Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

86 | 2012
86

Epilogue au colloque de Brest, un moment fort d'anthropologie innovante

Colloque Amades de Brest - Anthropologie, innovations techniques et
dynamiques sociales dans le domaine de la santé. 10-12 mai 2012

Anne Marie Moulin

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1422>

DOI : 10.4000/amades.1422

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 2012

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Anne Marie Moulin, « Epilogue au colloque de Brest, un moment fort d'anthropologie innovante », *Bulletin Amades* [En ligne], 86 | 2012, mis en ligne le 16 juin 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1422> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1422>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Epilogue au colloque de Brest, un moment fort d'anthropologie innovante

Colloque Amades de Brest - Anthropologie, innovations techniques et dynamiques sociales dans le domaine de la santé. 10-12 mai 2012

Anne Marie Moulin

- 1 En guise de synthèse, je voudrais dire le moment fort d'anthropologie innovante qu'a représenté le colloque d'AMADES à Brest en mai 2012. L'examen de l'innovation d'un point de vue anthropologique me paraît particulièrement pertinent, de mon double point de vue de médecin et de philosophe, puisqu'il est largement admis d'une part, que la science progresse en innovant, et que c'est ce que les sociétés attendent d'elle, et que l'innovation est en même temps facteur de trouble et de perturbation profonde, comme j'essaierai de le montrer, pour des raisons à la fois épistémologiques et métaphysiques.
- 2 La question de l'innovation est en effet fichée au cœur de l'évolution de la science médicale. Les instances médicales ont adhéré fortement au paradigme « recherche et innovation ». Ce paradigme qui domine actuellement l'ensemble des sciences au nom de l'idéologie du progrès correspond à l'espoir, largement partagé par tous, d'une amélioration du diagnostic et de la thérapeutique. Il répond aussi à la demande incessante de l'industrie pour renouveler son offre de produits sur le marché et conserver ou élargir sa part de ce marché.
- 3 La domination de ce paradigme en médecine se traduit par la floraison continue d'études cliniques randomisées pour étayer les modes nouveaux de consommation médicale. L'accélération du rythme des innovations et du renouvellement des techniques suscite cependant des réactions fortement ambivalentes dans les populations, en particulier du Sud, comme je le constate dans mon enseignement à l'université Senghor d'Alexandrie : les populations oscillent entre la crainte de ne pas bénéficier des nouveaux traitements et celle de servir de plateforme expérimentale aux grands lobbys pharmaceutiques qui fournissent à l'institution médicale des produits innovants.

Tandis que les hommes haletants
 Courent à leurs œuvres perverses...,
 disait le poète.

- 4 En choisissant pour son colloque le thème « Anthropologie, innovations techniques et dynamiques sociales » dans le domaine de la santé, Amades a confirmé que l'anthropologie avait rompu ses amarres avec l'étude exclusive de l'exotique et le recueil de « traditions ». Mais alors que le titre disjoignait les techniques d'une part, et les dynamiques sociales d'autre part, les intervenants au colloque ont montré qu'une telle distinction divise ce qui est uni dans la réalité. Ils ont abordé et traité de la même manière, avec les outils des sciences humaines et sociales, toutes les innovations ; innovations proprement techniques (imagerie, robotique, greffes) ; thérapeutiques nouvelles (molécules inédites, vaccins, antibiotiques...), et dispositifs sociaux (*narrative medicine*, recrutement par les pairs pour les essais cliniques, critères de définition des indigents). Le terme d'innovation s'applique donc à de multiples objets, situés dans le domaine de la santé, qui acquièrent ainsi une dignité comparable et requièrent le même examen critique des représentations et des pratiques. Il apparaît d'autre part que les innovations sont en fait des hybrides et associent un élément technique à un dispositif d'insertion sociale, comme les moustiquaires imprégnées, l'asepsie chirurgicale, ou les traitements de masse, qui impliquent des stratégies de communication et d'amélioration de la compliance. En rapprochant techniques médicales innovantes et nouveaux dispositifs sociaux, l'anthropologie de l'innovation suggère ou rappelle, que la biomédecine n'évolue pas isolément mais interfère avec les changements sociaux qui, selon les cas, encouragent les directions dans lesquelles elle s'engage ou au contraire s'y opposent.

De la nécessité d'une anthrohistoire

- 5 L'examen des innovations ou le jeu auquel nous nous sommes livrés, pendant les trois jours du colloque, parce que les innovations sont tournées vers l'avenir, selon une direction unilatérale, impose à l'anthropologie une méthode régressive dans le temps. L'ethnographie des innovations est incitée à un retour réflexif, qui n'est paradoxal qu'en apparence, sur l'Histoire. On peut parler d'une « anthrohistoire », néologisme qui circule dans la communauté académique, en concurrence avec le terme plus ancien d'ethnohistoire. Il signifie l'association de la perspective synchronique et diachronique. Sa portée, plus générale que celle d'ethnohistoire, me semble bien convenir à plusieurs des cas étudiés pendant ces journées.
- 6 Or ce choix de l'anthrohistoire n'est pas sans conséquences et même sans retour de bâton pour l'appréhension de l'innovation. En ouvrant le colloque, Samuel Lézé a d'emblée tourné nos regards vers un passé qui est, par définition, un cimetière d'innovations, en évoquant dans le domaine psychiatrique deux innovations thérapeutiques acclamées de leur temps et qui ont acquis par la suite une réputation détestable : la malariathérapie (infection volontaire par l'agent de la malaria, un *Plasmodium*), et la lobotomie, la première étant supposée guérir la syphilis, et la seconde certaines formes de folie.
- 7 L'anthrohistoire fait ainsi apparaître au travers des nouveautés séductrices les phénomènes de mode et d'engouement qui s'accompagnent volontiers d'un engourdissement du sens critique. Au-delà de pratiques désormais officiellement

honnies, l'anthropologie des innovations passées ouvre un vaste terrain, dont l'approche est évidemment dégrisante par rapport à la célébration des grandes avancées : il suffit, par exemple, de remonter dans le temps, en explorant pour chaque période les certitudes (et les incertitudes) scientifiques, en les confrontant avec les décisions du moment, pour ressentir une certaine inquiétude sur le bien fondé et la rigueur scientifique de l'adoption passée de beaucoup d'innovations, et de l'imbrication des idées scientifiques et de l'évolution des mentalités à un instant donné.

- 8 Un bon exemple, particulièrement frappant, de cette imbrication, est fourni par la greffe d'organes. Née de la collaboration de plusieurs disciplines médicales (chirurgie, physiologie, immunologie, biostatistiques...) cette chirurgie très particulière¹ a eu besoin et a toujours besoin de trouver un véritable ancrage dans la société dont les membres sont autant de potentiels donneurs d'organes. Or ces dernières années, a eu lieu une poussée considérable de la demande, avec l'extension des indications de la transplantation (foie, poumon, pancréas et visage...), le recul des limites d'âge et des restrictions initialement imposées. Cette extension a provoqué ce qu'on appelle couramment une situation de « pénurie »². En France, dans les années 2000, un « retour du donneur vivant » s'est alors produit, dans un pays où le don d'organes vivants était jusque là très minoritaire (inférieur à 5% en 2000).
- 9 Dans le même pays, en effet, quelque vingt ans auparavant, la désaffection à l'égard du don vivant avait résulté des difficultés, signalées par les équipes de greffe, à obtenir le consentement au don des membres de la famille. La démonstration scientifique de l'équivalence des organes de « cadavre » et des organes « vivants » avait étayé cette attitude. Beaucoup d'équipes marquèrent alors, de leur propre aveu, un net soulagement à l'abandon d'une pratique socialement et psychologiquement problématique (interviews à l'hôpital Necker à Paris, à la fin des années 1980).
- 10 Le revirement récent des transplantateurs, entraînant l'augmentation des prélèvements d'organes sur des donneurs vivants, a coïncidé avec une évolution en profondeur de la société vis à vis du don d'organes. Il y a eu transformation des mentalités avec la transition d'une génération à une autre, marquée par une acceptation de la prise de risque (par les donneurs) plus grande qu'auparavant³. Le risque de mortalité, variable en fonction de l'organe, peut être non négligeable pour certaines greffes comme celle du poumon, ce qui n'empêche pas certains transplantateurs de proposer une greffe de deux lobes de poumon chez l'enfant, impliquant comme donneurs le père et la mère, ce qui expose le reste de la fratrie à l'éventualité de devenir orphelins.
- 11 Une pression de la part de la société, en particulier venant des associations en faveur du don d'organe, s'exerce donc sur les donneurs potentiels. Cette nouvelle donne sociale a joué un rôle (indirect ?) dans le revirement des scientifiques. Les épidémiologistes, ont réexaminé ce qu'on appelle les courbes de survie des greffés (comparaison sur le long terme en fonction du type d'organes reçu), pour conclure que le don vivant présentait finalement des avantages, voire jouissait d'une véritable supériorité. Or les courbes de survie des individus ou plutôt des organes greffés, sont des constructions « artéfactuelles », et leur examen peut en fait être biaisé de multiples façons⁴. Je n'entrerai pas dans les détails techniques, mais il est aisé de voir que des considérations psychologiques et sociales ont amené à reposer le problème du choix, en reformulant ses termes, voire ont influencé les positions scientifiques.
- 12 L'anthropologie atteste également que, même dans le cadre d'une science globalisée et standardisée, il subsiste un écart important des pratiques. L'ordre de prélèvement des

organes sur le cadavre, par exemple, n'est pas le même en France et en Angleterre : dans ce dernier pays, le visage, n'étant pas considéré comme un « organe vital » (définition médico-légale) est prélevé en dernier, ce qui influence la fréquence et la qualité du prélèvement, et par conséquent la destinée du greffon.

Les usages de l'innovation dans l'Histoire

- 13 A propos de ce retour à l'Histoire, quelques remarques inspirées de l'usage qu'ont fait les intervenants, de l'innovation comme curseur dans le temps.
- 14 Je noterai au passage l'ancienneté de la revendication des innovations en médecine. A la Renaissance, pourtant marquée par la redécouverte des sciences dans l'Antiquité et le regain de faveur des auteurs anciens, Ambroise Paré plaide fortement en faveur de traitements nouveaux. Il s'appuie sur ce qui lui apparaît comme une évidence, l'émergence, dirait-on aujourd'hui, de pestilences inconnues jusque là, comme la syphilis. Elles imposent, selon lui, de se mettre en quête de traitements spécifiques inédits. Dans le domaine de la chirurgie de guerre, spécialité d'Ambroise Paré, le remplacement des flèches tirées par les archers par des carreaux, lourds projectiles décochés par des arbalètes, on assiste à un changement du type des blessures. Les flèches pénétraient profondément, et il s'agissait de les retirer avec leurs barbes, en évitant de meurtrir les tissus. Les carreaux des arbalètes provoquent des délabrements tissulaires majeurs et plus étendus, et surtout ils sont responsables de la multiplication de ce que nous appelons aujourd'hui des traumatismes crâniens, ou « plaies de tête », qui imposent aux chirurgiens d'explorer une approche nouvelle.
- 15 Le premier acquis de notre colloque, avec ce retour sur le passé, est l'exploration de découvertes qui ont fait leurs preuves, mais aussi de celles qui ont « tourné mal ». Nous avons entendu l'histoire peu glorieuse de la thalidomide et du distilbène, et de la révélation de leur pouvoir tératogène. Ce pouvoir tératogène, pouvant pour le distilbène s'étendre sur plusieurs générations, est maintenant bien connu. Au procès des innovations fâcheuses, le message émouvant des témoins, leur cri « Plus jamais ça ! » nous interpelle, puisqu'il est clair que le procès des molécules délétères est loin d'être achevé, que tout n'a pas été mis au jour dans le passé et surtout que le risque n'a pas disparu. Nous avons ainsi entendu parler de procès en cours, jusque là non aboutis, intentés à propos des perturbateurs endocriniens, présents dans l'alimentation.
- 16 L'anthrohistoire que nous avons écouté suggère encore autre chose : c'est le danger lié de façon récurrente à l'amplification inconsidérée des usages de drogues innovantes. Elles étaient au départ proposées dans des indications limitées, mais celles-ci se sont ensuite considérablement élargies. On a pu ainsi voir le distilbène devenir une sorte de médicament de confort pendant la grossesse, intégré à la trousse familiale, alors que son absence d'effet sur les nausées des femmes enceintes avait été bien documentée.
- 17 Cette fréquente amplification et banalisation de l'usage d'un médicament initialement réservé à des indications précises, peut être bien entendu rapportée aux stratégies de valorisation de l'industrie pharmaceutique. Mais elle reflète aussi une tendance bien connue dans l'histoire de la thérapeutique, qui est la recherche tenace de la panacée par les médecins comme par les malades. La thériaque de l'Antiquité s'est maintenue pendant des siècles pour cette raison. Composée de nombreux éléments dont l'opium et le venin de vipère, la thériaque, sous différentes formes, a subsisté jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, où elle figurait encore dans le Codex. La multiplicité de ses composantes, qui

pouvait atteindre une quinzaine, a contribué à la voir proposer dans des indications multiples et sans cesse renouvelées. Même les « simples », comme *Cordyceps sinensis*, qui a été présentée pendant le colloque, font l'objet d'une multiplication des usages, attestant que le message de la « signature » de la plante a bien été entendu et approfondi.

- 18 Un autre exemple de ce renouvellement incessant des indications est proposé par l'histoire de la circoncision. Pratique venue du fond des âges, la circoncision s'est vu constamment attribuer des effets médicaux favorables, allant de la prévention des troubles de la sexualité et du comportement, à celle du cancer. L'adoption (hâtive) de la circoncision par l'OMS en 2005 comme prophylaxie de l'infection à VIH s'inscrit dans l'histoire picaresque des justifications scientifiques d'une pratique sociale aux multiples déterminants.⁵
- 19 La démultiplication des usages d'une drogue après son introduction sur le marché est un phénomène récurrent, qui ne s'explique pas seulement par l'activisme des lobbys pharmaceutiques. L'innovation cristallise un imaginaire toujours prêt à poursuivre ses rêves autour du thème de la panacée. Combien de molécules oubliées aujourd'hui ont-elles suivi cette spirale avant d'amorcer un déclin ! L'histoire de l'antibiothérapie est riche d'enseignements à cet égard.
- 20 L'histoire de l'Augmentin (composé innovant par l'association de deux molécules, un antibiotique proprement dit, et un inhibiteur de l'enzyme capable de détruire l'antibiotique) est très intéressante. Les infectiologues dans les années 1990 entendaient réserver l'Augmentin aux infections opportunistes chez les malades atteints de sida. La publicité autour de médicament a-t-elle fait sauter les garde-fous ? Toujours est-il que la consommation d'Augmentin s'est rapidement et irréversiblement étendue et a notamment submergé la pédiatrie. En même temps, des molécules oubliées, écartées précocement en raison de leur toxicité, comme la colimycine ou d'autres antibiotiques, éliminés croyait-on sans retour, dans le désarroi entraîné par l'extension des résistances aux antibiotiques, retrouvent de nouvelles indications.
- 21 De façon générale, le développement de la résistance aux antibiotiques mériterait une étude anthropologique de terrain sur leur consommation et les représentations qui lui sont liées. Il existe une intéressante banque de données, contenant toutes les images publicitaires des antibiotiques depuis la pénicilline, qui pourrait faire l'objet d'une exposition. Quel rôle a joué cette image sur la façon dont les antibiotiques ont été lancés, prescrits et discutés par les médecins ? Les propositions pour une réduction de la consommation ont du mal à se traduire dans la réalité, en dépit des communiqués alarmistes des spécialistes et d'une défaveur croissante de l'opinion à l'égard des produits dits « toxiques » de la « chimie » médicale.
- 22 Les effets indésirables de la consommation inconsidérée d'antibiotiques renvoient à l'étude plus générale de la iatrogénie, un néologisme inventé par Ivan Illich (*Némésis médicale*), en 1968, pour désigner les effets fâcheux et contreproductifs de la médecine, à coup sûr un sujet inépuisable. La surveillance épidémiologique, dite encore veille sanitaire⁶, est aujourd'hui l'objet de mesures prises par tous les états européens et son application est confiée à des réseaux associant des praticiens « sentinelles ».
- 23 Or cette surveillance pourrait être appliquée sur le long terme à toute innovation médicale. Les lacunes et les silences de l'histoire à cet égard engendrent des doutes sans fin envers une entreprise médicale qui n'a pas su à temps se préoccuper du suivi de ses procédures. Dans les années 1930, les experts britanniques dénonçaient l'absence

d'enregistrement et d'observation des enfants vaccinés par le BCG en France, dix ans après son introduction. On pourrait citer bien d'autres exemples de cette indifférence liée probablement à la conviction du bien-fondé de la vaccination contre la tuberculose. Une anthrohistoire critique de la vaccination s'impose aujourd'hui, à l'heure où une partie croissante de la population, tend à voir les vaccins comme des substances dangereuses, monopolisées par une mafia pharmaceutique, au nord, y compris en France ou, au sud, comme des outils de stérilisation par des pays occidentaux aux mauvaises intentions. Beaucoup d'autres exemples pourraient être invoqués, pour lesquels l'anthropologie peut contribuer à une réflexion critique⁷.

Le rapport de la médecine et de son histoire

- 24 Notre colloque a donc mis en lumière un point important, la mise en question par l'innovation du rapport de la médecine et des sciences de la santé avec leur propre histoire.
- 25 Ma génération a été marquée par une conception discontinue de l'histoire scientifique, caractérisée par des sauts qualitatifs. Thomas Kuhn disait en anglais dans *The Structure of Scientific Revolutions* ce que Gaston Bachelard⁸ et Georges Canguilhem⁹ avaient énoncé en termes de ruptures épistémologiques.
- 26 L'innovation, pierre d'angle du progrès, est perturbante épistémologiquement. Si elle n'est qu'une variante sur un thème familier elle perd son titre d'innovation, et si elle représente une radicale innovation, est-il possible de l'évaluer sereinement par rapport à l'antériorité ? Mais s'agit-il d'une radicale nouveauté ? L'historiographie consacre beaucoup de temps à la relativiser en invoquant systématiquement les « précurseurs » et signalant les faux départs ou les trajectoires esquissées, bref remet en question la chronologie admise. Comment comprendre la longue attente avant l'orage de la découverte ? La recherche des précurseurs permettant de remonter l'arbre du temps en s'accrochant aux branches supérieures, est un procédé dont Canguilhem a dénoncé vigoureusement l'usage illégitime.
- 27 Le terme d'innovation, qui semblait issu de la révolution industrielle, renvoie en fait à un binôme qui a structuré l'histoire des hommes, l'opposition entre la tradition et la modernité, ou la querelle sans cesse renaissante des Anciens et des Modernes.
- 28 L'innovation a aussi un pouvoir de perturbation, parce que son examen rétrospectif révèle qu'elle est porteuse d'illusion, et que son application (on dirait aujourd'hui son « transfert ») s'est souvent contentée d'une démonstration bâclée ou inachevée, remise à un terme indéfiniment reporté. Ce pouvoir d'illusion est aisément saisissable dans l'exemple des antibiotiques, associés à l'espoir de l'éradication des maladies infectieuses, ou des slogans simplificateurs du type « Un germe, une maladie, un vaccin », lancés au début de la « révolution » microbiologique. L'accrochage de ces trois concepts correspond à une vision floue et on peut même dire erronée de la maladie, de son étiologie et de sa prévention. Le mot d'ordre a néanmoins mobilisé des générations de scientifiques qui ont contribué à étendre le champ des connaissances médicales.

Socio-anthropologie de l'innovation

- 29 Si l'anthropologie s'efforce d'établir la cartographie mentale de l'innovation, la sociologie de l'innovation s'intéresse aux caractéristiques du groupe qui la porte et la promeut, et elle dresse le portrait du réseau qui la diffuse et la consolide. Par exemple, le lancement d'un test génétique nouveau ou d'une recherche de marqueurs tumoraux peut être suivi en établissant le *mapping* des utilisateurs qui s'y rallient. Mais attention, l'exhibition d'un réseau entre des laboratoires et le passage de sites séparés à un ensemble bien structuré, ne sont pas en soi promesse de vérité de l'innovation. Le réseau atteste plutôt de l'efficacité des promoteurs et des managers, de leur stratégie de communication, en rapport avec des phénomènes de mandarinat et de contrôle des pairs par une équipe dominante, d'accaparement des innovations. Il existe même une véritable géopolitique de l'innovation, comme au temps où le vaccin contre la poliomyélite n'était pas le même en deçà et au-delà du rideau de fer. L'innovation marque l'apparition d'objets non humains s'imposant à tous au terme d'un processus de « marketing », aliénant en ce qu'il décourage d'autres formes de prises en charge médicales ou sanitaires. La structuration du champ de la santé se fait au détriment d'autres formes de savoir qui sont marginalisées ou même éliminées.
- 30 Il est bien connu que l'évolution des techniques conduit à la disparition de savoir-faire, et ce n'est pas propre à la médecine. Dans de nombreux métiers, l'arrivée de nouvelles techniques a fait disparaître les « tours de main » jadis valorisés, qui se sont trouvés relégués aux musées des traditions populaires. Par exemple, en cardiologie, plus personne ne sait véritablement ausculter avec finesse. Les bruits du cœur sont recueillis et analysés par un appareil, « le phono », qui a détrôné l'auscultation cardiaque et fait oublier l'oreille humaine. C'est un peu la fin du procédé inventé par Laennec pour explorer l'intérieur du corps. Ceci dit, le phonocardiogramme a élargi le champ réduit de la sémiologie clinique classique, il a permis de confronter des données nouvelles à l'imagerie cardiaque, et de s'interroger sur la nature et la signification de « souffles » dits non organiques, dont la signification n'est pas évidente et le pronostic incertain. Cette marge d'incertitude, souvent associée aux bonds de la technologie (comme dans le cas de l'imagerie médicale) reste source d'inquiétude pour le malade et de perplexité pour le praticien.
- 31 Nous avons ainsi entendu parler en ces trois jours de la déshumanisation induite par l'innovation. Ce désenchantement n'est pas sans rappeler les émeutes qui ont ponctué les étapes de l'industrialisation dans les grandes villes, le mouvement des luddites contre les machines en Angleterre, les réactions des ouvriers des usines d'automobiles à Detroit. Il s'est manifesté plus discrètement dans les laboratoires de biologie. Il a été question au cours d'une communication des réactions des techniciennes de laboratoire dans un laboratoire de microbiologie, lors de l'introduction d'automates plus performants et de l'informatisation des données. Je pense que c'est un sujet important et, autant que je sache, peu exploré. J'ai vécu personnellement un tel épisode, il y a une quinzaine d'années, et peux attester les perturbations induites par la modernisation, subie stoïquement et sans accompagnement psychologique par le personnel. Les perturbations de la routine étaient nombreuses, ne serait-ce que sur le plan ergonomique. Les technicien(ne)s passaient de la station assise sur un siège mobile, permettant de pivoter aisément pour saisir les pipettes, les instruments et objets rangés sur la paillasse, à la position debout devant la paroi verticale et lisse d'un

automate, ressemblant à la porte d'un frigidaire, et le travail ne consistait plus qu'à alimenter d'échantillons de sang ce Moloch silencieux. Pas toujours si silencieux d'ailleurs. Il était gênant par ses ronflements ponctués de sonneries d'alarme stridentes, indiquant un dysfonctionnement qui semait la panique, et qu'on apprit petit à petit à domestiquer.

- 32 Il existe un pouvoir répressif de l'innovation, au sein même du progrès si vanté, et nous entrons ici dans une économie morale dont il a été question à plusieurs reprises. Enfin, il est vrai que la robotisation et l'automatisation des tâches, un des visages de l'innovation, rappellent à chacun la possibilité d'être éliminé, démis d'une tâche que le robot élèvera à une plus haute perfection. Pour certains, l'automatisation a permis d'accéder à des tâches de maîtrise et de contrôle d'un niveau supérieur, une intellectualisation de la profession, mais de toutes façons, cette promotion ne concerne pas l'ensemble du personnel : le nombre des agents supérieurs est limité, et il y a du licenciement dans l'air. Le tourbillon de l'innovation élimine à chaque brassée un certain nombre de travailleurs. L'innovation, source de chômage, peut préfigurer un monde où le travail appartiendra à une élite, et où le chômage sera la règle et non l'exception.
- 33 En médecine, la standardisation des observations, des protocoles et des bonnes pratiques a eu aussi pour conséquence de déprécier l'expérience individuelle et de marginaliser les voix discordantes. Considérée comme l'objet d'un débat d'arrière-garde dont la cause est historiquement entendue, l'expérience singulière (les « cas » des praticiens) trouve difficilement son auditoire et ses points d'application. Il reste encore à trouver des moyens de valorisation, ou simplement de reconnaissance de « l'expérience » du médecin (opposée à l'expérimentation et à la « médecine des preuves » triomphante), et cette béance suscite la frustration de ceux pour qui l'expérience individuelle ne saurait être purement anecdotique.
- 34 Pourtant, à l'heure des conférences de consensus et de codification des bonnes pratiques médicales, jamais les pratiques n'ont été aussi diverses, les médecins eux-mêmes sont nombreux à diversifier leurs thérapeutiques, flirtant avec les médecines d'inspiration les plus variées, admettant dans la vraie vie une diversité qu'ils ne reconnaissent pas officiellement. Cette diversité qui a toujours caractérisé la profession, mais qui était quelque peu passée à la clandestinité, aujourd'hui paradoxalement s'affiche chez les médecins, en compétition avec les naturopathes et guérisseurs issus d'autres mouvances. Ces derniers de leur côté ne se privent pas de se réclamer de l'innovation en phytothérapie ou en d'autres domaines, et luttent pour une reconnaissance officielle. L'anthropologie s'intéresse à eux, comme elle s'intéressait jadis aux sorcières de Sologne ou aux « barreaux » et « coupeurs » de feu. Plusieurs communications ont montré la porosité entre innovation et tradition qui rapprochent des médecines dites autrefois parallèles, qui se veulent maintenant complémentaires.
- 35 On peut ici noter une autre convergence entre une tendance ancienne et récente de la médecine, la considération du caractère singulier du « care » comme du « cure ». Tendance sur le long terme : la médecine antique et médiévale, Galien, Avicenne l'ont dit sur tous les tons : la médecine s'adresse à l'individu, et doit tenir compte de tous ses particularismes.
- 36 Aujourd'hui, la médecine prédictive, appuyée sur la génétique, dont il a été beaucoup question, reprend ce thème d'une médecine personnalisée, auquel font référence tous les courants de médecine alternative, dont a été évoqué, au cours de ces journées, le

potentiel d'innovation, avec toutes les réserves énoncées plus haut sur les faiblesses et les incohérences de l'évaluation. Le thème de la « personnalisation » de la médecine peut s'entendre dans la bouche de multiples acteurs, de multiples façons, à propos de multiples procédures, y compris la dissection d'un génome, pour en tirer des présages et des directives pour la conduite de sa vie. La prise en compte des retours d'expérience correspond à cette revendication de l'individualisation et de la personnalisation du soin.

- 37 Un projet de recherche a été présenté sur les conséquences chez les adultes des modalités de la prise en charge des cancers de l'enfance. Quelle hypothèse est-elle la bonne pour expliquer des dénouements plus heureux que d'autres ? L'hétérogénéité des profils génétiques au départ ? Des modifications du système immunitaire, survenues après exposition aux premiers pathogènes ? Ou la personnalisation du soin ? L'importance de cette dernière est toujours en tête du médecin, quelle que soit sa spécialité et quelle que soit sa pratique.

Conclusion : reprendre la route

- 38 En guise de conclusion, je voudrais souligner deux points sur les pratiques de l'anthropologie et les réunions d'Amades :
- 39 L'amélioration de la qualité et de la spécificité des échanges entre représentants des sciences sociales et des sciences biomédicales est frappante. Si en discutant avec les uns et les autres, j'ai parfois encore entendu certaines remarques sur des bouffées de condescendance de la part des uns, l'excès de remarques critiques et négatives, voire d'agressivité de la part des autres, ce qui a dominé à Brest, c'est la volonté d'échange, celle de croiser les regards sur soi et sur autrui, qui correspond à ce qui est pour moi la fonction critique – essentielle – de l'anthropologie. Lucidité sur autrui mais aussi sur soi. L'innovation était un excellent choix pour approfondir cette fonction. Ceci dit, une position critique, appuyée sur le rappel du terrain d'où l'on parle, qui particularise le propos, n'exclut pas des propositions constructives, qui font aussi partie de la charte d'Amades.
- 40 Le terme d'engagement convient à l'anthropologie, au sens de la langue anglaise de prise de contact et présence sur le terrain, comme au sens français de respect d'un contrat, d'activité et finalement de militantisme. La question posée par Valéry Ridde, nous l'emportons avec nous au retour vers nos destinations respectives, elle retentit à nos oreilles en quittant Brest : comment faire « servir » au mieux, bref « engager » nos recherches ?

NOTES

1. Voir le récent ouvrage de T. Schlich, *The Origins of Organ Transplantation. Surgery and Laboratory Science, 1880-1930*, Rochester University Press, 2010.

2. R Carvais et M Sasportes,éds. *La greffe humaine, (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'Autre*, Paris, PUF, 2000.
 3. M. Gabolde et AM. Moulin, French response to "innovation". The return of the living donor in organ transplantation, in J. Stanton ed., *Innovations in Health and Medicine*, Routledge, London, 2002, 188-208.
 4. Voir RD. Guttman, The graft survival curve, *Transplantation Proceedings*, 1992, 24, p 2407-2410. The graph survival curve. Ideology and Rhetoric, Part II, In J-L Touraine ed., *Organ Shortage. The Solutions*, Dordrecht, Kluwer, 235-241.
 5. Roland Tomb, *La circoncision : les enjeux éthiques*, thèse de doctorat en éthique, Université d'Aix-Marseille II, 2009. ; M Garenne, Male circumcision and HIV control in Africa, *PLoS Med.*, 2006, 3, 1. Mass campaigns of male circumcision for HIV control in Africa ; clinical efficacy, population effectiveness, political issues, in *Genital Autonomy. Protecting personal choice*, GC Denniston, FM Hodges and M Fayre Milos eds., Dordrecht, Springer 2010, pp. 49-60,
 6. Voir la création en France de l'institut du même nom, en 1998, faisant suite au Réseau national de santé publique (1992).
 7. Melissa Leach and James Fairhead, *Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society*, Earthscan, Londo 2007.
 8. *Le nouvel esprit scientifique*, Alcan, Paris, 1934 ; *La Philosophie du non : Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*, PUF, Paris 1940.
 9. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Vrin, Paris, 1977.
-

AUTEUR

ANNE MARIE MOULIN

CNRS Unité SPHERE 7219/Paris VII