DIV (Direction Interministérielle à la Ville), constituent dans cette perspective un outil privilégié des politiques publiques en matière de santé et de développement social urbain. Mais leur succès reste mitigé sur le plan local. La prévision et la programmation des actions de santé n'est pas du ressort des acteurs habituels de la politique de la ville, tandis que les acteurs de santé publique manquent cruellement de repères dans les actions entreprises au nom de la maîtrise du développement de la ville et de ses habitants.

L'ASV en tant que lieu de pilotage de la politique de la ville et de la politique de santé constitue à la fois un champ d'observation intéressant, tant pour l'anthropologie appliquée aux politiques de santé que pour l'anthropologie urbaine, et un objet de recherche que l'on pourrait qualifier d'intermédiaire entre l'écologie urbaine et la santé publique. Observer les moyens proposés pour faciliter la mise en place de ces démarches communes est ainsi utile pour apprécier la capacité des acteurs sociaux à se mouvoir dans « l'entre-deux », dans un double registre d'appréhension des faits urbains et des faits de santé.

Le choix de quartiers et de territoires, la dynamique participative engagée autour des questions de santé et des questions urbaines redonnent une vitalité à l'écologie urbaine qui se retrouve mobilisée pour situer à la fois les besoins des populations et la nature des réponses apportées par les différents acteurs en situation. Des exemples pris dans plusieurs villes ou agglomérations françaises serviront d'illustration à nos propos.

* * *

16h00 - 18h00, Session B, sala Balint

La divination en image. Présentation de documents audiovisuels.

Présidente : **Claudie HAXAIRE**, Enseignante-Chercheuse, Département des Sciences Humaines et Sociales, Faculté de Médecine, Université de Brest et CESAMES (UMR 8136 CNRS, Paris V – INSERM-U611).

Bernard TAVERNE, Anthropologue et Médecin, Institut de Recherche pour le Développement, Dakar.

'L'enfant médium dans une technique divinatoire d'inspiration islamique observée en pays Mossi au Burkina Faso'

Les spécialistes de la divination en pays Mossi ont recours à un grand nombre de techniques divinatoires. Le plus souvent, ces techniques sont en rapport étroit avec la cosmologie mossi et accordent un rôle prépondérant aux génies de la brousse (les *kinkirsi*).

En 1996, nous avons eu l'occasion de rencontrer un devin-guérisseur qui nous a exposé et montré les cinq techniques de divinations qu'il utilise habituellement. Parmi celles-ci, il s'en trouve une particulière qui fait intervenir un enfant dans le procédé divinatoire, et qui s'inscrit dans le cadre des usages ésotériques de l'islam. Le film présente cette technique divinatoire peu courante, et montre la place et le rôle de l'enfant dans le procédé. A partir des demandes du consultant, le devin formule des questions qu'il adresse à l'enfant. Ce dernier a pour rôle d'en « voir » les réponses dans une tâche noire d'environ 5 cm de diamètre, située au centre d'un dispositif comportant un ensemble d'inscriptions en écriture arabe faisant référence à l'islam. A partir des images montrant une consultation dans laquelle l'enfant intervient, nous commenterons et discuterons 1/ du rôle de l'enfant dans ce processus et de la nécessaire enculturation de celui-ci dans le fait divinatoire ; 2/ de l'inscription de cette technique dans l'ésotérisme islamique ; 3/ de l'introduction dans la société mossi contemporaine de techniques divinatoires extérieures au système de pensée mossi.

Véronique DUCHESNE, Anthropologue, UMR 8048 CNRS, Ecole Pratique des Hautes Etudes (Systèmes de pensée en Afrique noire).

'Au pays où danse le Kaolin'

Les rituels de possession divinatoires n'ont pas perdu de leur dynamisme dans le contexte africain moderne. Le film entend présenter quelques-uns de ces rituels tels qu'on peut les observer sur les côtes de l'Afrique occidentale, dans l'aire culturelle akan (Côte d'Ivoire et Ghana).

Fin 2001 en Côte d'Ivoire : alors qu'à Abidjan le Président Laurent Gbagbo dirige nouvellement le pays, à Kangandi, se déroulent, comme chaque année, plusieurs rituels de possession orchestrés par des femmes *anyi*. Initiées au culte des Puissances de la nature appelées *boson*, elles ont la charge collective de devin-possédé. Ce film répond à un double objectif : rendre compte à la fois de la structure de ces rituels et de leur fonction sociale. Jouant sur la répétition des rituels, il emprunte sa forme, chronologique, au carnet de bord et, rythmique, à celle d'une partition musicale. Chacune des huit séquences qui le composent est centrée sur un « personnage » différent (femme initiée et entité incarnée). Deux séquences concernent l'initiation qui mène à la fonction de devin-possédé tandis que les autres abordent divers problèmes et enjeux de la possession.

Marc EGROT, Anthropologue et Médecin, Chercheur au Centre National de la Recherche Scientifique (UMR 7043), Université Marc Bloch, Strasbourg.

'Prédire la maladie en pays Mossi avec la divination par la souris'

Parmi les techniques divinatoires diverses utilisées en pays Mossi - dont certaines rapidement montrées en images en guise d'introduction - le film s'intéresse à une technique particulière : la divination par la souris.

Les premières images présentent la cour du devin, le hangar servant de salle d'attente puis le devin avant d'entrer dans la case où se déroulent les séances de divination. Nous assistons alors à la fabrication de la sculpture en sable réalisée chaque matin par le devin et rassemblant plus de trois-cent figures qui servent de lexique divinatoire. Une fois la table divinatoire terminée, le devin invite un consultant à entrer dans la case, lui demande de se présenter, inscrit sur la table divinatoire les informations obtenues, puis récite une incantation divinatoire invitant la souris à venir « parler ». Tout le monde quitte alors la case dont la porte est refermée afin de laisser à la souris le temps d'inscrire ses traces sur le sable. Lorsque le devin constate que la souris « a fini de parler », il revient dans la case accompagné du consultant afin d'interpréter les traces de la souris. Dans ce film, l'énoncé divinatoire va en particulier prédire la survenue d'un malheur.

Cette séance de divination permettra de montrer que la prédiction du devin s'accompagne à la fois de l'élaboration d'une explication causale de l'évènement potentiel établissant un lien avec des évènements présents ou passés, à la fois d'une prescription d'actes prophylactiques permettant d'éviter la survenue du malheur. Le film se terminera sur des images du devin réalisant un sacrifice sur l'un de ses autels pour demander la protection du consultant.

Chiara ALFIERI, Ethnologue, Dipartimento di Scienze Antropologiche, Università degli Studi di Genova.

'Notes sur la divination féminine par le placenta chez les Bobo (Burkina Faso)'

Parmi les nombreux actes qui entourent la naissance d'un enfant en société bobo, qu'il s'agisse d'une naissance dans un centre de santé publique ou dans un village, « l'analyse » ou la « lecture » du placenta, toujours pratiquée, en représente un des moments centraux.

A travers la projection d'une vingtaine de diapositives, nous nous proposons de décrire en détail comment les femmes âgées qui ont reçu le nouveau-né au moment de l'expulsion examinent cette annexe foétale pour déceler et interpréter les éventuelles inscriptions qui y sont gravées. La société bobo, en fait, juge que le double de l'enfant (*mελεκε*) pendant son séjour dans l'au-delà, a établi une sorte de pacte avec Dieu (*Wuro*) et posé les conditions pour sa venue dans le monde.

Dans ce « choix prénatal », le *mελεκε* aurait formulé toute une série de désirs - sexe, caste, clan, durée de la vie, type de mort, objets, etc. - dont certains seraient inscrits sur le placenta. L'interprétation des « signes placentaires » renvoie donc à la demande de l'enfant à son lignage de certains types de tissus confectionnés, selon le sexe, en boubou ou en pagne et considérés comme protecteurs pour l'enfant, notamment et exclusivement dans la sphère relative à la santé. Les signes renvoient à un schéma récurrent où trois types de tissus peuvent être demandés. Il s'agit du *buguni* (beaucoup) qui, par sa couleur, représente la cendre et symbolise l'apaisement dans le lignage, du *kamini* (la pintade, volatile qui joue un rôle central dans la cosmogonie bobo) qui indique que la personne aura une place remarquable au sein de la société, et enfin du *fongwe*, un tissu blanc. La demande d'une bande de ce tissu est interprétée comme un signe d'unité et de richesse à venir pour l'enfant et pour ses proches à travers son entreprise dans la vie.

La négligence ou l'oubli de la part des parents des consignes relatives au port de ces tissus entraînera la maladie chez l'enfant. Dans ce cas, les parents de l'enfant ont recours aux compétences d'un devin qui, à travers une séance divinatoire, indiquera le type de tissus dont l'enfant a besoin. On discutera l'adaptation de ce rituel à la naissance dans les services de soin et aux dynamiques culturelles contemporaines en Afrique.

Maria VIVOD, Doctorante en Ethnologie, UMR 7043, Université Marc Bloch, Strasbourg.

'Biljana – la femme guérisseuse (Vojvodine)'

Le film a été tourné en ex-Yougoslavie, dans la région de la Vojvodine, dans le village de Budisava en février 2000, dix mois après les bombardements de l'Otan sur le pays (printemps 1999). Le sujet du film et l'acteur principal est la guérisseuse Biljana, une ancienne secrétaire de l'école primaire de son village qui s'est consacrée à la vocation de guérisseuse traditionnelle. Biljana parle de sa vocation, de ses dons qui sont « venus de Dieu » et démontre ses activités principales : la divination et la thérapie. Elle explique sa doctrine, sa foi en Dieu et en l'église orthodoxe serbe.

La divination par le plomb ainsi que par les massages sont les techniques qu'elle utilise dans son « cabinet ». Biljana guérit les patients de la maladie de la peur (*strava*), dont le nombre a augmenté depuis les bombardements. Elle utilise le plomb pour diagnostiquer l'existence de la peur dans l'organisme, ou d'un mauvais sort, mais aussi pour prévoir le destin individuel des personnes qui s'adressent à elle.

Biljana emploie plusieurs techniques de massage pour remettre en place l'estomac et la matrice disloquée qui causent la maladie de la *struna*. Ses méthodes sont en même temps divinatoires et thérapeutiques. Les patients de Biljana sont issus de différents groupes d'âge, de toutes les couches sociales et sans égard à l'appartenance ethnique, linguistique ou religieuse, malgré la tension constante entre les différentes communautés.

Claudie HAXAIRE, Enseignante-Chercheuse, Département des Sciences Humaines et Sociales, Faculté de Médecine, Université de Brest et CESAMES (UMR 8136 CNRS, Paris V – INSERM-U611).

'Lire, entendre, voir : modalités de la communication avec l'invisible et pouvoirs en pays Gouro (RCI)'

En pays Gouro (RCI), s'aventurent aux marges du monde de l'invisible, les devins instruits à la lecture des oracles (*mone-do-zan*), les mediums (*zu-zan*) capables d'entendre les ancêtres, les clairvoyants aux yeux retournés (*yue-zi-zan*) qui déjouent les métamorphoses des sorciers (*zoo-munu*). Traverser le miroir n'est pas sans risque. Revenir porteur de cette connaissance sans en être détruit demande d'avoir acquis force et pouvoir, d'être devenu puissant ('fétiche' : *yu*) ou de s'être doté des artefacts fabriqués ou hérités des 'féticheurs' (*yu-kle-zan*). Un même individu peut cumuler toutes ou certaines de ces fonctions : un devin peut se contenter de lire les oracles sans être aussi médium, un médium peut ne pas être clairvoyant, etc. L'analyse des discours de légitimation de médiums montre que ces derniers tiennent leur pouvoir d'un contact avec le monde invisible parfois lors d'une longue errance en brousse qui constitue leur initiation. Pour eux, les objets oraculaires ne sont que les supports d'une communication plus directe avec les ancêtres qu'ils sont à même de soutenir. Mais les danses de divination, rituels qui mettent en jeu un public conséquent, demandent un dispositif plus complexe. Elles peuvent alors se lire comme l'ouverture d'un espace-temps balisé par la circulation d'objets puissants où la danse convoque les ancêtres du public. La mise en place de ce rituel lors des premières danses d'une initiante est particulièrement démonstrative de cette nécessité de protéger le médium, ce que l'outil vidéo permet d'analyser. Il s'agit de neutraliser, sinon de repérer, les êtres de la nuit qui peuvent sévir à la faveur de tout rassemblement, particulièrement lorsque sont mis à jour les désordres de familles suffisamment puissantes, car le coût de ces rituels en font des thérapies de derniers recours que seules ces familles peuvent désormais s'offrir.

Clémentine RAINEAU, Anthropologue, Groupe de Recherche Innovation et Société, Université de Rouen.

'Corps repliés, corps inversés : visions thérapeutiques d'une « médium du corps » auvergnate (France)'

* * * * *

Vendredi 4 mars

Médecine et Anthropologie

9h00 – 12h30, Auditorio

Gérer le probable

Présidente : **Alice DESCLAUX**, Professeure, Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

Sylvie FAINZANG, Anthropologue, Directrice de Recherche, Institut National de Santé et de Recherche Médicale, Centre de Recherche Médecine, Science, Santé et Société, Paris.

'Dire et prédire. Aspects cognitifs et enjeux sociaux du pronostic dans le domaine du cancer'

La nécessité de prévoir et de prédire l'occurrence ou l'évolution de la maladie, tant aux niveaux cognitif ou existentiel que thérapeutique ou préventif, conduit les acteurs à produire des discours et à organiser leurs comportements dans la perspective de l'annonce de cette prévision et ou prédiction. Loin de toute référence à des systèmes de divination, les malades et les médecins agissant au sein des systèmes de santé occidentaux contemporains, ont tout autant affaire à la nécessité ou à la volonté de prévoir ce qui va advenir. Le problème social majeur que pose cette prédiction de nos jours, dans le contexte de ce qu'il est convenu d'appeler la 'démocratie sanitaire' est celui des modalités de partage du savoir induit par cette prévision. Bien que ce savoir – ou ce pré-savoir - reste marqué par un certain degré d'incertitude, les moyens modernes d'investigation lui confèrent une valeur croissante de vérité, dont le traitement fait appel à des mécanismes sociologiques complexes. La question n'est plus tant celle de « dire ou ne pas dire », que de savoir « que dire » et « comment le dire », où se mêlent options éthiques et choix en termes d'efficacité thérapeutique.

Claire JULIAN-REYNIER, Chargée de Recherche, Institut National de Santé et de Recherche Médicale, UMR 379, Marseille.

Pascale BOURRET, Maître de Conférences, Institut National de Santé et de Recherche Médicale, UMR 379, Marseille.

'Prédiction des risques génétiques de cancer : complexités et incertitudes de la communication médicale'

Le développement conjoint des connaissances épidémiologiques et des innovations techniques en génétique a conduit récemment à l'accroissement accéléré des capacités d'identification des risques de maladie dans de nouveaux domaines de la santé. Dans le champ de la cancérologie, ces capacités ont donné lieu depuis la fin des années quatre-vingt, à la mise en place de services médicaux nouveaux : les consultations de génétique du cancer. Leur objectif est d'évaluer le risque de survenue de certains cancers, chez des personnes présentant des antécédents familiaux, notamment pour les cancers du sein et du colon pour lesquels des tests génétiques existent.

Cette évaluation repose sur l'étude de l'arbre généalogique, associée, lorsque cela est indiqué, à la réalisation de tests. Par rapport à ce type de pratiques, les sciences sociales se sont interrogées sur la signification et les conséquences psychologiques et sociales du déplacement de la maladie au risque de maladie. La plupart de ces travaux, cependant, ont tendance à prendre pour acquis la réalité d'une prédiction relativement solide, dans la mesure où elle repose sur le recours à des outils de biologie moléculaire. La complexité biologique sous-jacente et les limites techniques posent actuellement de nombreuses difficultés pour le transfert clinique de ces informations.

Notre communication porte sur la dimension fortement incertaine du risque génétique en cancérologie. Elle prend appui sur un travail de terrain qui inclut des observations et des analyses des pratiques cliniques de génétique du cancer, des enquêtes auprès des consultants et l'observation du fonctionnement d'un réseau national de professionnels impliqués.

Dans une première partie nous présenterons les « risques » et les incertitudes en jeu dans ces consultations : les risques multiples de cancer (primaire ou secondaire), variables selon les organes cibles et l'influence des facteurs de risque, et les risques de prédisposition génétique au cancer pour le patient et ses apparentés. Les capacités techniques d'identifier biologiquement une mutation génétique délétère et les possibilités de dépistage et de prévention de ces tumeurs sont elles aussi associées à de nombreuses incertitudes. Cette complexité contraste de manière saisissante avec les besoins de simplification des messages lors de la communication médecin-malade.

Dans une deuxième partie, nous examinerons la façon dont les professionnels définissent les incertitudes, comment ils introduisent ces incertitudes dans la consultation, et comment des jugements et des décisions cliniques sont élaborés dans ce contexte. Nous montrerons comment ce travail médical particulier est associé à une reconfiguration du patient et à un déplacement de l'expertise médicale du clinicien individuel vers des collectifs bio-cliniques.

Lazare BENAROYO, Professeur, Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.

'Dilemmes éthiques du médecin chercheur en oncologie'

Dans la pratique de l'oncologie, la prise en charge des patients fait habituellement appel à des traitements médicamenteux prodigués dans le cadre d'essais cliniques contrôlés. Cette caractéristique de la pratique oncologique place régulièrement les soignants face à des dilemmes éthiques dans la mesure où la visée éthique du soin individualisé entre habituellement en tension avec la visée éthique communautaire de la recherche : les responsabilités éthiques en jeu sont souvent contradictoires.

Cette contribution propose d'une part de montrer comment s'expriment ces tensions éthiques dans le cadre des structures discursives à l'œuvre dans la procédure du consentement éclairé au traitement, et d'autre part de mettre en lumière les stratégies auxquelles les soignants font appel pour surmonter ces tensions dans un contexte d'incertitude pronostique. Nous nous appuyerons à cet effet sur les récents travaux menés par les anthropologues Mary-Jo Del Vecchio Good et Byron Good, que nous compléterons par des recherches portant sur les caractéristiques spécifiques des structurations temporelles et narratives des discours des soignants et des patients dans la pratique oncologique.

Carla OBERMEYER, Chercheuse, Département VIH, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

'Tester, prévoir et traiter : utilisation et signification des tests pour le VIH'

Les efforts des professionnels de la santé pour accélérer l'accès au traitement et réduire les risques de transmission du VIH ont souvent butté sur les difficultés de généraliser l'usage des tests aux populations qui seraient à risque, et il y aurait une disjonction dans la signification des tests telle que la présentent les programmes et telle qu'elle est interprétée par les individus susceptibles de se faire tester.

Le but de la présentation est d'examiner l'hypothèse de cette disjonction dans la manière de comprendre le test, ce qu'il signifie pour le présent et l'avenir du patient, et ce qu'il implique comme comportements liés au traitement et à la prévention. Ceci sera fait sur la base d'une revue des recherches qui ont été faites sur les tests de VIH dans divers contextes culturels, pour en dégager les thèmes principaux. Les résultats de l'analyse seront eux-mêmes revus dans la perspective de leur signification pour les programmes de Conseil et Test (Counseling and Testing), et ce qu'ils suggèrent pour une meilleure adaptation de ces programmes aux conditions sociales dans lesquelles ils sont exécutés.

Marc EGROT, Anthropologue et Médecin, Chercheur au Centre National de la Recherche Scientifique (UMR 7043), Université Marc Bloch, Strasbourg.

'Prédiction médicale des risques relatifs à une grossesse en contexte d'infection par le VIH'

Avec les possibilités de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH grâce à la prescription de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse, les médecins sont conduits à formuler des prédictions sur les risques relatifs à une éventuelle procréation.

La réduction de la probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant, en passant d'un taux de 20 % à moins de 2 %, va profondément modifier les recommandations et les pratiques médicales sur cette question. Les premières années de la PTME sont marquées par une occultation des risques iatrogènes des médicaments utilisés pour obtenir ce résultat. En 1998, la publication de quelques cas d'enfants atteints d'une pathologie neurologique rapidement létale vient rendre plus difficile la formulation de recommandations. Sollicités par des femmes qui sont en attente d'une aide médicale dans leur décision d'entreprendre ou non leur projet d'enfant, les médecins sont invités à émettre un avis et des conseils qui les obligent à prédire la survenue potentielle de deux complications : l'infection éventuelle de l'enfant par le VIH et une iatrogénicité possible des médicaments prescrits à la mère pendant la grossesse.

Des entretiens menés auprès d'une soixantaine de médecins et l'observation de consultations en France dans les régions Provence-Alpes, Côte d'Azur et Midi-Pyrénées en 1999 et 2000, permettent d'appréhender et d'analyser la construction de la représentation des risques et la manière dont les médecins élaborent leur prédiction.

L'analyse comparée des discours sur la transmission du VIH et l'iatrogénicité des médicaments permet de mettre en évidence les différentes facettes du risque qui participent à la construction de la valeur qui lui est accordée par les médecins. Pour la plupart d'entre eux, cette valeur est indépendante du niveau de risque produit par l'évaluation de la probabilité de survenue de l'évènement.

Les résultats montrent par ailleurs que l'appréhension des risques, et donc le contenu de la prédiction, sont très différents en fonction de la spécialité du médecin et de la place qu'il occupe dans le dispositif de soin. Enfin, cette prédiction se construit également en référence à la responsabilité du médecin lié à la prescription des médicaments.

Eric GAGNON, Chercheur, Centre de santé et de services sociaux, Québec.

Hélène MARCHE, Doctorante en Sociologie, CIRUS-CERS (UMR 5193), Université Toulouse Le Mirail.

'Le temps de la maladie et la construction du soi : les gestions temporelles de la maladie grave'

La maladie grave provoque chez l'individu qui en est atteint une transformation de son identité, dont le rapport au temps est une dimension importante, voire fondamentale. Sa maladie, telle qu'il la perçoit, l'amène en effet à inscrire cette expérience dans sa trajectoire ou sa biographie, à interroger son passé et à se représenter l'avenir, notamment pour comprendre d'où vient la maladie et vers où elle le conduit. La temporalité de la maladie s'articule à son histoire individuelle et sociale, et organise sa conduite : indétermination et réduction de l'avenir, réinterprétation du passé, réorganisation du présent. L'incertitude que provoque la maladie l'engage à mener un « travail de soi », afin de donner un sens à sa trajectoire et de normaliser sa vie de tous les jours.

C'est sur cette temporalité que portera la communication. Dans une perspective anthropologique et sociologique, nous nous demanderons quels sont les modèles culturels ou les significations sociales, en France et au Québec, qui organisent la transformation du soi et balisent le rapport au temps, de manière, sinon à prédire, du moins à anticiper l'évolution de la maladie.

Nous dégagerons, dans un premier temps, les grands paramètres qui guident le malade dans l'interprétation de sa situation et de la maladie. Une sorte de code ou d'éthique guide et organise son expérience, comprenant trois traits principaux : 1/ l'expressivité des sensations; 2/ la singularité de l'expérience; 3/ l'héroïsme face à la maladie. Ces trois traits organisent à la fois l'identité du malade, son interprétation de la maladie et son rapport au temps. Ils sont à la fois de l'ordre explicatif et de l'ordre normatif, puisqu'ils orientent la conduite. D'autre part, la transformation des systèmes de soins (modes de surveillance de la maladie, soins à domicile, responsabilisation des individus) réorganise le temps du soin, de l'aide, et favorise la participation de nouveaux acteurs (dont des bénévoles et l'entourage des malades).

Dans un second temps, nous nous demanderons comment le code auquel les personnes se conforment et leur rapport au temps s'articulent au temps et à l'éthique des personnes qui participent à la prise en charge de la maladie : les soignants, les organisations d'aide et de soin, l'entourage des malades.

Cette communication reposera sur les travaux que nous avons chacun menés depuis plusieurs années sur l'entraide, l'organisation des soins en institution et à domicile et les transformations de l'identité. Notre présentation a été construite à travers l'exemple de l'expérience du cancer. Il reste à déterminer si le code que nous avons mis en évidence se retrouve en entier ou en partie pour d'autres maladies, ce qui permet et limite sa généralisation.



14h00 – 18h00, Session A, Auditorio

Prédire en actes

Président : **Bernard TAVERNE**, Anthropologue et Médecin, Institut de Recherche pour le Développement, Dakar.

Guenda BERNEGGER, Chercheuse, Fond National Suisse de la Recherche Scientifique, Lugano.

Roberto MALACRIDA, Médecin, Servizio di Cure intensive interdisciplinari, Ospedale Regionale di Lugano è Fondazione Sasso Corbaro, Bellinzona.

'Gli indici prognostici in medicina intensiva dai punti di vista clinico e filosofico'

Con questo intervento, intendiamo proporre una riflessione a due voci sul tema della prognosi nel contesto specifico della medicina intensiva. Al centro della nostra comunicazione si colloca la problematizzazione del ruolo giocato dai sistemi di valutazione delle probabilità di morte o di guarigione del paziente attraverso indici prognostici.

Allargando il proprio campo di potere, raffinando cioè le proprie tecniche, la medicina intensiva ha altresì visto accrescersi la necessità di poter prevedere con quanta più precisione possibile le chances di guarigione e i rischi di morte dei propri pazienti, per poter valutare fino a che punto una terapia sia da considerarsi necessaria e appropriata, e a partire da che punto vada invece ritenuta troppo aggressiva. Gli sforzi prognostici si rivelano così essere, nel contesto in questione, prevalentemente finalizzati alle decisioni terapeutiche. Al contempo, essi sono però anche tesi a rispondere alla domanda del malato e dei suoi famigliari circa il *come andrà a finire*.

Si tratterà quindi di analizzare, nel corso del nostro intervento, la specifica modalità di prognosi usata in medicina intensiva, i suoi punti di forza e i limiti, le implicazioni nella pratica terapeutica e nella relazione al malato e ai famigliari.

Emergerà allora come gli strumenti di valutazione di cui si dispone – «scoring sistem» che si appoggiano su variabili prestabilite e standardizzare, in cui la gravità della malattia è solitamente definita come la possibilità di morte durante la degenza ospedaliera – possano fornire unicamente risposte in termini statistici, poco determinanti, in ultima istanza, per decidere dell'opportunità di proseguire o sospendere una terapia. Sapere che il paziente appartiene a un certo gruppo di gravità e, rispettivamente, di sopravvivenza e di guarigione, ancora non offre alcuna conoscenza precisa del destino che gli è riservato. Se l'uso di indici prognostici in medicina intensiva si presenta come una tra le molteplici modalità di previsione attinenti all'ambito della malattia, analogamente a queste altre inscritto in un sistema di interpretazione dei segni di cui solo gli iniziati conoscono linguaggio e regole, tale forma prognostica presenta però – in quanto fondata su criteri statistici – delle caratteristiche singolari che saranno interrogate nel corso del nostro intervento, come pure saranno discussi i problemi che il farne uso comporta.

Emilie LEGRAND, Doctorante, Groupe de Recherche Innovation et Société, Université de Rouen.

'Prévoir et prédire la mort : entre mort attendue et mort programmée'

La mort apparaît comme l'un des tabous majeurs de notre société moderne. Gorer dit d'ailleurs de la mort qu'elle a remplacé le sexe comme interdit majeur.

La terminologie des sociologues, historiens ou anthropologues en témoigne largement. Les uns parlent de "mort interdite" (Ariès), les autres de "mort escamotée" (Illich).

Les progrès médicaux, les avancées scientifiques, tiennent une large part dans ce processus de dénégation, notamment du fait des nouvelles possibilités thérapeutiques et curatives qu'ils offrent. I. Baszanger dit alors qu'à chaque maladie correspond "une cause - un effet - un traitement" : "le traitement doit être suivi d'une guérison que seul le manque de connaissances disponible peut différer mais qui un jour ne pourra qu'être atteinte" (Baszanger, 2002). Les développements majeurs qu'ont connus la médecine et la science ces dernières années offrent incontestablement des possibilités de maintien de la vie là où, vingt ans, dix ans, même cinq ans en arrière, la mort l'aurait emporté.

Ce sont ces questions de "mort interdite", de mort à l'hôpital (puisque désormais 75 pourcents des décès y ont lieu), de mort technique, de mort programmée ou encore de mort escamotée (acharnement thérapeutique, euthanasie, abandon du mourant...) que nous nous proposons de soulever à l'occasion de ce colloque. Ainsi, notre questionnement, à l'heure où la mort apparaît comme une "maladie comme une autre" (Herzlich) s'inscrit dans une double dimension faisant référence à deux travaux en cours.

La première réflexion, liée à un travail de thèse portant sur la fin de vie à l'hôpital et les soins palliatifs, porte sur la question de la mort prévue (caractéristique propre aux soins palliatifs) et notamment sur le travail des soignants confrontés à ces situations où la mort est attendue. Au moins pour les professionnels, puisque ce "contexte de conscience ouvert" est loin d'être toujours observé, contrairement à l'objectif initial des soins palliatifs.

Notre deuxième réflexion, qui s'appuie sur une recherche en cours sur la fin de vie et la mort dans un service de réanimation, s'inscrit dans une réflexion plus globale sur le processus de médicalisation et de technicisation de la fin de vie (dont les soins palliatifs peuvent d'ailleurs être une forme). Plus que jamais le médecin détient une forme de pouvoir sur la vie ou la mort d'autrui. Et d'autant plus dans les services de réanimation, où les progrès techniques de ces dernières années lui confèrent la possibilité non seulement de maintenir artificiellement la vie, mais aussi d'en décider la fin et donc, de la programmer. Je m'appuierai de matériaux empiriques issus de plusieurs mois d'observation et d'une centaine d'entretiens pour présenter quelques-uns des résultats auxquels je suis parvenue.

Bernard CHAMPALOUX, Maître de Conférences, Faculté de Philosophie, Sciences Humaines et Sociales, Université Jules Verne, Picardie.

'Les discours de prédiction autour de l'allergie'

Certaines entités nosographiques donnent, plus que d'autres, matière à des représentations collectives. Les allergies, manifestations aiguës d'une réaction du système immunitaire et à ce titre se prêtant volontiers à la métaphore, sont de celles-là.

L'anthropologie s'intéressant à un tel objet se trouve devant un ensemble complexe dont le premier élément frappant est celui d'une dramatisation contemporaine. Les données apportées par l'épidémiologie, les témoignages de différents médias font état, chez les enfants, d'augmentations de prévalence et de situations souvent délicates et parfois hautement dramatiques puisqu'elles peuvent engager le pronostic vital (allergies alimentaires, crises d'asthme, en particulier).

Dans le cadre du colloque, cette communication cherche en premier lieu à porter un éclairage sur les différents types de prédiction suscités par les allergies de l'enfant selon la place de ceux qui tiennent les discours. On verra ainsi l'épidémiologie, dans le cadre de sa mission de surveillance et d'anticipation, s'interroger sur la ou les causes des augmentations enregistrées, tentant de croiser les données avec de possibles facteurs de risque et au final, faute de certitudes, laissant les cliniciens et les politiques devant des courbes dont la pente ascendante laisse présager des cas de plus en plus nombreux et donne le cadre d'un discours savant de prédiction. On verra aussi les cliniciens, à un plan individuel, essayer de répondre à la question cruciale du pronostic d'une allergie d'un enfant : cette allergie est-elle certaine? Est-elle réellement menaçante? Combien de temps pourra-t-elle encore affecter la vie de cet enfant (et bien évidemment de ses proches) ? On verra enfin, à travers leurs pratiques et leurs discours, se déployer chez les proches des enfants atteints la représentation d'un environnement social menaçant.

En second lieu, il s'agira de dégager une ligne de discours commune aux discours savants et profanes. Cela concerne le thème récurrent de la menace collective. Ces représentations génèrent des pratiques de soins et de préservation ainsi que des discours qui relèvent de la mise en accusation des conditions environnementales contemporaines mais aussi, par certains aspects, de la *prophétie*. Discours à tonalité apocalyptique qui s'appuient sur un sentiment d'incertitude de notre modernité et prédisent une progression inéluctable des allergies dans un environnement difficile à contrôler. Un discours à la fois classique, en ce qu'il reprend des thèmes que les historiens ont déjà relevé en d'autres temps, et renouvelé par des éléments contextuels ainsi que par certaines propositions contemporaines du savoir savant.

Juliette SAKOYAN, Doctorante en Anthropologie, Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

'A la croisée des régimes temporels et des systèmes de sens : la prévision profane du devenir de la maladie en situation migratoire. L'expérience de mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme.'

D'un point de vue médical, à côté des techniques pronostiques déterminant l'occurrence de la maladie existent celles déterminant son devenir et son évolution.

Par ailleurs, à côté du travail pronostique de la maladie élaboré par les soignants quels qu'ils soient, existe celui élaboré par le malade et son entourage, qui puise dans les éléments des divers savoirs rencontrés au cours de l'itinéraire de soins.

Notre communication abordera ce thème de la prévision profane du devenir de la maladie en analysant comment des mères d'origine comorienne ayant un enfant « autiste » articulent des systèmes de sens et divers régimes temporels pour penser ce diagnostic. En effet, si la prévision « technique » se limite volontairement à énoncer un pronostic « objectif » probable, la prévision profane, en revanche, est confrontée à une multiplicité de registres temporels : celui de la répétition des soins et des recours ; celui orienté vers le passé à travers l'introspection que proposent des techniques psychologiques ; celui de l'incertitude de la prise en charge et d'un impossible traitement qui construit un futur « en point de suspension » ; celui de l'attente et de l'espoir qui fait que chaque tentative d'explication de la maladie inscrit le sujet dans une temporalité ouverte. Cette quête de sens, parce qu'elle mobilise divers systèmes d'interprétation de la maladie et parce qu'elle évolue entre la société d'accueil et la société d'origine, inscrit les mères dans des temporalités variables, et quelquefois contradictoires, où cohabitent réversibilité et irréversibilité du temps.

Enfin, un dernier registre temporel est celui de la migration qui se voit ré-agencée par l'intrusion de la maladie chronique. Nous tenterons, en illustrant ces divers registres, de décrire le pronostic du point de vue des mères des patients, et de montrer comment ces matrices interprétatives permettent de comprendre comment sont « reçues » les propositions médicales.

Soizic NOEL-BOURGOIS, Doctorante en Ethno-anthropologie, Institut de Recherches Sociologiques et Anthropologiques – Centre de Recherche sur l'Imaginaire, Université Paul Valéry, Montpellier III.

'Discours et souffrance des exclus de la transfusion sanguine'

Cette communication est inspirée de mon enquête auprès des donneurs de sang bénévoles, dans le cadre de ma thèse intitulée : *Magie et mythes au pays de la biotechnologie. Le sang et sa représentation mentale « ici et maintenant »*.

Alors que l'acte de transfuser devenait presque anodin, intégré comme une possibilité thérapeutique au même titre que n'importe quelle perfusion, le Sida est arrivé. Avec son lot de représentations religieuses et morales, il a faussé les habituels repères du risque admissible dans tout acte médical. Le fameux « principe de précaution » qui s'est mis en place après l'affaire du sang contaminé, afin de dédouaner les politiques du fameux « responsable mais pas coupable », a obligé les médecins à exclure de la transfusion des personnes dites à risque, alors même que ce risque ne pouvait pas encore être objectivé. Le fameux temps de latence du terrible virus a rendu aveugles, pour quelque temps, ces lecteurs de l'Invisible, ces fils de Pasteur, les obligeant à prendre des décisions sans avoir en main toutes les données objectives permettant de rendre pertinents ces choix. Il se trouve qu'être un donneur de sang est un acte loin d'être anodin, un engagement qui va au-delà du quart d'heure nécessité par le don. Ces possibles donneurs exclus se voient basculer du pur vers l'impur, du généreux vers le dangereux, du normal vers l'anormal, sans l'accompagnement qu'il faudrait peut-être mettre en place. J'exposerai quelques exemples des discours recueillis auprès de ces personnes, des risques qu'ils peuvent introduire au niveau de la sécurisation des culots dans une quête identitaire, une recherche de *resacralisation* de type initiatique qui, si elle n'est pas prise en compte, peut entraîner des lendemains qui déchantent au niveau des Centres de transfusion. L'hématologie symbolique, si bien étudiée par Michèle Cros, ne saurait être l'apanage des sociétés dites exotiques. Nos sociétés dites modernes continuent à construire ces différents niveaux de représentation du corps qui ont déjà traversé notre histoire, les réadaptant à notre vocabulaire scientifique, à nos nouvelles façons de travailler, à notre nouvelle façon de vivre et de communiquer. Ces quelques exemples pourront l'illustrer et peut-être éclairer les médecins sur cet Autre qu'est le donneur.

Doris BONNET, Anthropologue, Institut de Recherches pour le Développement, Paris.

'Perceptions du diagnostic prénatal de la drépanocytose chez les migrantes africaines'

Cette communication se consacre à la perception d'une biotechnologie contemporaine - le diagnostic pré-natal (DPN) – d'une maladie génétique appelée drépanocytose, à laquelle sont confrontées les migrantes africaines en Ile de France.

La drépanocytose est une maladie rarement révélée en Afrique. La mise en place de services d'hématologie dans les mégapoles africaines permet, depuis peu, d'identifier les drépanocytaires qui sont hospitalisés à l'occasion d'une crise douloureuse ou d'une forte anémie. Les femmes immigrées qui n'ont pas été dépistées dans leur pays d'origine sont donc susceptibles d'apprendre à la naissance d'un premier enfant en France qu'elles sont drépanocytaires. Le dépistage néonatal de la drépanocytose est, en effet, effectué en France depuis 1990 chez les bébés dont les parents sont issus d'une région du monde affectée par cette anomalie génétique. L'annonce de la maladie représente donc un choc psychologique pour de nombreuses familles qui sont conduites à "réaménager" leurs représentations de l'hérédité, à reconsidérer pour certaines d'entre elles leurs projets matrimoniaux et familiaux, et de fait, à repenser leur avenir dans un nouveau contexte socio-médical.

L'enquête a été menée dans un service de pédiatrie à l'hôpital Necker Enfants-Malades durant près de deux années, dans une consultation de pédiatrie spécialisée en hématologie. L'étude du diagnostic pré-natal permet d'explorer deux problèmes consécutifs aux effets du prédictif.

D'une part, un changement de paradigme dans le rapport au corps médical et dans le projet parental : intervention de l'institution médicale dans le choix de la descendance contrairement au pays d'origine, pratique de l'IVG alors que les patientes viennent de pays où celle-ci est interdite, soit passage d'une "expérience culturelle" de la médecine à une autre. D'autre part, une individuation, voire une autonomisation de la décision de la femme : rapport au médecin parfois plus déterminant que le rapport conjugal, mise à l'écart du conjoint ou rejet de l'institution pour éviter un conflit conjugal, etc.

Dans ce contexte, la femme migrante drépanocytaire, au moment de décider d'une IMG par consentement individuel, vit dans son corps toutes les mesures normatives et émancipatrices du corps social. Cette technique qui se situe pour les parents dans l'ordre du prédictif, et pour les médecins, dans l'ordre de la prévention, pose aussi la question du rapport entre des valeurs universelles (comment anticiper le malheur) et des valeurs socio-culturelles particulières (politiques sanitaires et de population différentes). L'objet de la communication est de présenter cette enquête et de faire valoir ces points de convergence et de rupture.



14h00 – 18h00, Session B, sala Balint

Usages sociaux du prévoir et du prédire

Président : **Tullio SEPELLI**, Professeur, Direttore dell'Istituto di Etnologia e Antropologia culturale, Facoltà di Lettere e filosofia dell'Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli, Perugia.

Christophe PERREY, Anthropologue, Groupe de Travail en Ethique et Philosophie des Sciences, Collège de France et Association pour l'aide à la Médecine Préventive, Paris.

'La génétique de prédispositions aux maladies infectieuses : quels types de prédictions pour quels usages sociaux ?'

En prenant comme point de départ l'analyse d'un programme de recherche mené en Guyane française par l'unité d'épidémiologie des virus oncogènes de l'Institut Pasteur ainsi que les travaux menés par des laboratoires partenaires, je m'interroge sur les apports - possibles, actuels ou à venir - en terme de santé publique, d'une discipline émergente : la génétique de prédisposition aux maladies infectieuses.

Les premiers résultats concernant différentes pathologies comme la tuberculose, la lèpre, le sarcome de Kaposi, la leucémie liée au virus HTLV, tendent à montrer qu'il existe une réceptivité différentielle à ces agents microbiens et aux maladies associées imputables à certains gènes qu'il est possible désormais de caractériser. Même si les prédictions que de tels travaux autorisent restent d'ordre probabilistes, elles pourraient être de nature à orienter et cibler les politiques nationales de prévention.

Présentée comme évidente et immédiate par les scientifiques concernés lorsqu'ils souhaitent accéder à des sources de financement, l'articulation entre recherche fondamentale et action de santé publique dans ce domaine est cependant plus complexe et problématique lorsqu'on prend la peine d'observer quelques situations concrètes. Elle est dépendante, à la fois de la nature des résultats obtenus (force de l'association statistique, niveau de preuve) mais aussi des logiques d'acteurs.

En l'occurrence, un chercheur en épidémiologie ou en génétique est avant tout jugé par son niveau de publication dans des revues internationales. Il aura donc pour priorité de diffuser ses résultats vers sa communauté scientifique de référence et d'appliquer ensuite le plus rapidement possible sa méthode de travail à un autre agent infectieux.

Pour un responsable de politique sanitaire, le dépistage de tels gènes au niveau d'une population représente un investissement humain et financier important dont le rapport coût-efficacité n'est pas forcément favorable. Par ailleurs, d'un point de vue social, désigner un individu, une famille ou un groupe ethnique comme étant à risque à l'égard d'une maladie infectieuse du fait de caractéristiques génétiques est potentiellement stigmatisant. On imagine les difficultés à transmettre une telle information et à en maîtriser les effets.

Pour le moment, l'intérêt majeur de ces travaux réside dans l'amélioration de nos connaissances fondamentales en physiopathologie. La gestion collective du probable reste encore à penser et à mettre en œuvre.

Caroline DESPRES, Médecin et Anthropologue, Groupe d'Etudes et de Recherches en Santé, DIES, Paris.

'Prévenir ou maîtriser son futur : un fatalisme de circonstances ?'

Prévenir constitue une forme d'emprise sur l'existence, une tentative de réduction de la contingence qui vise à apaiser l'angoisse de l'inconnu ou de l'incertitude. Cette tentative de contrôle du futur est liée aux croyances, notamment religieuses, à propos du destin : le futur de l'homme est-il déterminé préalablement ? Peut-il en transformer le cours, ou l'existence n'est-elle que le fruit de hasards qui se succèdent ? Quels effets ont les entreprises de l'homme sur ce qu'il adviendra ?

Le sentiment de pouvoir infléchir le cours des événements par ses actions et ses entreprises est aussi intimement ancré dans l'expérience de vie, concrète de chacun, conditions matérielles mais aussi place dans la société, dans la famille, contexte politique, etc. C'est plus particulièrement ce deuxième aspect qui sera développé dans cet exposé, c'est-à-dire les éléments reliés aux conditions d'existence, aux expériences (plus qu'aux croyances bien qu'il soit artificiel de les distinguer) qui favorisent ou entravent une tentative de maîtriser le cours de l'existence.

Ce sentiment passe par le processus d'individualisation et la construction sociale de la notion d'individu. Le processus d'individualisation s'est développé au fur et à mesure que l'individu sortait d'une relation étroite de dépendances propres aux sociétés holistes (L. Dumont, M. Gauchet, R. Castel). Les sociétés ont généré de nouvelles formes de protection (la propriété privée, la propriété sociale) qui ont remplacé les protections de proximité, ce qui a permis d'accéder à l'indépendance. Cette évolution a provoqué une transformation de la représentation que l'homme se faisait de lui-même. En effet, si le destin « social » de chacun était en partie déterminé dès la naissance, dans les sociétés occidentales, l'homme d'aujourd'hui doit au contraire construire ce destin, ce qui a favorisé une activité d'appropriation de son existence qui relève de la démarche préventive.

L'hypothèse est que le terrain brésilien sur lequel s'appuie cette recherche, constituerait une situation intermédiaire entre les sociétés holistes et les sociétés occidentales individualistes.

Mais si ce contexte est favorable, la démarche préventive n'est pas toujours accessible à tout un chacun (il faut avoir des ressources pour attendre les bénéfices du futur ce que ne permet pas toujours la situation matérielle et économique), ou elle peut sembler vaine, inutile aux personnes qui ont le sentiment que tout leur échappe. Des conditions d'existence difficiles, précaires confinent au fatalisme et la destinée est invoquée quand l'impuissance menace. La position de dominé est aussi un facteur qui n'engage pas à prendre les choses en main, à se sentir acteur de sa propre vie et n'est donc pas propice à une attitude de prévention, qu'elle ait une visée médicale ou hors du champ médical. Nous verrons à travers les expériences et les situations de vie de différents habitants d'un quartier populaire au Brésil, comment celles-ci transforment ce rapport aux contingences, en particulier comment se construit le fatalisme.

Nous nous intéresserons à la place de la propriété qui est un des facteurs du processus d'individualisation, et donc d'appropriation de sa propre existence, permettant de sortir de la dépendance. A l'inverse, nous verrons comment les pratiques assistancielles ou paternalistes s'inscrivant dans un rapport de domination et renforçant la dépendance, ne sont pas propices à une démarche de prévention.

Johanne COLLIN, Professeure, Historienne, Faculté de Pharmacie, Université de Montréal.

'Médicament et reconfiguration de la notion de prévention'

Comment se construisent et cohabitent les pratiques populaires et savantes de gestion de l'incertitude et du risque dans les sociétés occidentales avancées et de quelles logiques sociales relèvent-elles? Quelle place occupe le médicament et comment s'inscrit-il dans la reconfiguration de la notion de prévention et dans le développement de la médecine prédictive? Voilà les questions auxquelles cette communication vise à répondre.

Dans nos sociétés où le temps - à travers son travail sur le corps - devient une donnée incontournable, le médicament occupe une place centrale. Il représente le rempart contre la mort, l'assurance d'un contrôle, d'une certaine prise sur l'évolution de la maladie chronique. Son recours devient alors d'autant plus incontournable qu'il ne fait que traduire, de façon exacerbée, la préoccupation majeure que nourrit l'individu en contexte de modernité avancée, pour sa corporéité, son apparence, son confort et sa santé. L'état de «bien-être» que constitue la nouvelle norme de santé parfaite imposerait également le désir d'atteindre un confort physique, moral, psychologique de tous les instants, le médicament devenant ici un outil, non seulement pour atteindre ce «bien-être», mais pour le maintenir. Et ce d'autant plus que moyens technologiques et développements scientifiques entretiennent à cet égard des espoirs largement véhiculés et soutenus par les processus de légitimation et de reconnaissance des groupes d'experts eux-mêmes. Ainsi, le contexte de la modernité avancée ouvre la porte à une nouvelle conception de la «prévention» où le médicament est fortement investi, traduisant une quête et une confiance à son endroit aussi puissante que l'incertitude et la méfiance qu'il inspire par ailleurs.

Le médicament comme objet technologique préside, en effet, à une certaine reconfiguration de la notion de prévention, en rendant possible l'accroissement de l'indistinction entre confort et santé. Depuis quelques décennies, la définition officielle de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé est passée de «l'absence de maladie» à la notion de «bien-être physique et mental». Le médicament devient ici un outil dont le recours est justifié, tant par l'absence de la maladie, que par son apparition. Le discours sur la prévention, largement repris par l'industrie pharmaceutique, s'appuie désormais, et de plus en plus, sur la notion de risque et sur l'évaluation précise qu'en procure l'épidémiologie. Le risque d'accident vasculaire-cérébral chez les hypertendus, celui d'ostéoporose chez les femmes ménopausées, de dysfonctions érectiles chez les consommateurs d'antidépresseurs, conduisent à l'extension du recours «préventif» au médicament et au développement de la médecine prédictive.

La réflexion sur le médicament comme objet social que permettra de livrer cette communication se fonde sur l'analyse des données qualitatives provenant de plusieurs enquêtes que j'ai conduites sur le recours aux médicaments dans nos sociétés occidentales.

Claire BEAUDEVIN, Doctorante en Anthropologie, Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

'Diagnostic prénatal au Sultanat d'Oman'

Cette communication envisage le «prédire» dans le cadre du diagnostic prénatal, plus spécialement au Sultanat d'Oman.

Ce pays indépendant, situé à la pointe sud-est de la péninsule Arabique, a vécu une intense et rapide phase de développement industriel, sanitaire, social et politique depuis 1970. Cette société arabo-musulmane, dans laquelle la procréation constitue non seulement un devoir mais également un moyen d'existence sociale des femmes, a mis en place, au niveau national, des procédures standards de traitement de l'infertilité, ainsi qu'un suivi standardisé de la grossesse.

Par ailleurs, un fort taux de consanguinité entre époux – dû notamment au mariage préférentiel entre cousins parallèles patrilatéraux, ainsi qu'à l'extrême difficulté administrative des unions avec des étrangers – amène un grand intérêt des autorités locales pour l'étude des pathologies génétiques héréditaires, notamment celles affectant le sang. Le premier laboratoire de dépistage du pays est d'ailleurs sur le point d'ouvrir, se substituant ainsi aux envois de prélèvements vers des hôpitaux parisiens. Dans cette société où se conjuguent une fécondité forte (5 enfants par femme en moyenne) – bien qu'en baisse –, une importance sociale considérable du nombre d'enfants et un plan national d'espacement des naissances âgé de plus de dix ans, les nouvelles techniques et connaissances autour de la maîtrise de la reproduction et de ses aléas sont un enjeu majeur.

Je propose d'aborder les modalités du diagnostic prénatal en premier lieu à travers le cas particulier de l'échographie obstétricale, récemment intégrée dans le système de santé omanais ; d'autre part, seront envisagés les enjeux de l'introduction des technologies génétiques dans le pays. L'échographie et la génétique seront analysées en termes de modalités d'appropriation par les familles, d'impact sur les représentations de l'hérédité et de la filiation, mais également du point de vue de la réglementation gouvernementale.

Bernadette TILLARD, Maître de Conférences, Centre de Recherches Education et Formation, Université de Paris X Nanterre.

'Attentes des pouvoirs publics à l'égard des futurs parents et des parents de jeunes enfants'

Les attentes des pouvoirs publics en matière d'éducation des enfants en vue de la préservation de leur santé sont nombreuses et les politiques déployées de longues dates signent cette pression sociale s'exerçant à l'égard des familles au travers des questions sanitaires (PMI, suivi médical de la naissance, suivi de la santé de l'enfant durant sa scolarité, etc.). De multiples recommandations sont particulièrement adressées aux parents et futurs parents durant les moments de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Quelles préconisations font l'objet de campagnes de prévention ? Comment sont-elles formulées ?

Ces préoccupations s'inscrivent dans la poursuite de mes travaux anthropologiques sur la naissance (*Des Familles face à la naissance*, L'Harmattan, 2002).

Cette étape exploratoire s'appuiera sur les archives de la revue *La santé de l'homme*, créée en 1942, sous le régime de Vichy. Sa publication s'est poursuivie au-delà de la seconde guerre mondiale. Elle est alors devenue la revue des professionnels de santé chargés des questions de prévention.

Entre 1976 et 2002, elle a été la revue du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) et reste maintenant la revue de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Ces organismes ayant été ou étant chargés de la diffusion des campagnes nationales décidées par le Ministère de la Santé, la revue constitue également une vitrine de l'évolution des politiques en matière d'éducation pour la santé.

L'examen des articles s'adressant aux parents de jeunes enfants et aux futurs parents permet de dégager une évolution des interlocuteurs privilégiés au sein de la famille (mère, parents), mais également une évolution des thèmes et des arguments étayant les recommandations.

Alexandra BINOCHÉ, Pédiatre, Service de réanimation pédiatrique, CHRU, Lille.

'Maladie chronique de l'enfant et technicité au domicile : un espoir sans réponse ?'

Les enfants suivis en nutrition parentérale à domicile (NPAD) souffrent de pathologies de plus en plus lourdes qui justifient des études évaluant la qualité de vie des enfants et de leurs familles.

Notre étude montre de "l'intérieur" ce que vivent les parents et les enfants et souligne que ce ne sont pas uniquement les contraintes liées à la technique qui altèrent la qualité de vie des parents, mais aussi les diverses dimensions de la chronicité de la maladie. Ces maladies ont en effet en commun leur durée, l'incertitude qui les accompagne et la "gestion" nécessaire qu'elles impliquent. L'intrusion de la maladie chronique dans la vie familiale bouleverse les rapports au temps (notamment par l'impossibilité de maintenir des projets pour soi ou pour l'enfant). Les parents soulignent les difficultés à vivre l'incertitude médicale, la façon dont ils vivent l'annonce (du diagnostic, de la chronicité), le manque d'information et la perte d'autonomie sociale. Les adolescents témoignent de difficultés d'insertions professionnelles, des stigmates de leur fatigabilité. Ces maladies et les propositions médicales y afférent se présentent donc comme des croisements entre le temps de la maladie, l'espoir d'un traitement, le présent douloureux et les difficultés de "grandir" tout en étant malade.

Au terme de cette étude nous insistons sur la nécessité d'anticiper les contraintes de ces familles par la réitération des informations, par une ouverture plus grande à leurs questions dans un dispositif de prise en charge qui consisterait en une "aide à la vie".

Saadia RADI, Chercheur, CEDEJ (URA 1165 CNRS), Le Caire.

'Prévoir sans prévenir : l'hépatite C en Egypte'

D'une manière générale, on associe prévision et prévention. C'est ce que nous dit le sens commun, en affirmant qu'un homme averti en vaut deux. Etre prévenu implique généralement de se prémunir. Pourtant, cette relation de causalité entre l'anticipation d'un risque et l'adoption d'une conduite destinée à le prévenir n'est pas une relation nécessaire. Elle dépend des contextes. On peut ainsi avoir affaire à des prévisions dont il est impossible de tenir compte parce que l'on n'a pas les moyens de prévenir les maux qu'elles annoncent. On peut aussi, dans le même ordre d'idées, préférer ne pas en tenir compte, parce que le coût de la prévention l'emporterait sur le coût des maux annoncés. Cette attitude consiste à choisir le moindre des deux maux.

L'hépatite C est connue en Egypte, depuis le début des années quatre-vingt dix. L'épidémie résulte, pour l'essentiel, d'une campagne d'injection contre la bilharziose menée jusque dans les années quatre-vingt, durant laquelle l'usage intensif de seringues contaminées provoqua la diffusion d'une maladie alors inconnue. La particularité de l'hépatite C est, on le sait, de ne se manifester que tardivement, de sorte que l'on peut être très longtemps porteur sain sans se savoir malade.

Ceci explique le temps qui sépare l'origine probable de la maladie de sa manifestation comme problème de santé publique. Au fur et à mesure que l'on prenait conscience de l'importance de l'épidémie, les caractéristiques de l'hépatite C égyptienne se précisaient. Ainsi, il apparut qu'il s'agissait d'un type pour lequel les thérapies communément utilisées en Europe n'était efficaces que dans quarante pour cent des cas. Cette donnée brute a eu - et continue à avoir - deux conséquences sur les relations entre prévision et prévention : l'une formelle et l'autre pratique. La conséquence formelle est que la prévention devient déterminante, puisque les chances de guérison sont inférieures à plus de la moitié des cas. La conséquence pratique est que les autorités sanitaires ont du mal à adopter une attitude en phase avec cette conséquence formelle.

* * * * *

Samedi 5 mars

Médecine et Prédiction

9h00 - 12h00, Auditorio

Président : **Graziano MARTIGNONI**, Psychiatre, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Lugano, et Faculté de Lettres et Philosophie, Université de Fribourg,

Catherine DEKEUWER, Doctorante en Philosophie, Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, Paris I Panthéon Sorbonne.

'Sur quelques raisons historiques de l'ambiguïté de « prédire » en médecine prédictive'

On peut trouver deux types de définitions de la médecine prédictive. Le premier met l'accent sur le moyen de prédire : l'analyse des caractéristiques génétiques. Dans cette perspective, le diagnostic d'une bêta thalassémie pour un fœtus est une pratique de médecine prédictive. Le second met l'accent sur l'objet de la prédiction : les maladies multifactorielles. Sont alors exclues des champs de la médecine prédictive l'annonce d'une trisomie 21, d'une myopathie ou d'une thalassémie.

Jacques Ruffié, dans *La naissance de la médecine prédictive* (1993), distingue les termes « prévoir » et « prédire ». Il réserve la prédiction au cas des maladies qui dépendent à la fois des facteurs génétiques, mais également des facteurs environnementaux. La prédiction est alors conçue comme étant nécessairement probabiliste, parce que l'enchaînement causal qui expose tel individu prédisposé génétiquement à un virus ou à une bactérie ne peut être prévu.

Par opposition, les maladies génétiques déjà constituées au niveau simplement moléculaire et que l'on peut diagnostiquer chez un fœtus sont exclues du champ de la prédiction. Il s'agit, selon Ruffié, de prévision qui peut être certaine. Pourtant, malgré cette distinction, on continue à utiliser l'expression de « médecine prédictive » pour désigner le diagnostic des maladies génétiques, que celles-ci soient monogéniques ou multifactorielles.

Le but de mon exposé est de proposer une explication historique du maintien de cette ambiguïté de la définition de la médecine prédictive. La naissance de la médecine prédictive en France (Jean Dausset, 1972) dans le cadre des travaux immunologiques sur les notions de terrain et de susceptibilité a posé les bases d'une analyse statistique d'association entre allèles et risque de maladies. Pourtant, les succès rencontrés dans le cadre du Projet Génome Humain, comme la localisation et le clonage du gène de la mucoviscidose, ont amené les scientifiques à concevoir le gène comme cause de la maladie. Mais si un gène ou un allèle du gène est cause, et non pas simplement facteur, de la maladie, alors la prédiction semble devenir prévision. L'engagement des chercheurs dans le Projet Génome Humain a donc conduit à un élargissement du concept de médecine prédictive. De cette explication historique, je voudrais tirer quelques caractéristiques des notions de prédiction et de risque qui ont été au cœur de l'élaboration de pratiques médicales.

Emilio Di MARIA, Médecin, Dipartimento di neuroscienze, Sezione di Genetica Medica, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Genova.

'Da Cassandra a Tiresia: lo sviluppo dei test predittivi per malattie neurodegenerative geneticamente determinate'

Gli sviluppi della genetica molecolare hanno permesso di estendere il campo della previsione a molte malattie genetiche.

L'introduzione dei test predittivi nelle forme familiari di malattie neurodegenerative a esordio tardivo, e in particolare nella corea di Huntington, ha svelato alcuni temi cruciali della medicina predittiva: il diritto a non sapere, il ruolo del consulente nel processo decisionale, le dinamiche familiari e sociali che condizionano la scelta. Ma le domande sottese a qualunque procedura di test predittivo sono: che cosa possiamo prevedere circa la comparsa della malattia e il suo decorso, con quale attendibilità e confidenza? In quale misura il consulente è in grado di cogliere il bisogno e rispondere alle domande delle persone a rischio genetico?

Il protocollo di consulenza genetica originariamente sviluppato per il test presintomatico per corea di Huntington, grazie a linee guida riconosciute e un'esperienza internazionale condivisa, ha fornito una base solida per proporre test predittivi in altre patologie dell'adulto geneticamente determinate. Peraltro, lo scenario deterministico, almeno in termini di comparsa di malattia, che si può proporre per la corea di Huntington, deve essere rivisto e aggiornato per altre patologie neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer. Il valore predittivo globalmente minore relativo ai test per queste malattie, geneticamente eterogenee e frequenti nella popolazione, impone ulteriori considerazioni circa l'appropriatezza delle procedure e il tipo di servizio e di struttura che deve essere garantito alle persone a rischio che richiedano il test.

François ANSERMET, Professeur, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.

Pierre MAGISTRETTI, Professeur, Institut de Physiologie, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.

'La plasticité neuronale : vers une détermination de l'imprévisible ?'

Le concept de plasticité neuronale bouleverse notre appréciation des fonctions cérébrales.

En effet les découvertes récentes des neurosciences démontrent que les connections entre les neurones, appelées synapses, sont en permanence modifiées par l'expérience, prise sous différentes formes. Cette plasticité neuronale modifie l'efficacité du transfert d'informations au niveau des synapses. La plasticité synaptique est médiée par des mécanismes moléculaires et cellulaires spécifiques qui affectent la signalisation et l'excitabilité neuronales, l'expression de gènes et même la structure cellulaire.

Une autre manière de formuler ces évidences proposées par les neurosciences est de considérer que l'expérience laisse une trace dans les circuits neuronaux. On postule actuellement que les ensembles de neurones au niveau desquels ces traces sont constituées par l'expérience à travers les mécanismes de la plasticité, constituent les corrélats neurobiologiques des représentations que nous établissons à partir du monde externe. Au cours du temps et à travers de nouvelles associations entre les éléments de ces ensembles de neurones, une représentation interne du monde externe est générée. Une partie de cette représentation est consciente, ou peut être rappelée à la conscience ; mais il est vraisemblable qu'une partie des représentations internes demeure au niveau inconscient.

Cette réalité interne inconsciente générée à partir du monde extérieur par la plasticité synaptique est déterminée par l'expérience. Elle est donc unique à chaque sujet, devenant ainsi un élément déterminant de l'individualité. De plus, comme cela a été reformulé récemment par Antonio Damasio à partir des hypothèses du psychologue américain William James, des réponses somatiques sont associées à la perception, et en particulier aux perceptions qui laissent une trace dans le réseau neuronal. Dès lors, les états somatiques associés aux traces laissées dans le réseau neuronal par l'expérience se révèlent comme étant tout aussi déterminants pour la constitution et l'expression de la réalité interne inconsciente.

Ainsi, des mécanismes universaux comme ceux de la plasticité neuronale contribuent à la constitution d'une réalité interne qui est unique à chacun et qui est un déterminant fort de l'individualité. A partir de ces faits émerge une notion à priori paradoxale, à savoir la détermination de l'imprévisible.

Le concept de plasticité neuronale comme propriété intrinsèque d'un cerveau en devenir met en question le modèle même de la causalité dans le déterminisme et amène à mettre en contrepoint de l'idée de développement celle d'un devenir imprédictible et unique à chacun.

Session de Clôture

Jean BENOIST, Professeur Emérite, Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

'Conclusions et perspectives'

* * * * *

Posters

Carine BAXERRES, Doctorante en Anthropologie, Centre d'Etudes Africaines, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

Jean-Yves Le HESRAN, Médecin épidémiologiste, UR 10, Institut de Recherche pour le Développement, Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Pharmacie, Paris V.

'Le marché parallèle du médicament peut-il favoriser des pratiques d'anticipation et de prévention du paludisme ? Réflexions à partir d'une zone rurale en pays Sereer au Sénégal'

Ce travail a pour ambition de décrire le marché parallèle du médicament (bio-médical) en milieu rural au Sénégal (son organisation, ses fonctions, etc.), à la lumière de la question de la prévention et de l'anticipation des maladies. L'objectif est d'interroger le rôle que peut jouer ce marché auprès des populations en matière de prévention et plus particulièrement en ce qui concerne une pathologie spécifique : le paludisme.

Cette réflexion se base sur une étude menée en 2001, durant les 3 mois de l'hivernage, et durant laquelle nous avons réalisé des observations directes et participantes « in situ » ainsi que des entretiens semi-directifs et informels auprès des différents acteurs du marché parallèle d'une région rurale en pays Sereer (la zone de Niakhar). Il existe, dans cette région, une multiplicité d'acteurs du marché parallèle du médicament. Nous les avons regroupés en quatre catégories idéales-typiques qui touchent les populations à différents niveaux : les boutiquiers, les vendeurs dans les marchés hebdomadaires, les marchands ambulants qui circulent dans et entre les villages ainsi que les personnes qui en font le commerce à leur domicile. Les médicaments proviennent de quatre grands centres d'approvisionnement que nous avons identifiés sans pouvoir toutefois en remonter les filières. Loin d'être informel, ce marché parallèle est très organisé et répond à un fonctionnement précis. Par le biais des différents acteurs de la vente, les médicaments s'avèrent être d'une grande accessibilité géographique, financière et culturelle pour les populations (peu cher, vente au détail, proximité sociale et géographique des vendeurs), ce qui pourrait favoriser les pratiques d'anticipation des maladies.

Cependant, concernant les traitements du paludisme, il s'avère que ni l'offre ni la demande de médicaments sur le marché parallèle ne favorise la prévention de cette pathologie. En effet, la grande majorité des vendeurs ne dispose que de sept médicaments qui peuvent se regrouper en trois classes - antibiotiques, anti-inflammatoires, anti-pyrétiques - et dont, contre toute attente, les antipaludiques ne font pas partie. Seuls quelques vendeurs spécialisés exclusivement dans la pharmacie en proposent.

Les représentations populaires du paludisme ne coïncident pas avec la représentation biomédicale de cette pathologie ; elles ne favorisent pas la mise en place de pratiques de prévention et poussent les populations, en matière de soins curatifs, à se tourner vers d'autres médicaments que les antipaludiques. Ainsi est développée une automédication centrée sur les sept médicaments les plus vendus, alors qu'aucun d'entre eux n'est efficace contre le paludisme.

(Poster enrichi par un reportage photographique réalisé par Arnaud Luce, photographe indépendant)

Guenda BERNEGGER, Chercheuse, Fond National Suisse de la Recherche Scientifique et Centro Franz Fanon, Torino.

Andrea RABALLO, Psichiatre, Dipartimento di neuroscienze, Facoltà di Medicina, Università di Parma.

'Sospetto e presagio : prassi divinatoria e intimità del probabile. Le figure dell'ipocondria e del Praecox Gefühl'

Il presente intervento propone una riflessione sulla diade *presagio-divinazione* nel suo venire alla luce e comporsi sullo sfondo dello sguardo medicalmente orientato. Nella duplicità della sua genesi, che riconosce sia un'impronta sacrale-sacerdotale (affine alla mantica augurale e alla sua ricerca destinale) sia una opzione probabilistico-indiziaria (cui è demandata la complessa strategia semiotica di risalita dagli effetti sintomatici visibili all'ordine inapparente delle cause), l' "occhio clinico" reca ancora la tensione irrisolta e circolarmente necessaria tra momento intuitivo globalistico e ricostruzione inferenziale; tensione che, a sua volta, per quanto metodologicamente scandita ed occultata per diluizione nella sequenza anamnesi-diagnosi-prognosi, è ancora coglibile in alcune figure paradigmatiche che si incontrano nella pratica medica.

La coppia *presagio-divinazione* costituisce infatti sia il dispositivo attorno a cui si generano alcune forme di esperienza morbosa, quale quella antonomastica dell'*ipocondria*, sia il nucleo pre-discorsivo della diagnosi per intuizione, esemplificata nel *Praecox Gefühl* ("sentimento di schizofrenicità") di Rumke.

L'*ipocondria* è una sorta d'introflessione dell'intenzionalità auto-esperiente che si fa spietatamente scrutinante in una ricerca avida di stigmati morbose e di improbabili assoluzioni diagnostiche, dove la premonizione è sempre in agguato per segnalare nuovi – spesso vaghi ma inconfutabili - indici di malattia. Tutto il registro ipocondriaco si gioca sull'anticipazione catastrofico-pessimistica, dove il prevedere è in realtà un *profetare* preventivo la propria ineludibile dissoluzione morbosa, che si accompagna alla fascinazione per una autentica – vitale – *caccia* al sintomo. Nelle suggestive note di Kafka: "...sotto ogni intenzione si acquatta la malattia come sotto una foglia d'albero. Se tu ti chini per vederla essa si sente scoperta, salta su, quella magra e muta malignità, e invece che schiacciata, vuole essere fecondata da te". (Gesammelte Werke, 1953).

Se l'ipocondria è un modo d'essere che traduce l'apprensione globale di sé come malato ed il tentativo di obiettarne il *sentore*, il *Praecox Gefühl* è ad essa accomunato dal suo statuto di *presentimento* emergente (e talvolta sommergente) che coglie il medico nell'incontro con la psicosi all'esordio. Incontro che per lo più avviene nell'apparentemente elementare (e de-tecnicizzata) neutralità del *hic et nunc* del colloquio psicopatologico.

Proprio perchè radicate nell'ineffabilità della *premonizione*, nell'elusività del *presagio* che tenta di affermarsi "confermandosi" nel registro della certezza diagnostica, esperienza ipocondriaca e "sentimento di schizofrenicità" sembrano insistere sulla problematica strategia di trasformazione del presagio in responso divinatorio ed offrono una suggestiva possibilità di analisi di alcuni aspetti fondativo dello sguardo medico.

Jacques BRANDIBAS, Psychologue, Centre Interdisciplinaire de Recherche sur la Construction Identitaire, Université de la Réunion.

'Du désordre psychique à la divination et au soin réunionnais : actualité d'une pratique thérapeutique'

Voilà huit ans que nous avons développé avec l'équipe de soin et recherche en psychothérapie transculturelle une approche thérapeutique qui reste originale dans les îles de l'océan Indien et à l'écart des courants actuels d'une psychiatrie qui prépare elle aussi sa mondialisation. Cette consultation jouit d'une certaine reconnaissance par les instances universitaires réunionnaises et nombreux sont les travaux développés par les étudiants en psychologie appartenant à diverses universités françaises (la Réunion, Paris VIII, Paris X, Lyon II, Bordeaux, Toulouse) autour de la consultation. Au cours de cette période, trois thèses en psychologie ont d'ailleurs été soutenues par les responsables de l'équipe.

En nous fondant sur le principe de charité développé par Quine, nous supposons que les croyances de ceux dont nous interprétons le langage et les états mentaux sont non contradictoires, rationnelles et tenues pour vraies. Ce principe qui gouverne toute conversation ordinaire et qui est une condition *sine qua non* de toute interprétation des croyances et des actions des personnes, est largement appliqué dans la psychothérapie transculturelle telle que nous la concevons.

La Réunion, comme chacun sait, se caractérise à la fois par l'omniprésence du Sacré et la diversité originelle de conceptions de l'univers qui ont plus ou moins tendance à se rapprocher. Cette diversité a contribué, et J. Benoist l'a magistralement montré, à l'édification de dispositifs thérapeutiques qui, tous, ont en commun de soigner des pathologies psychologiques réunionnaises dont l'insistance s'articule autour de la notion de faute et de l'insistance des morts. La participation à des soins traditionnels dans un dispositif thérapeutique de type « shamanique » d'inspiration malgache et hindoue réunionnaise montre une certaine convergence dans l'approche diagnostique et thérapeutique.

La divination y occupe une place de choix. Elle est un passage obligé d'un soin qui se déroule en cinq étapes. Tous les dispositifs thérapeutiques y ont recours. Elle déplace le patient au temporel : du présent dans le passé puis dans le futur. En permettant, grâce à la transe qu'elle induit souvent chez le patient, à l'esprit possesseur de s'exprimer, elle le déplace le temps du rite, de la dimension profane dans la dimension sacrée. Ce ballet bien rôdé, ces divers mouvements imprimés non seulement par le guérisseur, son groupe et la famille du patient, mais aussi par la force des objets thérapeutiques, sont souvent capables de modifier le rapport du patient à son désordre et à son univers. Ce soin individuel et groupal est partagé. Il contribue à (re)construire des patients angoissés, traumatisés ou déprimés. Les désordres et les soins nous ont souvent fait penser à ceux dispensés dans des situations de crise ou de stress aigu, comme si les désordres réunionnais ressortaient d'étiologies de la frayeur et de l'envahissement de l'espace psychique.

Les différentes étapes de cette thérapeutique extractive paraissent contribuer, chacune à sa manière, au renforcement d'un espace psychique trop exposé à la désintégration. La prise en charge de ces aspects du désordre et de la souffrance humaine par les thérapeutes locaux contribue, acte après acte, à façonner et à construire une personne réunionnaise. Dans ce contexte, les psychothérapeutes de formation euro-culturelle auraient beaucoup à gagner à s'intéresser davantage à l'analyse que font les Réunionnais des désordres qui les affectent et aux implications des soins qu'ils mettent en œuvre.

'Dieu lui a posé les paroles sur la langue'

1/ Présentation du témoin :

A Jérémie, dit la Bible, « Dieu lui a posé les paroles sur la langue ». Et aussi à Moïse, « Dieu lui a posé les paroles sur la langue qu'est-ce qu'il doit faire ».

« Ce n'est pas pour me mettre en valeur, mais c'est comme un don que j'ai reçu du Bon Dieu », ainsi se définit Sylvain Grumbacher, né en 1909 à Dornach dans une petite communauté juive de l'Alsace allemande. Quatre-vingt quinze ans après, il vit toujours là. La synagogue est à l'abandon, mais par respect pour le doyen, quelques Juifs pieux viennent prier à l'oratoire de Dornach.

2/ Ce don a plusieurs formes

- L'avertissement spontané à des personnes qui mènent une vie malsaine ou la prédiction de maladies mortelles.

- Les massages : trois ou quatre massages successifs qui peuvent amener à la guérison des maladies.

Ce don s'inscrit selon « le bonhomme Grumbacher », comme il aime à se nommer, dans un environnement où la parole, sous certaines formes, peut tuer ou à l'inverse la prière guérir un malade, voire un mourant.

3/ Origine du don

Grumbacher n'a pas été vraiment formé ni initié, mais l'éducation pieuse reçue de sa mère, la fréquentation d'un père à la sensibilité extrême - qui a manifesté parfois lui-même des dons de divination - et la nécessité pour Sylvain de soigner son père, sont à l'origine de ses pratiques.

Cette compétence à soigner son père n'a pas été apprise. Elle vient de la découverte "sur le tas" du métier de boucher, qui fut, par nécessité, celui de son père et aussi de sa mère. C'est au sein de l'armée française vaincue après 1940 qu'il deviendra « infirmier ». Sinon, il ne fera jamais métier de ses compétences thérapeutiques qu'il exerce encore malgré son âge avancé.

4/ Le contexte vu par le témoin

Des récits sur la vie des Juifs au 19^{ème} siècle en Alsace nous proposent des exemples de superstitions - c'est souvent ainsi que les jugent les auteurs qui les relatent. Ces récits ou ces miracles sont fréquents dans la littérature hassidique. Grumbacher connaît ces récits. Il a beaucoup lu depuis trente ans qu'il est retraité de la boucherie. Il a vu aussi que les Juifs pieux rapatriés d'Afrique du Nord vivaient dans un environnement peuplé de saints miraculeux et de diables. Grumbacher avait rencontré un jeune apprenti boucher qui avait, lui, un don de divination sur les bêtes de boucherie. Il a connu autour de lui des cas de guérisons par la prière.

Malheureusement il existe aujourd'hui d'importantes résistances face à ces croyances chez les Juifs, comme un grand déclin des traditions pieuses. C'est une grande contrariété pour Grumbacher. Cet ensemble de phénomènes est à mettre au compte de l'inscription terrestre de la parole divine.

5/ Témoignages secondaires

Je recueille également l'avis de personnes proches, en particulier de celles qui ont assisté aux prédictions funestes de Grumbacher ou qui ont utilisé ses services.

En conclusion : comment le dialogue s'est-il établi entre Grumbacher et moi ? Comment s'est-il mis à parler et comment suis-je devenu capable d'entendre ses récits véritablement "incroyables" si on n'y croit pas ?

C'est forcément difficile à dire pour moi. Pour Grumbacher, le processus lui rappelle son éducation.

Richard de COURCY, Psychologue, Société de l'assurance automobile, Québec.

Johanne LAMBERT, Travailleuse Sociale, Institut de réadaptation en déficience physique, Québec.

'L'utilisation d'un pronostic fonctionnel dans un processus de réadaptation'

La présente présentation propose le modèle du plan d'intervention interdisciplinaire basé sur la formulation d'un pronostic. Ce modèle est utilisé depuis 1997 dans les dix-huit établissements recevant les personnes accidentées de la route et ayant des ententes de service avec la Société de l'assurance automobile du Québec.

Cette approche repose sur une anticipation du potentiel de récupération de la personne afin de favoriser une reprise rapide des habitudes de vie antérieures de la personne. Le pronostic implique une gestion du risque entourant la prévision de ce potentiel. Ainsi l'incertitude associée peut avoir des impacts quant à la responsabilité éthique envers la personne accidentée et l'adéquation des mesures de réadaptation déployées.

1/ Concept de pronostic fonctionnel

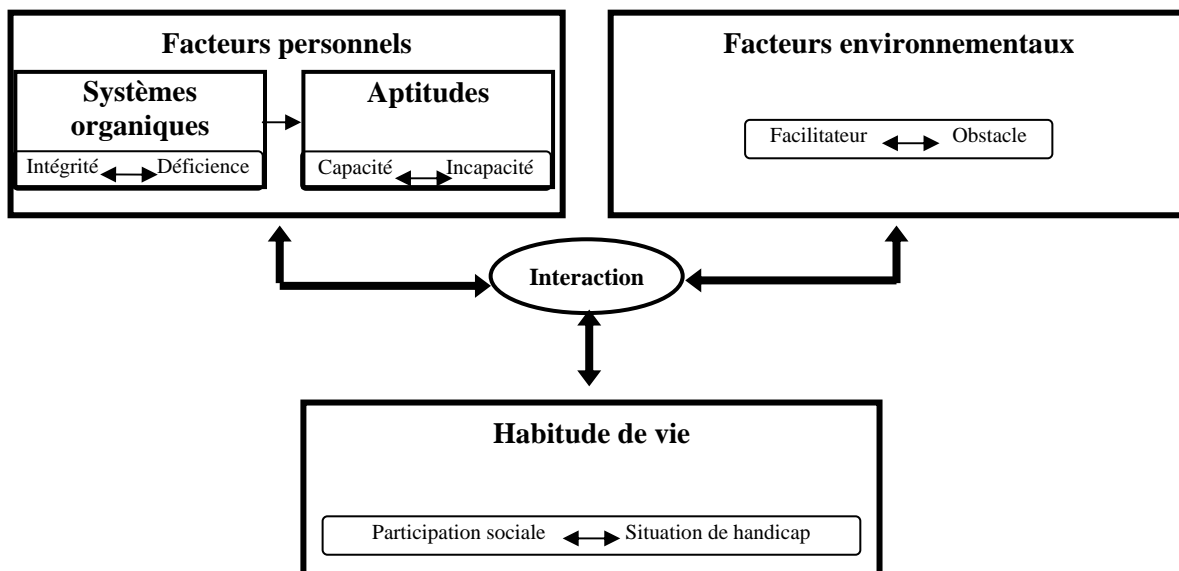
Il s'agit d'une prévision concertée des cliniciens sur le degré probable de réintégration sociale, scolaire ou professionnelle découlant d'un raisonnement appuyé par des évaluations et le jugement clinique des intervenants possédant une expertise clinique reconnue.

Le pronostic fonctionnel se distingue du pronostic médical. En effet, le pronostic médical fournit une appréciation du degré de gravité et de l'évolution ultérieure des blessures incluant leurs issues. Dans le modèle de processus de production du handicap (voir schéma), cette prévision concerne plus spécifiquement les facteurs personnels, soit les déficiences et les incapacités.

Le pronostic fonctionnel s'inscrit plutôt dans un processus de prédiction de l'habitude de vie comme par exemple, la réalisation d'un travail par la victime. Cette prédiction sur la capacité à exercer un emploi doit tenir compte à la fois des facteurs personnels et environnementaux. Par « prévision concertée », nous entendons des activités de cueillette de données, d'analyse et de projection du potentiel de la personne à la fin de sa réadaptation partagées tout au long du processus. Cette « prévision concertée » permet aux cliniciens de s'adapter rapidement et efficacement au changement de la condition autour d'une cible commune et de déterminer les interventions nécessaires.

2/ Fonctions et révision du pronostic fonctionnel

Le pronostic fonctionnel a deux fonctions. Tout d'abord, il s'agit de la finalité envisagée pour la personne accidentée à la fin de son processus de réadaptation (ce que le client devrait faire). L'équipe élabore l'énoncé dès le départ afin de disposer d'une vision globale de la personne à la fin de la réadaptation en ce qui concerne la réalisation des habitudes de vie. D'autre part, le pronostic supporte d'une manière cohérente le choix des objectifs (qui seront poursuivis à court terme avec la personne accidentée (ce que le client fera). Ce pronostic fonctionnel peut donc être confirmé, précisé ou modifié aussi souvent que nécessaire selon les progrès significatifs ou les obstacles observés (exemple : un employeur qui n'est plus intéressé à soutenir le retour à l'emploi de la victime). Il est bien attendu que les modifications au pronostic devront à leur tour avoir un impact sur les objectifs poursuivis incluant le choix des services de réadaptation.



Jacques DUMONT, Maître de Conférences, EA 929 AIHP, Chercheur associé ACTES, Université des Antilles et de la Guyane.
 (Poster présenté par **Jérôme PRUNEAU**, Maître de Conférences, Laboratoire ACTES, UPRES EA 3596, Université des Antilles et de la Guyane)

'Santé et conscription créole au début du XXe siècle',

Les premiers conscrits en provenance des quatre vieilles colonies – Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion - arrivant en métropole à l'automne 1913, sont rapidement confrontés à des problèmes sanitaires. La proportion de malades dépasse largement les moyennes habituelles, au point de susciter une vague de rapports, d'enquêtes et de missions. Les médecins militaires sont amenés à réagir à un phénomène inattendu par son ampleur et face auquel ils semblent démunis.

Comment se construisent, dans cette situation, les éléments de prévention, d'action, de prédiction ? Que se passe-t-il quand la maladie émane d'Autres, différents par leurs origines, leur couleur, leurs coutumes et qui échappent ainsi aux repères médicaux et culturels habituels ?

Dans un premier temps des constats sont dressés qui listent les pathologies les plus fréquentes, fortement liées aux conditions de voyage et de transplantation des jeunes créoles en France. Des explications et des aménagements d'urgence sont proposés. Mais les symptômes glissent rapidement des pathologies avérées à des constats d'inaptitude, voire d'infériorité. Les réponses se déclinent suivant plusieurs axes finalement classiques : rejeter la responsabilité, stigmatiser, exclure. L'ampleur du phénomène nourrit la justification d'une mise à l'écart où peuvent se déployer les préjugés racistes.

Pourtant cette communication ne peut se limiter à considérer les seules réponses médicales. Elle invite à réfléchir à la fluctuation des critères des conseils de révision, écartelés entre les enjeux de reconnaissance, l'impact affectif que représente la conscription dans les vieilles colonies et les normes d'efficacité. Le durcissement des conditions de sélection amène, en retour, un questionnement des députés coloniaux sur la validité des indices de robusticité, sur les critères morphologiques, pensé pour les « Européens » et non pour les populations noires.

Cette étude s'appuie sur un travail d'archives émanant principalement du service des armées. Elle permet de souligner les limites d'adaptation du système de santé militaire face à l'irruption d'un problème sanitaire imprévu et ses résonances.

Roberta RAFFAETA, Doctorante en Anthropologie, Institut d'Anthropologie et de Sociologie, Université de Lausanne.

'Test diagnostici e predizione: il caso dell'allergia'

My research shows how prediction and emergency of allergic diseases are firmly bound together, displaying a cause-effect sequence.

Allergy started to be perceived from the public and from biomedicine as a real problem around '70. Epidemiological data report a dramatic and sudden increase in the emergency of this disease in people born after 1960. Disregarding any crucial environmental change occurring in those years (just a slow and continuous environmental poisoning began much before) to be the cause of a such a extraordinary increase in the emergence of allergy, it appears that such a sudden increase reflects more likely the introduction of an extensive use of diagnostic test, rather than a real physical change. The recent invention in 1905 of the term "allergy", and above all, the discovery of a scientific mechanism of reporting (with the individuation of immunoglobulin E in the 1967), creates the ideal ground where to let flourish the actuality of such disease with a widespread emergency.

Moreover, since the definition of allergy is given, more and more people in the last years accuse to suffer from an allergic disease (often confused with intolerance), even when that is not scientifically proven. From an anthropological point of view, it is the demonstration how allergy is able to fulfil an ideal idiosyncratic meaning, giving a name to pathology or semi-pathology to which biomedicine has not yet given a real answer. Allergy is a disease connecting old contamination fears with the big danger of an environmental catastrophe, reflecting the free floating anxiety, derived from a pluralistic and out of control world and from our incapacity to control the technological side effects. In such a way, the prediction, via definition, of allergy, assured its extensive emergency, reinforced from the social and cultural meaning that allergy accidentally mirrors. A technological prediction, meeting a cultural need of meaning, assured the "success" of allergy.

Clémentine RAINEAU, Anthropologue, Groupe de Recherche Innovation et Société, Université de Rouen.

'Du diagnostic à la médiumnité. Médecins, pharmaciens et guérisseurs en Auvergne (France)'

Les itinéraires thérapeutiques recueillis en Auvergne (France) indiquent une pluralité de recours thérapeutiques, du médecin au magnétiseur, en passant par le rebouteux, le panseur de secret, le micro-kinésithérapeute, etc. Conseils pharmaceutiques, diagnostic et pronostic, voyance et médiumnité articulent et orientent le choix des thérapeutiques. Le foyer des maisonnées est également un lieu de concertations et de décisions thérapeutiques, alliant les connaissances et les expériences antérieures aux informations recueillies dans les courants de la rumeur - adresses, recommandations assorties de récits, renommées.

Nous proposons de présenter l'agencement de ces recours communs. Ils laisseront apparaître les pratiques de prédiction engagées dans le cabinet - du médecin, du magnétiseur professionnel, etc. - ainsi que dans les boutiques - du pharmacien, de l'herboriste, du marchand de bien-être - des distributeurs. Les pratiques de prédictions révèlent des représentations plurielles du corps et du monde, intimement articulées aux actes thérapeutiques.

Viviane SEIGNEUR, Enseignante-Chercheuse, Groupe de Recherche Innovation et Société, Université de Rouen et Université de Savoie.

'Prédire le mal aigu des montagnes'

Le mal aigu des montagnes (MAM) est une maladie que l'on a étudiée chez les grimpeurs. Elle est peu prévisible, méconnue et survient en altitude. L'Aconcagua, sommet de 6'962m., espace d'aventure d'une population cosmopolite, dévoile diverses façons, plus ou moins heureuses, de s'accommoder de ce risque.

Ainsi, la mortalité due à l'altitude est 10 fois supérieure sur la voie normale à ce qu'elle est sur l'autre itinéraire très fréquenté. L'explication spontanée est que cette voie, plus facile, attire des grimpeurs inexpérimentés. Mais notre approche, associant observations de terrain et production statistique, permet de fournir une autre explication : la mortalité restant relativement stable sur les deux voies en fonction des nationalités, la variabilité du taux de mortalité dépendrait surtout du type de « culture de l'altitude ». Deux points saillants rendent compte d'une ligne de partage entre ces « cultures » : l'acceptabilité de l'incertitude et du recours à la médecine.

Un premier pôle admet une incertitude irréductible que le grimpeur doit assumer lui-même car la valeur du grimpeur décroît avec les aides externes (humaines ou matérielles). L'incertitude est donc acceptable et le recours à la médecine, comme tout autre recours, est plutôt disqualifiant. C'est ce que l'on nomme un alpinisme « de style » dans le sens où l'esthétique du dénuement est primordiale.

L'autre pôle introduit un alpinisme « positif » dans la mesure où il fonctionne largement sur le mythe de la réduction de l'incertitude par la science et la technique. L'incertitude n'est plus acceptable et le recours à la médecine est alors favorisé.

La différence de fréquentation des tentes médicales mises à la disposition du public sur les deux sites semble confirmer notre thèse : l'espace médical de la voie normale reçoit huit pourcents des grimpeurs contre seulement deux pourcents sur l'autre voie. Les consultations sont aussi différentes. La tente médicale de la voie normale est largement sollicitée comme « caution » pour poursuivre l'ascension alors que l'autre ignore ce phénomène.

En outre, le service médical, conscient de la surmortalité sur la voie normale, organise une consultation consistant à faire un test à l'aide d'un oxymètre (sans valeur prédictive) mais qui servira globalement à dissuader les candidats. Cette posture nous paraît discutable parce qu'elle entretient un mythe positif qui semble être largement à l'origine de la surmortalité.

Ekkehard SCHROEDER, Société Européenne d'Ethnopharmacologie, AGEM-curare, Allemagne.

'50 années d'étapes vers une anthropologie médicale professionnelle dans les pays de langue allemande : l'état actuel'

Catherine THEVENON, Psychiatre, EPSM Lille-Métropole.

Isabelle DANSET, Médecin, EPSM Lille-Métropole.

'Formation en santé communautaire à la prévention du suicide (Tourcoing)'

A Tourcoing, un grand nombre de sujets présentant un état de souffrance psychique et un risque suicidaire, s'adresse directement aux professionnels dit de première ligne (éducateurs, assistants sociaux, mission locale, CCAS, éducation nationale, etc.). Compte tenu des difficultés pour ces professionnels à répondre adéquatement à ces personnes en souffrance, une large opération de formation a été entreprise depuis 1999 avec pour objectifs d'améliorer la capacité des professionnels à prévoir le risque suicidaire et de créer du lien avec les professionnels de la santé mentale du territoire. Le projet a associé sur la ville, l'équipe de santé mentale, les élus, les collectivités territoriales et les partenaires associatifs. A cinq ans de distance, les auteurs discutent de la possibilité et de l'intérêt d'un partage du savoir médical vers des partenaires non médicaux. Ils présentent également le projet d'évaluation de l'effet sur les professionnels et les usagers de l'action.

