

Anthropologie

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM

Startseite/Home | AGEM | Curare | Meeting Calendar / Museum / Film | Aktuelles | Literaturdokumentation | Links | Kontakte

Herzlich Willkommen - Welcome - Bienvenue

歡迎 welcome Hoş geldiniz
benvenuto bienvenidos أهلاً وسهلاً، مرحباً
bienvenue сердечный добро пожаловать

1970 - 2010 • 40 Jahre AGEM • 40 Years AGEM
40 years journals in medical anthropology - 1971-2011

Mission Statement

AGEM, the German Society for Medical Anthropology **Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin** was founded 1970 in Hamburg, Germany. It is classified as a non-profit organization of scientists, practitioners, and institutions.

In its founding principles from 1970, the AGEM established its mission to advance the critical inquiry of an "interdisciplinary field uniting anthropology and medicine" and to foster the scholarly collaboration and research at the nexus of medicine and culture, including in the related fields of the history of medicine, human biology, pharmacology, botany in the natural sciences, and in medical, social and cultural anthropology, human ecology, sociology, psychology, and folklore studies in the social sciences.

As outlined in the bylaws, the AGEM is committed to the research and dissemination of academic and practice-based research examining the intertwined relationships of medicine and culture through 1) the publication of a corresponding peer-reviewed journal, 2) regular professional meetings, and 3) the collection of relevant written materials that serve the purpose to increase scholarly exchange and debate.

Upcoming events

- Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2014 (09.10.)
- XVI Humanitarian Congress (10.10.)
- Weltkongress Ethnotherapien & Ganzheitsmedizin (31.10.)
- *Mixed Methods - capturing global health transformations (31.10.)
- 20 J. Dt.-Türk. Psychiatrie - Hindernisse, Brücken+ Perspektiven (07.11.)

German
Russian
English
Français
Italiano
Română
Türkçe
Spanish
Hungarian

http://www.agem-ethnomedizin.de/ 30.09.2014

Zum Titelbild/Front picture *Curare* 37(2014)2:

Indexseite/Index page of: www.agem-ethnomedizin.de – English version (detail from Sept. 30, 2014).

Die letzten Hefte/The last issues:

Curare 36(2013)1+2: Medizinethnologische Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin (Body Modification and Medical Anthropology)

Curare 36(2013)3: Gesundheit und Öffentlichkeit: Medizinethnologische Perspektiven (Health and the Public)

Curare 36(2013)4: Psychologische Dimensionen in der Medizinethnologie I

Curare 37(2014)1: Psychologische Dimensionen in der Medizinethnologie II: Tiefenpsychologische Perspektiven (Depth Psychology and Medical Anthropology)

Die nächsten Hefte/The forthcoming issues:

Curare 37(2014)3: Beiträge aus der Ethnobotanik zur Medizinethnologie (Ethnobotanical Contributions to Medical Anthropology)

Curare 37(2014)4: AGEM und 50 Jahre „Interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“ (AGEM looking at 50 decennia of interdisciplinary discourses in anthropology and medicine)

Curare 38(2015)1+2: Selbstreflexion im Kontext medizinethnologischer Langzeitfeldforschung (Self-reflection in the Context of Long-term Field Research in Medical Anthropology)

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – www.agem-ethnomedizin.de – AGEM, Herausgeber der *Curare*, Zeitschrift für Medizinethnologie • *Curare*, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology



Herausgeber / Editor-in-Chief im Auftrag der / on behalf of:
Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM
EKKEHARD SCHRÖDER (auch V.i.S. d.P.)

Postadresse / Office: AGEM-Curare
c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany
e-mail: info@agem-ethnomedizin.de

Herausgeberteam / Editorial Team (2014):

- Gabriele Alex (Tübingen) gabriele.alex@uni-tuebingen.de
- Ekkehard Schröder (Potsdam) ee.schröder@t-online.de
- Kristina Tiedje (Lyon) kristina@ktiedje.com

Wiss. Beirat / Editorial Advisors (2014–): Josep M. Comelles (Tarragona) • Alice Desclaux (Dakar) • Katarina Greifeld (Frankfurt) • Antonio Guerci (Genova) • Michael Heinrich (London) • Mihály Hoppál (Budapest) • Sushrut Jadhav (London) • Peter Kaiser (Bremen) • Ruth Kutalek (Wien) • Danuta Penkala-Gawęcka (Poznań) • Armin Prinz (Wien) • Bernd Rieken (Wien) • William Sax (Heidelberg) • Hannes Stubbe (Köln)

Begründet von / Founding Editors: Beatrix Pfeleiderer (†) • Gerhard Rudnitzki • Wulf Schiefenhövel • Ekkehard Schröder

Ehrenbeirat / Honorary Editors: Hans-Jochen Diesfeld (Starnberg) • Horst H. Figge (Freiburg) • Dieter H. Frießem (Stuttgart) • Wolfgang G. Jilek (Vancouver) • Guy Mazars (Strasbourg)

IMPRESSUM *Curare* 37(2014)2**Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36
e-mail: info@vwb-verlag.com
<http://www.vwb-verlag.com>

Bezug / Supply:

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können beim VWB-Verlag bezogen werden • *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VWB-Verlag.

Abonnementspreis / Subscription Rate:

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet unter • Valid subscription rates you can find at the internet under: www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2014

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-778-0

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren unterzogen • This journal is peer reviewed.



Inhalt / Contents
Vol. 37 (2014) 2

Medizinethnologische Perspektiven und Public Health
Perspectives of Medical Anthropology on Public Health

Die Autorinnen und Autoren in <i>Curare</i> 37(2014)2	82
EKKEHARD SCHRÖDER: On the Encounter of Medical Anthropology and Public Health. Editorial	83
Forum / À propos	
JOSEF M. COMELLES, ISABELLA RICCÒ & ENRIQUE PERDIGUERO-GIL: Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne	85
Artikel / Articles	
KATHARINA ANNA SABERNIG: Tibetan Materia Medica in Dispute. Pharmacological Achievements of Dar-mo sman-rams-pa Blo-bzang Chos-grags	100
DOUGLAS FELDMAN & IRENE KETONEN: Street and Community Outreach to African Americans for HIV Vaccine Trials Recruitment: What Went Wrong?	113
GEORG WINTERBERGER: Reaction to Illness and the Process of Decision Making: Hospital Ethnography in Cameroon	121
ALICE DESCLAUX: Ambivalence in the Cultural Framing of Cosmopolitan "Alternative" Medicines in Senegal	131
GABRIEL LEFÈVRE: Liminality and Rebirth in the Everyday Life of a Malagasy Diviner-Healer	139
Reports/Berichte	
ASSIA MARIA HARWAZINSKI: "Moccasins moving forward." Health Care for First-Nations-Minorities in an Urban Context in Canada. A Report from Toronto	156
HUBERT WIERCIŃSKI: Report from the 3 rd Annual Health in Transition Conference, Warsaw 2013	161
MALGORZATA RAJTAR: Panel on Medical Anthropology at the First Congress of Polish Ethnology and Anthropology, Warsaw, October 23–25, 2013	166

Buchbesprechungen / Book Reviews

• CHARLES STEWART (Ed) 2014. <i>Colonizing the Greek Mind? The Reception of Western Psychotherapeutics in Greece</i> . DEREE—The American College of Greece. (MARIA VIVOD)	168
• CAROLIN RUTHER 2014. <i>Sauber und gesund! Die deutsche Hygiene- und Volksbadebewegung und das Alte Stadtbad in Augsburg</i> . Marburg (FRANK KRESSING)	170
• ADA BORKENHAGEN, AGLAJA STIRN & ELMAR BRÄHLER (Hg) 2013. <i>Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen und Berater</i> . Berlin. (MARION HULVERSCHEIDT & IGOR EBERHARD)	171
Résumés des articles de <i>Curare</i> 37(2014)2:	174
Zum Titelbild & Impressum	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors	U3

Redaktionsschluss: 30. September 2014

Lektorat und Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER

Die Artikel der *Curare* werden einem Reviewprozess unterzogen / The journal *Curare* is a peer-reviewed journal

Errata in *Curare* 37(2014)1

S. 2: In der Liste der Autorinnen und Autoren auf Seite 2 sind korrekt zu lesen:

- HELMUT DAHMER, Prof. Dr. phil, Soziologe (Wien) prof.helmut.dahmer@gmail.com – S. 61
- WOLFGANG LEUSCHNER, Dr. med., Psychoanalytiker (Frankfurt am Main) wo-leuschner@t-online.de – S. 61

S. 4 und 8f: Korrekter Vorname des zitierten Autors: TOBIE NATHAN.

Die Korrektur wurde im letzten Korrekturdurchgang nicht immer erfasst.

Die Autorinnen und Autoren dieses Heftes:

- JOSEF M. COMELLES, Prof., MD, PhD, Psychiater, Ethnologe (Tarragona) josepmaria.comelles@urv.cat – S. 85
- ALICE DESCLAUX, Prof., MD, PhD, medical anthropologist (Dakar) alice.desclaux@ird.fr – S. 131
- IGOR EBERHARD, Ethnologe, Autor (Wien) igor.eberhard@univie.ac.at – S. 171
- DOUGLAS A. FELDMAN, Prof. PhD, medical anthropologist (Brockport, NY) dfeldman@brockport.edu – S. 113
- ASSIA MARIA HARWAZINSKI, Dr. phil, Islam- u. Religionswissenschaftlerin (Tübingen) ajidomo@web.de – S. 156
- MARION HULVERSCHEIDT, PD Dr. med, Medizinhistorikerin (Kassel) m.hulverscheidt@web.de – S. 171
- IRENE KETONEN, PhD cand, medical anthropology (Brockport, NY) ireneket@buffalo.edu – S. 113
- FRANK KRESSING*, Dr. hum. biol., Ethnologe (Ulm) frank.kressing@uni-ulm.de – S. 170
- GABRIEL LEFÈVRE, PhD, Ethnologe (Oxford) gabriel.lefevre@gmail.com – S. 139
- ENRIQUE PERDIGUERO-GIL, Prof., MD, PhD, Medizingeschichte (Elche/Spanien) quique@umh.es – S. 85
- MALGORZATA RAJTAR, PhD, Ethnologin (Warschau) mrajtar@yahoo.com – S. 166
- ISABELLA RICCÒ, Ethnologin (Tarragona) isabella-ricco@libero.it – S. 85
- KATHARINA ANNA SABERNIG*, MD, MA, Medizin, Tibetologie, Mongolistik (Wien, Berlin) katharina.sabernig@meduniwien.ac.at – S. 100
- EKKEHARD SCHRÖDER*, Psychiater, Ethnologe (Potsdam) ee.schroeder@t-online.de – S. 83
- MARIA VIVOD*, PhD, Ethnologin (Strasbourg, Novi Sad) vivod@hotmail.com – S. 168
- HUBERT WIERCIŃSKI, Ethnologe (Warschau) hubertwier@gmail.com – S. 161
- GEORG WINTERBERGER, Ethnologe (Zürich) georg.winterberger@uzh.ch – S. 121

* Mitglieder der AGEM

On the Encounter of Medical Anthropology and Public Health. Editorial

EKKEHARD SCHRÖDER

AGEM (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin) is a German association of medical anthropology, which seeks to enhance in this journal the studies of the so-called ethno-medicines as well as of human ecology and of medical sociology. In this issue we draw the accent on the **folk sector**¹ as we seek to gain a deeper understanding between the various popular ways of dealing with health and illness, which often are interfering with scholarly persecuted medical systems. And we do not only focus on the biomedical model and its global dynamics, but refer to all other complex medical systems in history and presence with different legal statuses and cultural acceptances. The result is a remarkable variety of different “public health systems” and concepts. Medical anthropology can look at these and often compare them, but frequently the medical anthropologist is also part of them. The classical concept of medical pluralism and the actor-network theory e. g. offer a frame to analyze the manifold encounters of laymen’s ways to cope with health problems, traditional healing, governmental legal interventions and of human actors on the margins between and within these fields.

The contributions in this issue show this variety in generating public health systems as well as the toughness of traditions in the so-called traditional and popular sectors. In the case of the analyzed vocation narrative of a diviner-healer from South-west Madagascar, his story reveals a struggle between two sources of magico-religious power: the ancestral cult and Christianity (see GABRIEL LEFÈVRE, pp. 139–155). The potential conflicts between governmental strategies of legislation and his way of healing is not a crucial point for legal interventions. The conflict is more an intrapersonal one, and co-existence of different concepts is found.

A completely different scenario is presented by ALICE DESCLAUX (pp. 131–138) in her study of cosmopolitan remedies, which are distributed through multi-level network companies in countries such as Senegal. She points out, that firms use technologies, concepts and symbolic references of biomedicine to develop a field of activities with a private aim relying on an entrepreneurial model, which is beyond control of the biomedical institutions. The declaration of these as medicinal or as non-medicinal by the different stakeholders in the field leads to an encounter

with official public health goals as well as to hidden or open confrontations.²

GEORG WINTERBERGER (pp. 121–130) suggests in a local hospital ethnography the importance of more differentiation, if one approaches to public health problems with an emic view. He argues, that affordable and less time-consuming health care providers should be distinguished from more expensive ones, instead of distinguishing between health care providers of the folk sector (e. g. traditional healer) and the one’s of the professional sector (e. g. health centers and hospitals) as commonly done in literature.

The medical anthropologist, deeply involved in the public health sector alongside with the American tradition of applied medical anthropology, is demonstrated by the self-reflective conclusions on a program where street and community outreach were carried out in order to increase African American recruitment, especially among lower income persons, into HIV vaccine trial research. The authors DOUGLAS FELDMAN, IRENE KETONEN and colleagues (pp. 113–120) found, that their “evaluation program shows a very strong mistrust, contempt, anger, and resentment toward the medical establishment within at least the lower income segment of the African American community [...]. Street and community outreach is generally an excellent method in recruiting participants into clinical research. However, when the level of hostility and anger toward the medical and government establishment is as high as we found it among lower income African Americans, its success is certainly not assured.“

I refer to my earlier statement that all complex medical systems in history and presence with different legal statuses and cultural acceptances should be taken into account to show the encounters of legal health politics with the real existing medical landscapes. KATHARINA SABERNIG (pp. 100–112), a historian of Tibetan medicine, proves this in a subtle study of the development of changes in written texts from a famous doctor of the 17th century, which are closely connected with changes in public disputes. Although here the “public” is a highly educated small sector of the society, the dynamics of solution finding was more a question of legal power than of pure science of competitive schools of medical thinkers.

Starting the presentation of the articles from the last to the first one, the reader finds a text written in



Tullio Seppilli, 3rd March 2005
(Fotos by Ekkehard Schröder)

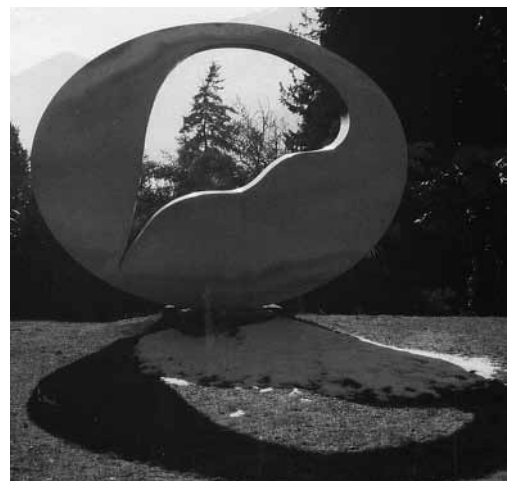
French at the beginning of the issue. In earlier years *Curare* published in three languages; today we decided to do it once more in honor of TULLIO SEPELLI, the Italian founder of medical anthropology made in Italy, in the language, in which he mostly liked to communicate with non-Italian speakers. This act of courtesy stands a bit for the theme in this issue: to look at the differences between national health politics, the different traditions of theoretical discourse, the different ways of planning and managing research and acting in several leading languages, which sometimes makes the mutual translation of special terms so difficult.

In the late 1980s the idea of that diversity was taken up in Hamburg by a conference titled: “Anthropologies of Medicine: A Colloquium on Western European and North American Perspectives.”³ JOSEP COMELLES from Tarragona University, Spain, and collaborators visited Tullio Seppilli in Perugia early in 2014, to learn from him the Italian tradition of a “medical anthropology at home,” a medical anthropology, which was created in the years after the Second World War as political commitment of doctors and anthropologists for opening a collaborative space between professional anthropology and health education. Seppilli introduced here a critical dialogue with the new strategies of the 1950th, defined by the WHO for health interventions in dependent countries (pp. 85–99). I hope that the article soon will find a way to be translated into English.

For the first time I met Seppilli 2005 at the famous Monte Verità in Ascona⁴ on an Amades-conference⁵, and again on later Amades-conferences as well as other authors here: Alice Desclaux and Gabriel Lefèvre. 2013 in Tarragona on the EASA-Medical-Anthropology-Meeting, organized by Josep Comelles, I had the chance to meet him and Douglas Feldman. So this issue has some roots in personal encounters. This is a good tradition. In the beginning of EASA, in an interview John Davis postulated the “Europe des anthropologies.”⁶

Notes

1. Defined in AGEM-founding statute of 1970, access: www.agem-ethnomedizin.de
2. Already early discussed in a useful conflict model, see: PAUL U. UNSCHULD 1976. Western Medicine and Traditional Healing Systems: Competition, Cooperation or Integration? *Ethics in Science and Medicine* 3: 1–20.
3. BEATRIX PFELEIDERER & GILLES BIBEAU (Eds) 1991. *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Curare-Sonderband 7*. Braunschweig: Vieweg, 275 pp., ISBN 3-528-07820-0 (still available if you write to me).
4. The Monte Verità (literally Hill of Truth) is a hill in Ascona, which has served as the site of the “Lebensreform” movement, and different international cultural events and communities since the beginning of the 20th century. A detailed description of the remarkable history as place of important international encounters is found in the English and German Wikipedia.
5. A.M.A.D.E.S (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé), the Medical Anthropological Association of the French speaking world, which was initiated mainly by Jean Benoist in Aix-en-Provence, who served in Ascona 2005 as senior head.
6. Interview with John Davis: “For a Europe of anthropologies,” in *EASA Newsletter* 9, 1994, pp. 6–7.



A sculpture of Hans Arp 1962: *Roue Oriflamme/ Goldflammendes Rad* 1962)⁴ at Monte Verità, Ascona

Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne*

JOSEF M. COMELLES, ISABELLA RICCÒ & ENRIQUE PERDIGUERO-GIL

Résumé L'article analyse l'évolution des rapports entre médecine et anthropologie en Italie pour illustrer le rôle de charnière de Tullio Seppilli, un des fondateurs de l'anthropologie médicale internationale à partir de sa collaboration avec le *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria* de Pérouse fondé après la guerre. Charnière entre le développement par les *medici condotti* du XIX^{ème} siècle des études de *medicina popolare*, l'évolution du folklore italien vers le concept de démologie, et après la guerre par le rôle que le compromis politique des médecins et celui des anthropologues ouvre un espace de collaboration entre l'anthropologie et l'éducation pour la santé. Le rôle de charnière de T. Seppilli pendant cette période s'explore à partir de quelques-uns de ses articles de jeunesse en dialogue avec les nouvelles stratégies définies par l'OMS pour les interventions dans le pays dépendants.

Mots clés anthropologie médicale – Tullio Seppilli – histoire – éducation pour la santé – démologie – OMS – Italie

Tullio Seppilli, Health Education and the Foundation of Medical Anthropology in Italy

Abstract The article analyzes the relationship between medicine and anthropology in Italy to highlight the key role of Tullio Seppilli, one of the founders of the international medical anthropology, from its collaboration with the "Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria" in Perugia after World War II. Seppilli, a professional anthropologist, is located between two intellectual traditions. The first is the development by the *medici condotti* of folk medicine studies in Italy in the late nineteenth century and its evolution within the Italian folklore to the concept of "demologia." The second, developed after the Second World War, is the political commitment of doctors and anthropologists for opening a collaborative space between professional anthropology and health education. The pivotal role of Tullio Seppilli during this period is explored through some articles from his youth in which he established a dialogue with the new strategies defined by WHO for health interventions in dependent countries.

Keywords medical anthropology – Tullio Seppilli – history – health education – folklore – public health – WHO – Italy

Tullio Seppilli, Gesundheitserziehung und die Anfänge der Medizinanthropologie in Italien

Zusammenfassung Der Artikel untersucht die Beziehungen zwischen der Medizin und der Ethnologie in Italien und arbeitet die Schlüsselrolle Tullio Seppillis als einem der Begründer der modernen internationalen Medizinanthropologie und seine Zusammenarbeit mit dem „Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria“ in Perugia aus der Zeit nach dem 2. Weltkrieg heraus. Als Kulturwissenschaftler vereinigt Seppilli in sich zwei wissenschaftliche Traditionen: Die Entwicklung der Studien zu den italienischen „Volksmedizinern“ und den „medici condotti“ (Amtsärzten) seit dem Ende des 19. Jahrhunderts und das sich aus diesem volkskundlichen Bereich heraus entwickelnde Konzept einer „demologia“, einer „Bevölkerungswissenschaft“, sowie zum anderen die der politisch orientierten Entwicklung von „Gesundheitswissenschaften“. Für ein gesellschaftspolitisches Engagement von Ärzten und Anthropologen sollte ein Raum der professionellen Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitserziehung geschaffen werden. Die Rolle Seppillis als Promotor und Scharnier dieser Pionierzeit wird an Hand verschiedener Jugendschriften aus den 1950er Jahren dargelegt, in denen er sich mit den neuen Gesundheitsstrategien der WHO für die sich noch in kolonialer Abhängigkeit befindlichen Weltregionen kritisch auseinandersetzt. (red)

Schlagwörter Medizinethnologie – Sozialanthropologie – Tullio Seppilli – Gesundheitserziehung – Bevölkerungswissenschaften – Public Health – WHO – Italien

*. Recherche financée par le *Ministerio de Economía y Competitividad* (HAR 2012-3488) *De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco* (1939–1975) dirigé par le Prof. Enrique Perdiguero-Gil, Elche.

«Homenots»

Au fil de nos vies académiques depuis les temps de Bologne et Salerne, nous rencontrons des personnages singuliers, nos «maîtres», ceux qui nous ont ouvert des chemins, que nous admirons par leur style professoral, par leur profil personnel, par leur sagesse. Josep Pla, un des plus grands écrivains Catalans, les appelait *Homenots*, un *idiom* qui n'a de correspondance ni en Espagnol ni en Français. *Homenots*, en Catalan, combine l'ironie, la distance, l'admiration et la tendresse. Pla les définit comme «quelqu'un singulier, insolite, quelqu'un qui a eu un sens dans quelconque activité, et d'une façon remarquable» (PLA 1964, traduit par les auteurs).

Tu rencontres tes *Homenots* quand tu abordes ta vie professionnelle, quand tu te rends compte que tu sais trop peu, que ton éducation formelle a d'immenses trous noirs, que tu as une curiosité malade, permanente, aigue, un besoin impératif de réponses. Tu les rencontres, parfois par hasard, souvent parce que tu cherches, parce que tu lis de façon compulsive pour remplir tes vides. La plupart sont plus âgés que toi, d'autres plus jeunes. Beaucoup sont des gens consacrés, d'autres des brillantes promesses d'avenir. Parfois ils ne sont qu'un livre, un article, une page que tu caresses mais dont ta timidité, ta peur, t'empêchera de les écouter physiquement, les approcher pour les voir ou leur parler.

Tullio Seppilli en est un exemple majeur. Nous le retrouvons à la fin de l'hiver en 2014. Un hiver si doux que le printemps s'annonce partout en Ombrie. Nous aimons ce paysage de collines, pimenté de vieux oliviers au début de sa floraison, en sa couleur verte argentée entre les brumes percées par un soleil qui annonce la chaleur. Le vent est frais et la rumeur vague de la ville grise ne ternit point le chant des oiseaux. La *Fondazione Celli*, dans sa crête, est oratoire moyenâgeux, bâtisse de pierre, construite sur une sorte de cellier soutenu par des arcs diaphragmatiques et une voute Catalane en briques. Un Tullio, déjà vouté par l'âge, nous reçoit. Il n'a perdu guère de son charme ni de son éclat. Ses gestes, son langage du corps, sa parole séduisante, incisive, sa densité et complexité de pensée se traduit par un discours envoûtant. Ce texte est destiné à fêter ses soixante ans de vie professionnelle. Il ne s'agit pas d'un simple éloge de l'auteur, qui va de soi, mais d'un regard sur une partie de son œuvre et de sa pratique, l'occasion de parler de sa participa-

tion en Italie à la fin des années cinquante, dans le domaine de l'éducation pour la santé et de son rôle dans la constitution de l'anthropologie médicale internationale.

Les oubliettes de l'histoire

Les histoires classiques de l'anthropologie, histoires car le développement des disciplines académiques avant le 21^{ème} siècle a toujours une très importante dimension locale, ne font jamais état de sa diversité à quelques exceptions près. Les *centres* pour l'Anthropologie sont la France, le Royaume-Uni et les Etats Unis (DIAMOND 1980; HARRIS 1978; STOCKING 1968, 1987), des étoiles qui rayonnèrent de la main d'une langue française qui était jadis globale, et de l'Anglais, l'esperanto du présent. Disparu l'Allemand comme langue scientifique internationale dès 1933, la grande tradition ethnologique germanique, slave et scandinave,¹ fondée sur un discours sur le *nous* et un concept de *folklore*, dérivant de l'histoire culturelle, resta dans l'ombre des récits historiographiques de l'anthropologie professionnelle (STOCKING 1995).

Le résultat est un cliché: une anthropologie professionnelle «internationale» produite par trois seules *anthropologies* «nationales» – le modèle anthropologique classique –, et une constellation marginale et périphérique d'*ethnologies-folklore* «nationales» s'exprimant en langues si «locales» que l'Allemand, le Russe, l'Espagnol, le Portugais, le Néerlandais, l'Italien, les parleurs scandinaves entre d'autres.

Récemment, pas par hasard, depuis le Québec francophone (SAILLANT & GENEST 2005), est issue une vaste entreprise de présentation de l'amplitude dans les pays d'Occident de l'anthropologie médicale.² Malgré son sous-titre «*ancrages locaux et défis globaux*» et son ouverture, néanmoins elle oublie la production asiatique ou africaine. Dans ce livre, la plupart des «locaux» tâchent de dire aux «centraux» qu'ils existent comme «fait particulier», qu'ils ne sont pas du «folklore local» et qu'ils assument humblement, dès sa subalternité, son articulation avec le discours hégémonique «international». L'erreur de cette conception est qu'elle reste enfermée dans le cadre limité de l'anthropologie médicale «anthropologique» et ne confronte que partiellement sa signification dans le cadre des rapports entre la médecine et l'anthropologie, et de sa condi-

tion de discipline directement associée aux étapes récentes du procès de médicalisation. La boutade de KLEINMAN (1995) définissant l'anthropologie médicale, comme la marge de la médecine et la marge de l'anthropologie, si elle répondait aux problèmes d'identité des anthropologues médicaux à formation médicale, elle révélait aussi la condition subalterne qu'elle occupe dans le *procès de médicalisation*.

L'issue de la *medical anthropology* se place dans cette problématique, puisque inventée autour de quelques états de la question dérivés d'un débat de nature professionnelle sur un modeste marché du travail aux Etats Unis et au Canada (CAUDILL 1953, POLGAR 1962, SCOTCH 1963). Nul de ces états de l'art ne songea à la bibliographie non anglophone³ et trois décades plus tard ni GOOD (1994) ni MARTÍNEZ HERNÁEZ (2008), qui encadrent le champ strictement dans l'anthropologie, laissent de côté son rôle dans le procès de médicalisation. Et ceci malgré d'autres positions plus nuancées (COMELLES & MARTÍNEZ HERNÁEZ 1993; DIASIO 1999; COMELLES, PERDIGUERO & MARTÍNEZ HERNÁEZ 2005; FRANKENBERG 2007; VAN DER GEEST 2007), ou la relativisation du rôle de Rivers que fit STOCKING (1995). Le développement européen de l'anthropologie médicale a peu à voir avec le procès suivi en Amérique à cause de l'évolution spécifique en Europe du projet des Lumières d'une anthropologie générale dans laquelle la médecine joue un rôle décisif (STOCKING 1968a, 1987, 1995) et de la médecine sociale avant le développement de l'anthropologie professionnelle « internationale » aux années vingt du 20^{ème} siècle.

Dans la plupart des pays d'Europe, les médecins publièrent une large production ethnographique jusqu'à la Guerre Mondiale II (COMELLES 2000), de nombreuses topographies médicales (BARRETT 2002, CASCO-SOLIS 2001, URTEAGA 1980) ou des rapports médicosociaux comme celui que ENGELS (1952) écrivit sur des topographies médicales locales, où les réflexions sur les préjugés vulgaires et communs a tardé (RODRÍGUEZ-LÓPEZ 1896) à être remplacée par le regard statistique ou épidémiologique (COMELLES 1998a). La délimitation du concept de *folk medicine* (*médecine populaire*) et sa constitution comme champ d'étude systématique ne peut s'affranchir de son rôle dans le procès de médicalisation des communautés rurales du Sud de l'Europe ni de ses rapports avec les efforts faits soit pour acculturer les savoirs populaires, soit comme un entreprise d'éducation et popularisation

des bienfaits de la médecine scientifique (COMELLES 1996, MARTÍNEZ HERNÁEZ & COMELLES 1994, RODRÍGUEZ OCAÑA & PERDIGUERO 2006). Et ceci se traduisait par la présence de l'hygiène dans l'éducation formelle scolaire exigea des dialogues entre les médecins et les pouvoirs publics, mais aussi entre les médecins, les instituteurs et la population pour détecter les préjugés vulgaires qu'il fallait acculturer (PERDIGUERO 1995, PERDIGUERO-GIL & CASTEJÓN-BOLEA 2010, PERDIGUERO-GIL & COMELLES 2014, BLACK 1883, 1982).

Un aussi long silence: Le folklore médical et le procès de médicalisation

Dans *folk-medicine*, George W. BLACK (1883, 1982: 294) définit la *médecine populaire* comme un bric-à-brac, un champ qui ne peut être construit de façon isolée mais qui aurait un futur. Le folkloriste Espagnol Machado y Alvarez traduisit *folk-medicine* par *medicina popular*, un terme dérivé de la *medicina popolare* de folkloristes italiens avec lesquels il avait des rapports,⁴ renforcé par son ami, le chirurgien Federico Rubio y Gali, qui insiste que ce terrain a souvent une *efficacité* qu'il ne faudrait pas négliger (BALLESTER AÑÓN & PERDIGUERO-GIL 2003).⁵ Cette dimension pratique avait été soulignée par des folkloristes qui n'étaient pas médecins:

«Né si credea che sempre i rimedii empirici siano una disgrazia. Sempre no: il più delle volte, anzi, giovano potentemente; perché, in realtà, si fondano sopra le esperienze di secoli e secoli. E poi, come farebbe la povera gente sparsa nella campagna e come farebbero le popolazioni dei piccoli paesi dove èrano che si veda il medico, o si vede quando il malato sarebbe finito se non si fosse ricorso alla medicina tradizionale?» (DE NINO 1891: vii-viii).¹

Le développement dans la *Nova Italia*, depuis 1880, avec des monographies sur la *medicina popolare* des régions, écrites la plupart par des *medici condotti* (DIASIO 1999: 64-67)⁶, doit être interprété à partir du compromis des professionnels par rapport à ce qu'ils considèrent formes archaïques:

«In ogni parte del mondo, dove il medico imprende ad esercitare l'arte sua, trova nella società che lo circonda un nemico celato che quando meno egli pensa gli contrasta il passo o gli mozza le gambe. Quest'avversario misterioso, che cambia spesso di armi e di tattica ma che è pur sempre formidabile, come tutti i nemici traditori è costituito dalla medicina popolare» (MANTEGAZZA 1870: 109).ⁱⁱ

Et survivances d'un passé,

«La superstizione è un organo del pensiero, che sopravvive, come un muscolo rudimentale, al progresso e

all'evoluzione; è un avanzo del passato, che fu un tempo verità gloriosa incontrastata e che poi dall'alto scendendo al basso della gerarchia sociale, rimane per qualche tempo come in ultimo rifugio fra i beati del pensiero, e vien poi del tutto eliminato» (MANTEGAZZA 1892: xii).ⁱⁱⁱ

Cette prise de conscience par rapport aux pratiques et savoirs populaires doit être associée à un compromis intellectuel, scientifique et politique. Souvent militants des partis ouvriers, ces médecins, font le rapport entre morbi-mortalité et conditions de vie qu'ils n'interprètent pas sur les matrices de matérialisme vulgaire des néo-hippocratiques, mais comme la conséquence de processus sociaux, économiques, idéologiques et culturels qui ont contribué construire les croyances et des préjugés populaires.⁷

Cet activisme s'exprimait, par du *lobbyisme* politique associé à une vaste production ethnographique, celle plus proche au folklore comme les monographies sur les *medicina popolari* des régions – que dorénavant nous désignerons comme *folklore médical*, para les topographies médicales, les rapports médico sociaux, les articles de presse – particulièrement dans la presse ouvrière. Le compromis est souvent intellectuel, professionnel car il dérive d'une connaissance des limites de l'action professionnelle dans certaines arènes sociales et culturelles ou le médecin veut présenter sa pratique comme un apostolat de la modernité:

«Apôtre de la civilisation, il leur (aux paysans) épèle les devoirs réciproquement sacrés du père à l'enfant, du citoyen au pays, du cœur avec le doux lien des familles, de l'âme qui pense avec ses destinées; il ébranle d'une main prudente le tronc de certains préjugés relatifs à la santé, et quand il le juge suffisamment ébranlé, d'une main ferme il l'arrache; il signale les coutumes nuisibles, la superstition qui les encroute. Et si du bon grain qu'il a semé dans le champ encore inculte de leur intelligence, poussent quelques épis que la société pourra récolter, voilà sa récompense» (MUNARET 1840: 39).

Si Munaret le conseillait, aux temps de la Monarchie de Juillet en France, ce genre de discours se développa largement (COMELLES 1998b, 2007), et permettait qu'à la fin du 19^{ème} siècle l'objectif de l'action de popularisation et éducation fusse:

«Proposer au peuple les inconvénients de leurs préjugés les plus fréquents en matière médicale. Avec un style simple et clair je tâche de décrire uniquement les préjugés médicaux, et d'exposer comment les combattre dans certains cas pour que le peuple abandonne petit à petit l'imagination qui leur a été trompée par l'erreur et prenne le chemin de la vérité. Le peuple peu illustré n'est pas le seul

à avoir des préjugés, ce qui explique quelques articles destinés aux personnes éduquées que peut-être devraient lire aussi les médecins» (RODRÍGUEZ-LÓPEZ 1896).

La terminologie oscille entre le terme *superstition* qui remet à un naturalisme fondé sur des faits, et le terme *préjugés* avec sa charge psychologique et individuelle.

Le folklore médical en Europe ne se développa pas de façon régulière en Europe du Sud. Rares sont les spécimens français, à peine plus nombreux les Espagnols – avec l'exception du Pays Basque.⁸ Mais ils sont nombreux en Italie (DIASIO 1999: 64–67), et ont une continuité dans la *démologie* italienne du 20^{ème} siècle. La raison principale, tient aux retombées méthodologiques, idéologiques et politiques du folklore médical Italien.

Giuseppe Pitre (1841–1910) fut un des référents internationaux en folklore et dialectologie. Médecin, mais aussi folkloriste il fut le grand compilateur de la culture traditionnelle, orale, matérielle et de la langue en Sicile. Son *kulturkreis* sicilien combinant le concept de *survival* de Tylor, et le diffusionnisme germanique. *Medicina Popolare Siciliana* (PITRE 1896), sa monographie sur la médecine populaire, préparée pendant trente ans de la main de sa condition de *condotto* va au-delà des études de folklore, car il refuse l'encadrement taxonomique que les folkloristes faisaient des pratiques populaires associées à la santé et la maladie pour les encadrer dans la logique du système nosographie-nosologie positiviste médical. Ceci le conduisit à affirmer que seul un médecin peut être compétent en cette tâche et attribue à la recherche en médecine populaire une spécificité que les classements de folklore de son temps ne reconnaissaient pas.⁹ Sa monographie marque un avant et un après dans l'écriture ethnographique des médecins.

L'apparent radicalisme de Pitre par rapport à la médecine populaire ne peut être compris que dès le compromis scientifique et politique des *medici condotti* avec l'acculturation d'une part des savoirs médicaux populaires – considérés *superstitions* et *préjugés* – et la sauvegarde des pratiques empiriques qui permettaient lutter contre la maladie en absence d'autres ressources. Donc, *médecine populaire* devient un *concept médical* qui se place dans le sein d'une stratégie dans le procès de médicalisation qui ne niait pas la valeur des savoirs subalternes.

La conscience politique des *medici condotti* italiens pourrait être interprétée comme le fruit du

compromis des professionnels avec le nouvel Etat Italien construit sur une diversité culturelle et linguistique énorme et des clivages sociaux importants – les *cafoni*¹⁰ du Sud vs. les gens du Nord (BARTOLI 1983, FALTERI & BARTOLI 1994). La combinaison des concepts venus d'Anthropologie générale – qui en ce temps faisant partie de la formation intégrale de tous les médecins – et du folklore conduit aux médecins et aux folkloristes à une discussion permanente sur son rôle social, et son insertion dans la science globale dans un contexte historique plein de clivages entre classes et entre *ethnoscapes* divers pour se compromettre dans un procès de construction d'un *nous* – la citoyenneté italienne *repubblica* qui ne peut renoncer aux particularités locales. Si l'effort hygiéniste fut commun aux pays européens et témoigne la responsabilité de l'État par rapport à la lutte contre les épidémies, la tuberculose ou le paludisme et envoi des médecins publics dans les milieux ruraux et introduit des contenus d'hygiène et de promotion de la santé dans la scolarité obligatoire, l'intérêt pour la médecine populaire ne fut le même dans la mesure ou l'alternative de la folk médecine n'était plus la seule ressource. En France et en Espagne les études de médecine populaire deviendront une curiosité anecdotique, un sujet marginal enseveli dans l'ensemble des études de folklore jusqu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle, tandis qu'en Italie il y a une différence. Si en France, au Royaume Uni, ou en Espagne (COMELLES & PRAT 1992), l'ethnologie ne fut jamais un discours organique, la *démologie* italienne ne fut pas une archéologie du passé (ANGIONI 1994, COCCHIARA 1981, CIRESE 1994) mais comme une forme de comprendre la diversité culturelle du pays – comme une « anthropologie chez soi » – ce qui correspond à sa nécessité et explique son activisme ainsi que la continuité des études folkloriques même dans le domaine médical pendant la période fasciste (PAZZINI 1948).

2. Politiques, éducation pour la santé et anthropologie médicale

Après la Guerre Mondiale, le *Comitato Nazionale di Liberazione* Italien proposa la création, d'un *Servizio Sanitario Nazionale* influencé par le modèle Beveridge, en cours d'implantation au Royaume Uni.¹¹ Ce débat fut la conséquence de la victoire des Alliés et des espérances de réformes sociales qui ve-

naient souvent de la pré-guerre, ainsi que de la prise conscience par rapport aux formes de renfermement et aux politiques d'extermination massive. L'expérience vécue par des professionnels de la santé dans les camps nazis, et le débat sur l'assurance-maladie impliquait une discussion sur les conditions de santé des citoyens et sur les politiques hygiéniques à suivre, d'où la nécessité de développer, d'une façon plus ou moins coordonnée, des actions destinées à offrir aux citoyens des compétences en promotion de la santé à partir d'un concept ouvert d'éducation, d'où la création de l'*International Union for Health promotion and Education* (IUHPE).¹² L'IUHPE proposait implicitement une libération des citoyens par rapport aux décisions sur leur santé. Ce procès eut en parallèle un discours émanant de l'OMS sur le développement sanitaire des pays coloniaux, semi-coloniaux et dépendants (DOROLLE 1953). Ce projet visait des objectifs semblables à ceux qui conduisirent les *medici condotti* du 19^{ème} siècle à s'intéresser pour la médecine populaire des paysans européens. La différence est que si ceux-ci étaient eux-mêmes des ethnographes, dans la seconde moitié du 20^{ème} le débat ne parle plus du regard ethnographique des médecins (COMELLES 2000), mais de l'ethnologie (DOROLLE 1953, SEPPILLI 1955), d'une anthropologie professionnelle (CAUDILL 1953, PAUL 1955).

Le cas Italien est singulier parce que l'ethnologie et anthropologie académiques qui n'était pas isolées de l'évolution professionnelle internationale de la discipline après la guerre, se bénéficiaient du concept de « démologie » pour travailler la diversité culturelle de la *Repubblica*, avec une perspective plus ouverte que le folklore positiviste par l'influence de Gramsci et De Martino (PANDOLFI & BIBEAU 2007, PIZZA 2012). Du côté médical, l'Italie démocratique s'incorpore immédiatement au projets internationaux d'éducation pour la santé,¹³ comme une des conséquences du principe d'accès universel à la Santé que préconise la Constitution de 1948:

« Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. »¹⁴

La présence de l'Italie dans les organismes internationaux se traduit à l'échelle locale par la créa-

tion de deux centres spécialisés, un à Milan, l'autre à Pérouse le *Centro Sperimentale Dimostrativo per l'Educazione Sanitaria della Popolazione* à Pérouse (SEPPILLI 2010)¹⁴ qui eut l'appui du directeur provincial de santé, Carlo Sganga.¹⁵ Au début il s'agissait d'une structure de l'administration provinciale mais très vite sous l'égide de l'*Istituto di Igiene* de l'Université de Pérouse que dirigeait Alessandro Seppilli.

«En 1954, mon père et ses collaborateurs ont fondé le *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria*. On m'a demandé de travailler dans ce cadre sur la contribution que l'anthropologie pouvait apporter aux campagnes d'éducation sanitaire» (SEPPILLI 1994: 516).¹⁶

Le *Centro* adopta très vite le projet de méthodologie participative développée par BURTON (1959) au Royaume-Uni et rapportée par Maria Antonia Modolo après son stage à Londres.¹⁷ Cette méthodologie était moins radicale que celles d'intervention-action participative développées en Amérique depuis les années trente (FOOTE WHYTE 1991) mais représentait, en Europe du Sud, une révolution par rapport au modèle classique d'éducation sanitaire médicalisée et verticale.¹⁸

Le projet participatif de Pérouse offrait des outils analytiques indispensables pour comprendre la diversité sociale et culturelle de la population, et prenait en considération aussi la diversité sociale et culturelle des agents d'éducation pour la santé (MODOLO & SEPPILLI 1981; «*Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria*», BARRO *et al.* 1958). Si Alessandro Seppilli, Maria Antonia Modolo, Maurizio Mori, Anna Ferrari sont tous médecins et hygiénistes dont l'objectif était la formation de praticiens, sages-femmes et infirmiers ainsi que faire des interventions participatives dans le domaine municipal et dans les entreprises, la présence d'un anthropologue professionnel, non médecin, témoigne la singularité du projet, et met en valeur l'ouverture intellectuelle d'Alessandro Seppilli.¹⁹ Celui-ci avait acquis une formation classique comme hygiéniste mais, vraisemblablement, l'influence de son épouse, l'anthropologue Anita Schwarzkopf-Seppilli et l'influence théorique et pratique de Tullio Seppilli, son fils anthropologue, comptèrent pour la participation des sciences sociales dans ce projet. Si nous ne pouvons évaluer le rôle de l'épouse au-delà de leur relation et collaboration personnelle,²⁰ nous pouvons le faire avec l'œuvre spécifique du jeune Tullio Seppilli.

Vers une anthropologie médicale

Le développement du *Centro* entre sa fondation et la fin du 20^{ème} siècle (BRIZIARELLI 1993, SANITARIA 2014) est particulièrement intéressante pour analyser, en Europe, l'articulation d'un projet d'éducation pour la Santé et santé publique avec l'anthropologie professionnelle et sur le rôle de l'anthropologie avant même de la constitution du concept d'anthropologie médicale pendant les années soixante du 20^{ème} siècle. Il s'agit aussi d'un excellent observatoire des débats sur la médicalisation bien avant que le terme fût à la mode vingt ans après.

L'incorporation organique – dans le sens que Gramsci attribue à l'intellectuel organique – d'un anthropologue professionnel dans ce projet fut une innovation en Europe. Elle est parallèle – mais différente – aux développements de la *clinical anthropology* appliquée au domaine médical aux Etats Unis (CAUDILL 1953), de la *Transcultural Psychiatry* au Canada (MURPHY 1955) ainsi qu'aux expériences faites au Mexique et au Brésil dans le cadre de l'*indigenismo* (AGUIRRE BELTRÁN 1947, 1994). Si les Canadiens devaient résoudre les obstacles que posait la diversité culturelle à la relation entre psychothérapeute et patient, Caudill mettait en valeur les outils techniques et la méthodologie de anthropologie professionnelle qui allaient bien au-delà des limites des ethnographies néo-hippocratiques écrites par les médecins (COMELLES 2000).²¹

Deux documents programmatiques pour comprendre l'originalité du rapport entre la médecine et l'anthropologie à Pérouse, ont été publiés en 1955 et 1959 par Tullio Seppilli. Le premier (SEPPILLI 1955), nous disait il y a vingt-cinq ans l'auteur, était un texte «un peu bolchévique», un manifeste dans le sens strict du terme, sur le rôle de l'anthropologie dans la pratique médicale de son temps. Présenté dans un colloque de la *Società italiana per il Progresso delle Scienze* – un milieu interdisciplinaire – il réclame le rôle que l'anthropologie professionnelle devait jouer dans la santé publique ou l'éducation pour la sante. Néanmoins, ce texte peut être aussi interprété comme une sorte de lettre de Tullio à Alessandro, son père, qui ouvre une collaboration de décades.

Le *Contributo* s'organisé en deux grands blocs. Le premier est une revendication de l'ethnologie professionnelle dans le domaine de la santé à partir du résumé et la critique d'un texte «d'autorité» du

Directeur Général adjoint de l'OMS Pierre DOROLLE (1953). Celui-ci parle d'ethnologie – le texte fut publié en Suisse – car ce terme était encore hégémonique en l'Europe continentale et se fait écho de l'importance cruciale des ethnologues dans le cadre des interventions sanitaires que l'OMS et ses bureaux régionaux développaient dans les territoires coloniaux ou dépendants. SEPPILLI (1955: 1–3) fait une synthèse des arguments de Dorolle pour signaler que, de la lecture de ce texte s'ensuit que la situation décrite permet de penser à son application aux programmes destinés aux régions moins développées d'Italie – la *questione meridionale* (SEPPILLI 1955: 4–5), donc d'une anthropologie – ou ethnologie ultramarine a une «chez soi» [comme] correspondant au projet de la «démologie» italienne. Nous ne connaissons en Europe, rien de semblable en ce moment historique. Aussi, l'adaptation du regard dès les études d'outre-mer au «chez soi» permet à Tullio Seppilli de ne pas appliquer la formule Dorolle-OMS, mais en profiter pour la repenser à partir du cas Italien. Ceci est en soi même un moment fondateur de ce que nous appelons aujourd'hui *anthropologie médicale – at home* si l'on veut.

La clef se place dans un second point, théorique, mais extrêmement important est autour du rôle et du sens que les dimensions «super-structurelles», «extrascientifiques» que les ethnologues décrivent dans leurs terrains (SEPPILLI 1955: 5), une problématique qui conduit à ne pas séparer une anthropologie «en» la médecine – la dimension instrumentale – d'une anthropologie «de» la médecine dans la mesure où il s'agit d'analyser la signification sociale et culturelle, le sens de la pratique médicale dans un contexte historique spécifique soit-il la Rhodésie coloniale, l'Inde britannique ou les paysans d'Amérique Latine. Face à un projet dissocié d'anthropologie médicale, le compromis de l'anthropologie que propose Tullio Seppilli ne peut dissocier les deux dimensions

DOROLLE (1953) décrivait la position officielle de l'OMS. Selon le résumé par T. SEPPILLI (1955: 3–5) –, il partait du principe que des conceptions modernes de la santé ne permettent pas une considération individuelle de sujets, car ceux-ci ne peuvent pas être abstraits de leur contexte social, économique et culturel. Ce sont les variables culturelles celles qui sont décisives pour les réactions des individus et des collectivités aux interventions, et comme cette variabilité est énorme la connais-

sance du contexte culturel est indispensable. Dorolle constatait que la diversité culturelle des agents sanitaires empêchait ceux-ci gérer la diversité des autres: l'hygiéniste agit selon «son» monde culturel pour imposer sa supériorité. Pour Dorolle (cit. à SEPPILLI 1955: 5) l'imposition devait être bannie à cause du droit des populations de maintenir leur culture et leur résistance à accepter des impositions extérieures.

Cette situation de conflit dérivé du contact culturel, permettait à Dorolle justifier la nécessité de collaboration entre la médecine et l'ethnologie à cause de la connaissance de celle-ci des «idées et des pratiques et des mœurs associés à la maladie, à la naissance, à la mort, aux funérailles, à la vie future et à tout ce qui est en rapport avec les conceptions religieuses» (cit. à SEPPILLI 1955: 5). L'ethnologue étudierait la population sur laquelle l'intervention devrait se produire et son patrimoine idéologique, élaborerait un programme avec les hygiénistes, surveillerait leurs activités, prêt à intervenir pour résoudre les problèmes dérivés de la pratique hygiéniste. En synthèse l'ethnologie fournirait la plateforme indispensable pour l'intervention sanitaire dans les pays cités (cit. à SEPPILLI 1955: 6).

Seppilli reconnut le progrès que représentait en 1953 cette proposition. Nous croyons que même aujourd'hui l'agenda de Dorolle est encore un point de départ et un débat actuel. Ce qui se nomme aujourd'hui comme «compétence culturelle» comme une relative nouveauté n'est pas loin aujourd'hui malgré les critiques furibondes des anthropologues (MORGAN 1990, COMELLES 2010). Mais en 1954, Tullio Seppilli, qui n'a jamais été dupe, va au-delà de l'*idéologie politique* de Dorolle, et du *relativisme* propre de l'anthropologie sociale ou culturelle de son temps dans une critique implacable aux limites de ces interventions associées à une proposition alternative, qu'il développera, quelques années plus tard lors du premier cours d'été en éducation sanitaire à Pérouse en 1958.²²

La critique contenue dans le *Contributo* se centre sur les limites idéologiques du projet de médicalisation culturaliste de Dorolle, et sur les limites des écoles fonctionnalistes anglo-saxonnes et du relativisme quand il doit intervenir sur une réalité biologique incontestable: Pour T. Seppilli l'intervention sanitaire ne peut changer la réalité à laquelle elle s'applique, ni transformer la vie sociale, culturelle et économique de la collectivité sur laquelle elle

opère. En fait, prétendre intervenir sans changer est une contradiction dérivée d'une conception statique de la culture qui refuse la valeur de l'historicité des peuples. La critique de Seppilli au fonctionnalisme est aussi fondée sur le rôle «organique» que l'ethnologie anglo-saxonne eut pour expliquer et justifier le modèle de l'*indirect rule* comme stratégie de domination coloniale de l'Empire britannique, ou le rôle «organique» que l'anthropologie culturelle eut pour la naturalisation de situations sociales d'inégalités ou de différences aux Etats-Unis.

Encore, l'intervention même, Seppilli la place dans l'économie politique – ce sont les pouvoirs métropolitains qui déterminent et financent les interventions sur place – et ceci implique que les objectifs de l'intervention, soit elle une campagne de vaccination ou d'assainissement, doivent répondre aux intérêts stratégiques de la métropole par-dessus les intérêts réels de la population.

Placer la problématique du rapport médecine et ethnologie dans le cadre de l'économie politique avait des précédents,²³ la condition de manifeste que suppose le *Contributo* peut être reliée avec les débats sur ce qu'on appelle l'anthropologie médicale critique aux années quatre-vingts (MENÉNDEZ 1981, BAER 1990). Or loin de nous trouver devant un texte innovateur, mais donc la portée pratique est extrêmement limitée, par l'absence d'un contexte réceptif, le *Contributo* est le point de départ d'un projet d'action dans le cadre du *Centro* qui se prolongera jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle (FALTERI & BARTOLI 1994) et qui aura une influence significative en Amérique Latine et en Espagne (COMELLES, PERDIGUERO-GIL & MARTÍNEZ-HERNÁEZ 2007).

Pour le lecteur actuel du *Contributo*, la critique depuis le marxisme des propos de Dorolle peut être choquant par l'usage d'une terminologie qui rappelle les temps de la Guerre Froide. Or, le fait le plus intéressant du jeu argumentatif de Tullio Seppilli est que l'analyse et la critique marxiste au fonctionnalisme n'est pas schématique mais d'une complexité et d'une sophistication intellectuelle surprenante pour un jeune chercheur de vingt-six ans. Cette critique se fait en deux sens: le premier la futilité d'un projet de médicalisation – ce que prétend l'OMS –, s'il se limite à préserver intacte la réalité qu'elle cherche à changer: le relativisme de Dorolle, et de l'OMS, deviennent un obstacle au changement en soi-même et un alibi d'idéaliste pour maintenir stables les conditions de domination. Tullio Seppilli

savait – et sait – que le choléra ou la fièvre jaune ne sont pas des métaphores²⁴ et que pour changer réellement les choses, pour que les gens incorporent vraiment le projet d'éducation pour la santé, l'avant et l'après ne peuvent être la même chose.²⁵

Vingt ans avant FOUCAULT (1977) et ILLICH (1975), l'économie politique de la médicalisation des peuples soumis ou dépendants met en relief le rôle subsidiaire qu'a le discours et la pratique médicale comme outil de normalisation culturelle et de domination. Le *Contributo* est un projet de *critical medical anthropology* écrit quarante ans avant les manifestes de BAER (1990) et de ses collègues, dans lequel le discours marxiste n'adopte pas son réductionnisme classique mais la richesse analytique dérivée de l'influence de textes de Gramsci et du traitement que DE MARTINO (1985) avait fait du monde magique.

La conclusion globale est que les projets de médicalisation ne peuvent être implantés raisonnablement que dans le cadre d'un procès plus global et général «de ré-nouvellement économique, social et culturel des pays dans lequel la collaboration de l'ethnologie pourrait avoir un poids considérable en tant qu'élément de conscience historique à l'intérieur de ce processus dynamique» (SEPPILLI 1955: 17).

Le *Contributo*, nous l'avons dit, est aussi un manifeste destiné aux anthropologues – ou ethnologues –, qui parlent de leur compromis social. Il sera relié par un document postérieur collectif (BONACINI SEPPILLI *et al.* 1958) destiné à la mobilisation critique des anthropologues et qui se traduira, en Italie par un fort compromis social de la plupart d'eux (PANDOLFI & BIBEAU 2007) autour de la notion, très intéressante de «l'usage social» («*usi sociali*») de la discipline qui permettra aller au-delà d'une anthropologie médicale appliquée social et politiquement neutre.

L'application pratique de ces propos apparaît dans le second texte de Tullio Seppilli, destiné en ce cas à la formation des professionnels de la santé dans le cadre du premier cours d'été du *Centro* en 1958.²⁶ Un ouvrage collectif qui devint une référence internationale à partir de la relation entre le *Centro* avec IUHED. Si le livre est présidé par un texte de BURTON (1959), un des fondateurs internationaux de l'éducation pour la Santé moderne, le suivant chapitre, pas par hasard est le texte du jeune Tullio Seppilli qui a une vocation théorique et

pratique mais souligne, à notre avis, la signification que l'ensemble des participants donnent au rôle de l'anthropologie professionnelle dans le projet.²⁷

Pour Seppilli: «... L'educazione sanitaria costituisce un'attività volta a sviluppare in un determinato gruppo sociale atteggiamenti e comportamenti igienicamente positivi: atteggiamenti e comportamenti, cioè, che nelle manifestazioni con cui gli individui appartenenti al gruppo affrontano la propria vita e i rapporti col resto della società in particolare con il personale specializzato, con le autorità e con le istituzioni che direttamente o indirettamente svolgono attività sanitarimente significanti –, si dirigano al raggiungimento dello stato di massimo benessere biologico (nel più organico significato dell'espressione) realizzabile entro il quadro sociale (storico) ed ecologico in cui il gruppo si muove. *L'educazione sanitaria* costituisce quindi un tipo specifico *d'intervento igienico* e più in generale un tipo specifico *d'intervento sanitario*. Ancora più in generale essa costituisce un tipo specifico *d'intervento sociale*» (SEPPILLI 1959: 326).^v

Dans sa présentation T. Seppilli souligne la dimension spécialisée mais sociale de l'éducation pour la santé et sa volonté de changement mais en établissant l'existence d'un contexte écologique, social et historique ou l'intervention se place, et:

«Ogni intervento sociale si struttura attraverso la istituzione di un particolare rapporto tra due gruppi sociali, uno dei quali si pone per il fatto stesso che intraprende l'intervento e almeno entro le coordinate di esso – come relativamente attivo nei confronti del l'altro. Tale rapporto può risolversi sul piano operativo mediante contatti interindividuali ovvero mediante più vasti incontri collettivi. Intorno ai dinamismi direttamente legati ai suoi obiettivi specifici esso comunque coinvolge globalmente e in certa misura trasforma le personalità, i patrimoni culturali, le condizioni sociologiche ed economiche di ambo le parti in dialettica connessione con il quadro formato dal contesto sociale ed ecologico» (*ibid.* 325).^{vi}

L'argument rejoint sa critique à la «compétence culturelle» proposée par Dorolle et qu'il avait critiquée dans son article précédent. En signalant ceci l'auteur attribue aux éducateurs un compromis personnel et social qu'il développera de suite. N'oublions pas qu'il s'agit d'un cours de formation pour professionnels et en ce sens il les avertit des implications de leur tâche:

«Gli obiettivi dell'intervento non sono evidentemente avulsi dalle condizioni del gruppo che si propone di condurlo, dalla posizione che questo occupa nel sistema sociale; muovendosi nell'intervento in atto tale gruppo sviluppa inoltre intorno all'asse dei meccanismi specifici messi consciamente in opera con il fine di raggiungere gli obiettivi programmati, numerosi altri meccanismi collaterali

più o meno volontari e più o meno coscienti; nel gruppo che è oggetto dell'intervento queste diverse sollecitazioni coinvolgono campi assai più estesi di quelli che sembrano soffrire direttamente l'impact, e determinano reazioni complesse e in generale trasformazioni che si muovono nella direzione degli obiettivi programmati ovvero ostacolano la loro realizzazione, ne oltrepassano comunque la sfera venendo ad incidere sullo stesso gruppo che ha prodotto l'intervento e sull'intero contesto sociale ed ecologico. – In tal modo l'intervento sociale non si esaurisce nel semplice insieme dei dinamismi direttamente legati ai suoi obiettivi specifici, ma tende in certa misura a configurarsi come rapporto globale e bidirezionale tra i due gruppi di un contesto ed è in questo quadro determinato così stando le cose il conseguimento di tali obiettivi viene condizionato da un insieme di dinamismi che interessa l'intero contesto, più vasto che si definiscono gli effetti globali dell'intervento e la misura del suo successo» (*ibid.* 326).^{vii}

La plupart du texte est orientée pour avertir les professionnels des obstacles qu'ils vont rencontrer dans son rapport avec les autres, ceux dérivés de leur propre contexte et ceux dérivés des particularités locales. Cette approche implique une prise conscience de la part des éducateurs que son action doit s'insérer dans un projet de changement:

«Il successo di una campagna di educazione sanitaria risulterà quindi notevolmente ridotto qualora gli educatori non riescano ad ancorar i contenuti del loro insegnamento nel patrimonio culturale dei gruppi cui l'intervento è diretti facendo leva su forti motivazioni già esistenti ovvero inducendone di nuove, coerenti con quei contenuti, matrici possibili, cioè, degli atteggiamento e dei comportamenti che costituiscono l'obiettivo della campagna» (*ibid.* 335).^{viii}

Conclusions

En 1944, un juif, médecin hygiéniste comme Alessandro Seppilli, exilé au Pérou par l'accès d'Hitler au pouvoir, écrivit une monographie sur la santé en Amazonie péruvienne en espagnol (KUCZYNSKI-GODARD 1944). Publiée à Lima, elle resta inconnue. Kuczynski, marxiste militant, avait, lui, lu les fonctionnalistes anglo-saxons. La monographie est probablement un des précédents les plus illustres de l'anthropologie médicale moderne, mais sans aucune suite. Le gouvernement péruvien de droite le condamna à un exil intérieur et dut gagner sa vie comme praticien à Lima jusqu'à sa mort.

Kuczynski est aussi partie des oubliettes de l'Histoire et son échec nous sert pour mettre en contraste, comme le projet d'articulation entre l'anthropolo-

gie, la médecine et l'éducation pour la santé, faite par Tullio Seppilli à Pérouse depuis les années cinquante, ne suivit pas le chemin de la singularité anecdotique. Les conditions économiques, sociales, politiques et culturelles de l'Italie démocratique n'étaient pas celles du Pérou autoritaire des années quarante et ceci fait la différence. Le poids de la pensée de gauche dans la culture Italienne d'après-guerre permit un développement qui arrive jusqu'à nos jours. Il n'y a pas de solution de continuité, en Italie, entre le compromis des *medici condotti* du XIX^{ème} siècle – médecins et anthropologues réunis dans une même personne et l'articulation entre médecins, médecins anthropologues et anthropologues dans l'Italie de l'après-guerre à nos jours. Cette généalogie plus que centenaire permet que raconter – ou reconstruire – cette histoire particulière Italienne mais aussi Européenne, aujourd'hui ne soit pas une curiosité d'érudits mais à partir d'un article d'hommage – fêter les 85 ans de Tullio Seppilli, un des fondateurs de l'anthropologie médicale moderne, soit l'occasion de réfléchir sur le passé, le présent et le futur de l'anthropologie médicale internationale. Sur le passé parce que les cours d'été de Pérouse, avec son équipe d'anthropologues a formé des centaines de professionnels en éducation pour la santé de très différents pays – et une génération entière d'Espagnols –, parce que entre 1958 et 1961 Ernesto de Martino, le grand-maître-à-penser de Tullio Seppilli et une des personnalités les plus fascinante de l'histoire culturelle du 20^{ème} siècle en Europe, partit faire sa recherche au Salento avec un psychiatre critique, Giovanni Jervis, des ethnomusicologues et une travailleuse sociale. S'ensuit un classique fondamental de l'anthropologie professionnelle (DE MARTINO 1994) internationale mais un exemple avant la lettre d'anthropologie médicale impliquée avec une équipe multidisciplinaire. Son leader est un chercheur académique comparable à Claude Lévi-Strauss en France ou à Julio Caro Baroja en Espagne mais en 1961 la dimension critique de l'œuvre de De Martino, une anthropologie «chez soi», n'a d'équivalent ailleurs.

Nous ne pouvons pas séparer Pérouse du Salento de De Martino, mais la démologie italienne, qui n'est pas le folklore culturel du 19^{ème} siècle, débat sur le «chez soi» trente ans avant la constitution, en Europe d'un réseau *Medical Anthropology at home*. Seppilli et De Martino comprirent, dans le contexte où ils écrivent, que l'anthropologie devait répondre

aussi à la réalité complexe de la *res publica*. Complexité dont, de sa prison, Gramsci avait écrit déjà des pages mémorables d'une perspective qui ne pouvait qu'être celle qui pouvait être contrastée sur le terrain (GRAMSCI 1972). Celui de Gramsci dérivait de sa capacité de voir le monde local et de le placer dans une dimension globale. Seppilli et De Martino le firent, en développant une méthodologie critique et en la projetant, à partir d'une pédagogie, sur les professionnels de la santé, impliquant ceux – ci dans le terrain. Et ces apports ne remettent pas simplement à la connaissance érudite, mais offrent au future des concepts, des prises de position ou de réflexion absolument actuelles. On dit que Marx disait que les peuples (ou les professions) qui ne connaissent pas leur histoire, sont obligées à la redoubler. Récupérer ici une singularité, a comme objet récupérer des expériences qui appartiennent à un passé pas si lointain et qui est le nôtre pour avoir des idées, en une période historique de rénovation des mouvements sociaux, sur notre future.

Reconnaisances

Notre reconnaissance à Tullio Seppilli, Giovanni Pizza, Paolo Bartoli, Paola Falteri, Maria Antonia Modolo, Maurizio Mori, Anna Ferrari et Lamberto Brizziarelli dont nous avons enregistré en audio et en vidéo des interviews sur le sujet de cet article, ainsi qu'au personnel de la *Fondazione Angelo Celli* et du *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria* de l'*Università degli Studi di Perugia*.

Traductions de l'italien* Übersetzungen aus dem Italienischen*

[i] p. 87

Il ne faut pas croire que les remèdes empiriques représentent toujours un malheur. Pas toujours: en effet la plupart du temps, au contraire, ils sont porteurs de puissants bénéfices, parce qu'en réalité ils se basent sur des expériences millénaires. Comment feraient donc les pauvres gens perdus dans les campagnes et dans les hameaux là où il est rare de rencontrer un médecin, si un grand malade n'avait pas recours à la médecine traditionnelle? (DE NINO 1891: vii–viii).

Man sollte nicht glauben, dass die aus der Erfahrung stammenden Heilmittel immer schlecht sind. Meistens nicht: im Gegenteil, sie sind oft segensreich, weil sie auf Jahrhunderte alten Erfahrungen aufbauen. Was sollten schließlich die armen Leute in ländlichen Gegenden oder abgelegenen Weilern machen, wo es kaum Ärzte gibt und ein Schwerkranker auch keinen Zugang zu traditionellen Medizinern hat? (DE NINO 1891: vii–viii).

[ii] p. 87

Dans tous les coins du monde, là où le médecin commence à exercer son art, il trouve dans la société qui l'entoure un ennemi caché qui, quand il ne s'y attend pas, contraste son avancée ou lui coupe

les jambes. Cet adverse mystérieux, qui change souvent d'armes et de tactique, mais qui est toujours formidable comme tous les ennemis traités, est représenté par la médecine populaire (MANTEGAZZA 1870: 109).

In allen Winkeln der Welt, in denen ein Arzt beginnt, seine Künste auszuüben, taucht anscheinend aus der umgebenden Gesellschaft ein verkappter Feind auf, der sich ihm, wenn er nicht aufpasst, in den Weg stellt und versucht, ihn zum Stolpern zu bringen. Dieser mysteriöse Gegner, der oft die Waffen und die Taktik wechselt und immer wie alle hinterlistigen Feinde schrecklich ist, wird mit der Volksmedizin dingfest gemacht (MANTEGAZZA 1870: 109).

[iii] p. 88

La superstition, organe de la pensée, qui survit, tel un muscle rudimentaire, au progrès et à l'évolution; est un mystère du passé, qui fut un temps vérité glorieuse incontestée et qui après les hauts et les bas de la hiérarchie sociale, reste pendant quelque temps tel un dernier refuge parmi les béats de la pensée, et vient ensuite entièrement éliminé (MANTEGAZZA 1892: XII).

Der Aberglaube als Organ einer überlebenden alten Idee ist wie ein rudimentärer Muskel im Zuge des Fortschrittes und der Evolution; eher ein Schatten der Vergangenheit und in einer früheren ruhreichen Epoche wohl unangetastet, der Höhen und Tiefen der sozialen Hierarchien durchlaufen hat und noch eine Zeit lang den Rückzugsort für die Apoleten der Idee bietet, bis er völlig eliminiert ist (MANTEGAZZA 1892: XII).

[iv] p. 89

Art. 32. La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et de l'intérêt de la collectivité, et garantit les soins gratuits aux personnes indigentes. Personne ne peut être soumis à un traitement sanitaire particulier à moins d'une disposition de loi. La loi ne peut dans aucun cas violer les limites imposées au respect de la personne humaine.

Art. 32. Die [italienische] Republik schützt die Gesundheit als Grundrecht des Einzelnen und als im öffentlichen Interesse und garantiert eine kostenlose Versorgung für Bedürftige. Niemand kann ohne Gesetzesgrundlage einer einzelnen medizinischen Maßnahme unterzogen werden. Das Gesetz darf in keinem Fall die festgelegten Grenzen bezüglich der Achtung der Person und seiner Würde verletzen.

[v] p. 93

Pour Seppilli: «... L'Éducation sanitaire représente une activité dont le but est de développer dans un groupe social déterminé des attitudes et des comportements hygiéniquement positifs: attitudes et comportements, c'est-à-dire, que dans les manifestations que tout individu appartenant au groupe, affronte sa propre vie et ses rapports avec le reste de la société en particulier avec le personnel spécialisé, avec les autorités et avec les institutions qui directement ou indirectement accomplissent des activités sanitaires significatives –, afin de réaliser un état de bien-être biologique maximum (dans l'expression la plus significative du terme) qui puisse être réalisé dans le cadre social (historique) et écologique dans lequel le groupe vit. L'Éducation sanitaire représente donc une typologie spécifique d'intervention hygiénique et plus en général une typologie d'intervention sanitaire. En général elle représente une façon spécifique d'intervention sociale» (SEPPILLI 1959: 326).

Für Seppilli produziert „... Gesundheitserziehung eine Aktivität, mit der in einer sozial definierten Gruppe sinnvolle hygienische Verhaltensweisen und Einstellungen entwickelt werden: Verhaltensweise und Einstellung bedeutet hier, dass jedes der Gruppe zugehörige Individuum in seinen Äußerungen zugleich mit seinem eigenen Leben und in seinen Bezügen zum Rest der Gesellschaft konfrontiert wird und dies insbesondere mit spezialisiertem Personal, den Autoritäten und den Einrichtungen, die direkt oder mittelbar mit den entscheidenden gesundheitlichen Aktivitäten aufwarten, die es ihm ermöglichen, einen maximalen (im weitesten Sinne des Wortes) biologischen Zustand des Wohlbefindens zu erreichen, der im (geschichtlich verstandenen) sozia-

len und ökologischen Rahmen in seiner realen Gruppe möglich ist. Gesundheitserziehung stellt so gesehen einen speziellen Typ einer hygienischen Intervention dar und ist allgemeiner ausgedrückt ein Typ von Gesundheits-Intervention. Ganz allgemein gesprochen stellt sie eine spezifische Art und Weise der sozialen Intervention dar“ (SEPPILLI 1959: 326).

[vi] p. 93

Toute intervention et structure sociale se réalisent au travers d'un rapport particulier entre deux groupes sociaux, dont un se met dans une situation relativement active par rapport à l'autre, du fait qu'il entend l'intervention tout au moins dans son contexte. Ce rapport peut se résoudre sur le plan opérationnel au travers de contacts interindividuels ou de contacts collectifs plus vastes. Autour des dynamiques directement liées à ses objectifs spécifiques, l'intervention de toute manière implique globalement et transforme dans une certaine mesure les personnalités, les patrimoines culturels, les conditions sociologiques et économiques des deux parties en connexion dialectique avec le contexte social et écologique (*ibid.* 325).

Alle soziale Aktivität kann sich in einer Institution nur als Einzelbeitrag im Rahmen einer Institution zwischen zwei sozialen Segmenten entwickeln, bei der in einem in Bezug zum anderen mehr Aktivität entfaltet wird und die Intervention tatsächlich in dem einen Kontext durchgeführt und damit der andere konfrontiert wird. Solch ein Beitrag kann als planmäßig durchgeführte Maßnahme über persönliche Kontakte oder über kollektive umfassendere Kontakte angestrebt werden. Entsprechend der Dynamiken, die direkt mit den spezifizierten Zielsetzungen verbunden sind, hat die Maßnahme indes eine allgemeinere Wirkung und verändert bis zu einem gewissen Grad die Beteiligten, deren kulturell überkommenen Werte und ebenso die gesellschaftlichen und ökonomischen Grundbedingungen in den beiden Segmenten in einer dialektischen Beziehung zu den Eckpunkten des sozialen und ökologischen Kontexts (*ibid.* 325).

[vii] p. 93

Les objectifs de l'intervention ne sont pas évidemment séparés des conditions du groupe qui s'engage à la réaliser et de la position que cette intervention occupe dans le système social. Lors de la réalisation de l'intervention ce groupe développe des mécanismes spécifiques mis consciemment en œuvre dans le but d'atteindre les objectifs programmés et de nombreux autres mécanismes collatéraux plus ou moins volontaires et plus ou moins conscients. Dans le groupe, objet de l'intervention, ces différentes sollicitations touchent des terrains bien plus amples que ceux qui semblent souffrir directement l'impact, et déterminent des réactions complexes et en général des transformations qui se déplacent dans la direction des objectifs programmés c'est-à-dire qu'ils font obstacle à leur réalisation, qu'ils en dépassent de toute façon le but en intervenant sur le même groupe qui a produit l'intervention et sur le contexte social et écologique entier. De cette façon l'intervention sociale ne termine pas dans l'ensemble des dynamismes directement liés au objectifs spécifiques, mais tend dans une certaine mesure à se configurer comme un rapport global et bidirectionnel entre les deux groupes d'un contexte et c'est dans ce cadre ainsi déterminé que l'aboutissement de tels objectifs est conditionné par un ensemble de dynamismes qui intéresse l'unité du contexte, plus vaste qui définit les effets globaux de l'intervention et la mesure de son succès (*ibid.* 325).

Die Ziele der Maßnahme können nicht von den Bedingungen des Gruppensegments abgekoppelt werden, das sich für deren Verwirklichung einsetzt und ebensowenig von der Stellung, die diese Maßnahme im ganzen sozialen System einnimmt. Daher wird die Gruppe im Zuge der Durchführung der Maßnahme spezielle Mechanismen entwickeln und bewusst mit dem Ziel einbringen, die programmierten Zielsetzungen zu erreichen, ist aber begleitet von anderen mehr oder weniger freiwilligen und auch mehr oder weniger bewussten kollateralen Mechanismen. In der Zielgruppe werden die verschiedenen Bemühungen tiefere und weitere Schichten

in Mitleidschaft ziehen als die, die anscheinbar direkt betroffen sind und determinieren damit komplexe Reaktionen und allgemeinere Veränderungen, die der Richtung der Programmziele im Weg stehen, das heißt Hindernisse für die Verwirklichung darstellen, auf jeden Fall sich dem Ziel entgegenstellen, indem sie auf die Gruppe einwirken, von der die Maßnahme kommt sowie auf den gesamten sozialen und ökologischen Kontext. Danach wird die soziale Maßnahme im Geflecht der Dynamiken nicht dort ankommen, wo sie direkt mit ihren spezifischen Ziele verbunden wurde, sondern bis zu einem gewissen Grade dahin tendieren, die Gestalt eines globaleren Beitrags anzunehmen und sich zwischen den beiden Segmenten eines sozialen Kontexts verorten. Desgleichen ist in diesem Rahmen vorhersagbar, dass der Ausgang solcher Zielsetzungen von dem Gesamtgeflecht der Dynamiken bestimmt wird, der im Interesse des Erhalts des Gesamtkontexts liegt, verallgemeinernd gesprochen, der die globalen Effekte der Maßnahme und das Ausmaß des Erfolges bestimmt (*ibid.* 325).

[viii] p. 93

Le succès d'une campagne d'éducation sanitaire résultera donc fortement réduite si les éducateurs n'arrivent pas à ancrer les contenus de leur enseignement dans le patrimoine culturel des groupes qui sont objets de l'intervention en agissant sur les fortes motivations déjà existantes ou en produisant de nouvelles, cohérentes avec des contenus, matrices possibles, c'est-à-dire, des attitudes et des comportements qui représentent l'objectif de la campagne (*ibid.* 335).

Der Erfolg einer Gesundheitserziehungskampagne wird dann deutlich verringert, wenn es den Erziehern nicht gelingt, die Inhalte ihres Erziehungsprogramms in den kulturellen Werten der Gruppen zu verankern, denen die Maßnahme gilt und wenn sie nicht auf den bereits bestehenden Motivationen aufbaut oder neue entwickelt, die mit den vorhandenen Gegebenheiten übereinstimmen, das heißt, mit den Einstellungen und Befindlichkeiten derer, denen die Kampagnen dienen sollen (*ibid.* 335).

* Traductions par la rédaction *Curare* (Nelly Guerci, I-Genova; Ekkehard Schröder, D-Potsdam).

Annotations

- Dans ce texte nous employons *démologie* comme synonyme de folklore pour éviter les connotations de ce terme pour les jeunes chercheurs. Sur l'apparition de ce concept voir ANGIONI (1994), sur son évolution postérieure CIRESE (1994).
- Traduit à l'anglais et au portugais (SAILLANT & GENEST 2007, 2012).
- Sauf chez COMELLES & MARTÍNEZ-HERNÁEZ (1993).
- Giuseppe Pitre avait publié dans sa revue un texte sur les superstitions médicales espagnoles (OLABARRÍA 1885 dans BLACK 1982).
- Machado publia sa correspondance avec RUBIO Y GALI avec la traduction espagnole du livre de BLACK (1982). Il ajouta aussi l'article d'Olabarría, voir note 4.
- Le *condotto* est un médecin public salarié par l'état. Le terme vient de la *conductio* un contrat que les cités du Moyen Age et de l'Europe Moderne faisaient avec les médecins pour assurer sa présence en ville. (Sur ses origines voir NUTTON 1981).
- PAOLO MANTEGAZZA, médecin, occupa la première chaire d'anthropologie d'Italie en 1869. Darwiniste, activiste politique et vulgarisateur de la médecine il fonda les études de folklore en Italie, un mouvement dans lequel les médecins sont nombreux en Europe au 19^{ème} Siècle.
- Sur le folklore médical en Espagne voir PERDIGUERO & COMELLES (2014).
- AMADES (1980) publia la plupart des classements du folklore européen du 20^{ème} siècle.
- Un terme utilisé pour identifier les paysans d'Italie du Sud comme des gens ignorants.
- Sur les politiques sanitaires et la sécurité sociale italienne d'après-guerre voir TARONI (2011a, 2011b, 2011c).
- Sur l'IUHPE voir <http://www.iuhpe.org/index.php/en/>.
- Sur son développement en Italie voir BRIZIARELLI (1993) et GRIECO & BERTAZZI (1997). Une partie des données de cette partie de l'article correspond aux propos tenus avec nos informateurs, voir les reconnaissances.
- Aujourd'hui *Centro Sperimentale per la promozione della salute e l'Educazione sanitaria* (CSES) convertit en institut universitaire en 1963 avec l'appui du Président de l'Université Ermini. Selon Maria Antonia Modolo le Centro fut une des conséquences de la *Prima settimana per l'igiene e la sanità* qui se développa à Pérouse entre le 7 et le 13 Juin 1952. (Voir *Relazione sulla 1. settimana per l'igiene e la sanità in Perugia, 7-13 giugno 1952* [a cura di Carlo SGANGA 2014], une synthèse est dans le document du *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria*).
- Sganga fut le premier directeur de la revue *Educazione Sanitaria* l'organe officiel du Centro.
- Tullio Seppilli (né à Padoue 1928) avait commencé des études d'anthropologie culturelle au Brésil et d'ethnologie en Italie. Membre du Parti Communiste Brésilien et puis Italien il était assistant d'Ernesto de Martino, membre aussi du parti. Sa double formation américaine et européenne en fait un cas assez singulier dans sa génération dans le Sud de l'Europe. La collaboration entre Tullio Seppilli et le Centro de Pérouse doit se placer dans ce contexte.
- A. Seppilli envoya Maria Antonia Modolo à Londres, comme boursière pour suivre le cours d'éducation sanitaire de John Burton (1959) au *Central Council of Health Education*, elle fut un des rapporteurs du premier cours d'été au Centro à Pérouse (MODOLO 2014, com. pers.)
- Un projet de participation pas trop bien reçu par ses égaux, et qui n'eut pas de développement ailleurs. Un second centre se créa à Milan, *Centro Lombardo di Educazione Sanitaria* cité dans son *Saluto* par Ermini dans le 1^{er} numéro de *L'Educazione Sanitaria*.
- Alessandro Seppilli (né à Trieste 1902, mourut à Perugia 1995), d'origine juive séfardie, naquit au début du XX^{ème} Siècle sous l'Empire Austro-hongrois, à Trieste, en 1938 dut abandonner son poste à l'Université à cause des lois racistes de Mussolini. S'installa au Brésil où il fut le patron d'une industrie pharmaceutique ce qui lui permit se confronter à la diversité culturelle et de classe. Libéral, il devint socialiste non unioniste avec les communistes. Marié à une juive d'origine slovène Ana Schwartzkopf (née à Fiume 1902, mourut à Perugia 1992) qui était anthropologue culturelle et fit toute sa vie des recherches ethnologiques, son fils Tullio aurait commencé une carrière en biologie, mais se décanta bien vite vers l'anthropologie culturelle. Voir notes biographiques à www.pensiero.it/ipse/storia/4_2.swf & <http://www.antropologiamedica.it/seppilli.html> [vues le 26 mai 2014]. Aussi les entretiens avec T. Seppilli, A. Modolo, L. Briziarelli, A. Ferrari et M. Mori.
- Anita Seppilli organisait des cycles de conférences à Pérouse dans le cadre des arts et des humanités que son mari suivait régulièrement.
- En Europe on peut y rattacher les expériences de gérer la diversité culturelle faites par Fanon (YOUSSEF & FADL 1996) en Tunisie et par Collomb à Fann/Dakar (COLLIGNON 1978).
- Voir le compte rendu du cours à "Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria," (1958). Le texte de Seppilli fut républié (SEPPILLI 1959).
- A côté d'ENGELS (1952), un excellent exemple est la monographie de Maxime KUCZYNSKI-GODARD (1944) sur les conditions de santé en Amazonie Péruvienne à la fin trente. Son interprétation des conditions de santé des travailleurs autochtones dans les plantations de caoutchouc est un document d'une finesse ethnographique impressionnante et met en relief la présence

- dans la pratique médicale de médecins capables d'incorporer les outils de l'anthropologie professionnelle. (Sur Kuczynski voir KNIPPER 2009).
24. T. Seppilli avant de devenir anthropologue avait commencé des études de biologie pour suivre, peut-être la stèle de son père, il ne nie jamais la valeur du biologique dans les comportements humains, et encore dans une conférence enregistrée en vidéo récente il a mis en valeur la nécessité d'un regard complémentaire entre biologie, société et culture (SEPPILLI 1994).
25. Seppilli n'invoque pas les *agency* et les *embodiments* de la littérature actuelle. Il n'en a pas besoin pour expliquer, en la langue de Leopardi, la même chose.
26. T. Seppilli ne nie jamais la valeur du biologique dans les comportements humains en encore dans une conférence enregistrée en vidéo récente il a mis en valeur la nécessité d'un regard complémentaire entre biologie, société et culture (SEPPILLI 1994).
27. T. Seppilli était déjà professeur d'ethnologie à l'Université de Pérouse.

Bibliographie

- AGUIRRE BELTRAN G. 1947. La medicina indígena. *América Indígena* 7,2: 107-127.
- 1994. *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*. Veracruz: Universidad Veracruzana (459 p.).
- AMADES J. 1980. *Folklore de Catalunya*, vol. III. Barcelona: Editorial Selecta.
- ANGIONI G. 1994. Une démo-ethno-anthropologie? Des pères fondateurs aux problèmes actuels. *Ethnologie Française* 24,3: 602-614.
- BAER H.A. 1990. The possibilities and dilemmas of building bridges between critical medical anthropology and clinical anthropology: A discussion. *Soc Sci Med* 30,9: 1011-1013.
- BALLESTER AÑÓN, R. & PERDIGUERO GIL, E. 2003. Federico Rubio y el Folklore médico. In *El Dr. Federico Rubio Gali: Medicina y Sociedad en el siglo XIX*. Puerto de Santa María: Ayuntamiento del Puerto de Santa María: 475-497.
- BARRETT F.A. 2002. The role of French-language contributors to the development of medical geography (1782-1933). *Soc Sci Med* 55,1: 155-165.
- BARRO G., MODOLO, A. & MORI, M. 1958. Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria. In *Atti del I Corso estivo di educazione sanitaria, Perugia 14-21 Settembre 1958*. Perugia: Quaderni del Centro Sperimentale per l'educazione sanitaria (200 p.).
- BARTOLI P. 1983. La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello stato unitario italiano. In SEPPILLI T. (a cura di). *La medicina popolare*. Brescia: Grafo: 23-30.
- BLACK W.G. 1883. *Folk-Medicine; a Chapter in the History of Culture*. London: Folklore Society.
- 1989. *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura*. Madrid: El Progreso Editorial (361 p.).
- BONACINI SEPPILLI L., CALISI R., CANTALAMESSA CARBONI G., SEPPILLI T., SIGNORELLI A. & TENTORI T. 1958. L'Antropologia culturale nel quadro delle scienze dell'uomo. Appunti per un memorandum. In *1° Congresso Nazionale delle Scienze Sociali*: 1-8.
- BRIZIARELLI L. 1993. Educazione sanitaria e promozione della salute: rapporti e campi di applicazione. *Educazione Sanitaria E Promozione Della Salute* 16,2: 75-83.
- BURTON J. 1959. Finalità, metodi e mezzi della Educazione Sanitaria. In *Atti del 1° Corso estivo di educazione sanitaria*. Perugia: Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria: 16-27.
- CASCO-SOLIS J. 2001. Las topografías medicas: revisión y cronología. *Asclepio* 53,1: 213-244.
- CAUDILL W. 1953. Applied Anthropology in Medicine. In KROEBER A. (ed). *Anthropology Today*. Chicago University Press: 771-806.
- CIRESE A. 1994. Des paysans de Rieti à l'ordinateur. Ou en est la démologie. Interview faite par Françoise Loux et Cristina Papa. *Ethnologie Française* 24,3: 484-497.
- COCCHIARA G. 1981. *Storia del folklore in Italia*. Palermo: Sellerio (263 p.).
- COLLIGNON R. 1978. Vingt ans de travaux a la clinique psychiatrique de Fann. *Psychopathologie Africaine* 14,2: 132-194.
- COMELLES J.M. 1996. Da superstizione a medicina popolare. La transizionale da un concetto religioso a un concetto medico. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica* 1-2: 57-87.
- 1998a. From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary state. In GREENHOUSE C.J. (ed). *Democracy and ethnography: constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press: 233-253.
- 1998b. Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine. In LAPLANTINE F., LÉVY J., J.-B. MARTIN J.-B. & NOUSS A. (eds). *Recit et Connaissance*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon: 299-316.
- 2000. The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24,1: 41-75.
- 2007. Feelings, distance and emotions in medical practice. In VAN DONGEN E. & KUTALEK R. (eds). *Facing distress: distance and proximity in times of illness*. Wien: LIT: 117-151.
- 2010. Should physicians and psychiatrists also be ethnographers? Toward a future agenda for medical anthropology in Europe. In FAIZANG S., HEM H.-E. & BECH-RISOR M. (eds). *The taste of knowledge. Medical anthropology facing medical realities*. Aarhus: Aarhus University Press: 27-40.
- COMELLES J.M. & PRAT CARÓS J. 1992. El Estado de las antropologías. Antropologías, folclores y nacionalismos en el Estado Español. *Antropología* 3,10 (Octubre): 35-61.
- COMELLES J.M. & MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. 1993. *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: EUEDEMA (96 p.).
- COMELLES J.M., PERDIGUERO-GIL E. & MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. 2005. Topographies du folklore à l'anthropologie médicale en Espagne. In SAILLANT F. & GENEST S. (dir.), *op. cit.*: 175-198.
- 2007. Spain Topographies, Folklore and Medical Anthropology in Spain. In SAILLANT F. & GENEST S. (eds). *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared concerns*. Malden: Blackwell Publishing: 103-121.
- DIAMOND S. 1980. *Anthropology: Ancestors and Heirs*. Den Haag: Mouton & C° Publishers (462 p.).
- DIASIO N. 1999. *La science impure: anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris: Presses universitaires de France (286 p.).
- DOROLLE P. 1953. Ethnologie et problèmes sanitaires. *Revue Internationale de La Croix-Rouge* 413 (avril): 301-316.
- ENGELS, F., 1952. *The Condition of the Working-class in England in 1844: With a Pref. Written in 1892. Translated by Florence Kelley Wischnewetzky. Reprinted 1952 with the dedication written by Engels in English in 1845*. London: Allen and Unwin.
- FALTERI P. & BARTOLI P. 1994. Usage social de l'anthropologie: pour un éloge de sa formation. *Ethnologie Française* 24,3: 656-659.
- FOOTE WHYTE W. 1991. *Participatory Action Research*. Newbury Park: Sage (247 p.).
- FOUCAULT M. 1977. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11,1: 3-25.

- FRANKENBERG R. 2007. The United Kingdom. British medical anthropology: past, present and future. In SAILLANT F. & GENEST S. (dir.), *op. cit.*: 183–211.
- GEEST S. van der 2007. The Netherlands. A cultural fascination with medicine: Medical anthropology in the Netherlands. In SAILLANT F. & GENEST S. (2005) (dir.), *op. cit.*: 162–181.
- GOOD B. 1994. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York; Cambridge University Press (242 p.).
- GRAMSCI A. 1972. *Los intelectuales y la organización de la cultura*. México: Nueva Visión (50 p.).
- GRIECO A. & BERTAZZI P.A. (a cura di) 1997. *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale e ambientale. Primi contributi multidisciplinari*. Milano: Angeli (480 p.).
- HARRIS M. 1978. *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. (Siglo XXI, Ed.). Madrid.
- ILLICH I. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México: Mortiz (383 p.).
- KLEINMAN A. 1995. *Writing at the margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: California University Press.
- KNIPPER M. 2009. Antropología y “crisis de la medicina”: el patólogo M. Kuczynsky (1890–1967) y las poblaciones nativas en Asia Central y Perú. *Dynamis* 29: 97–121 (Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam).
- KUCZYNSKI-GODARD M. 1944. *La Vida en la Amazonia peruana. Observaciones de un médico*. Lima: Librería Internacional del Perú [2nd ed. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM. Librería Internacional del Perú], (237 p.).
- MANTEGAZZA P. 1870. *Rio de la Plata e Tenerife, viaggi e studi di Paolo Mantegazza*. Milano: G. Brigola (670 p.).
- 1892. La psicologia delle superstizioni (lettera al Dott. Zeno Zanetti). In ZANETTI Z. (ed). *La medicina delle nostre donne* (pp. XI–XIX). Città di Castello: S. Lapi: xi–xix.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. 2008. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos (208 p.).
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. & COMELLES J. M. 1994. La medicina popular ¿Los límites culturales del modelo médico? *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* XLIX, 2: 109–136.
- MARTINO E. DE. 1985. *El mundo mágico*. México: Universidad Autónoma Metropolitana [1^o ed. 1948: *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. Einaudi: Torino) (438 p.).
- (1994) *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*. Milano: Il Saggiatore [1^o ed. 1961].
- MENENDEZ E.L. 1981. *Poder, estratificación y salud*. México: CIESAS (593 p.).
- MODOLO M.A. & SEPPILLI A. 1981. *Educazione Sanitaria. L'educazione, la partecipazione e la difesa della salute*. Roma: Il pensiero scientifico Editore (148 p.).
- MORGAN L.M. 1990. The medicalization of anthropology: a critical perspective on the critical-clinical debate. *Soc Sci Med.* 30,9: 945–950.
- MUNARET (DOCTEUR) 1840. *Du médecin des villes et du médecin de campagne: moeurs et science*. Paris: Germer Baillières, Libraire Editeur (554 p.).
- MURPHY H.B. 1955. *Flight and resettlement*. Paris: UNESCO (228 p.).
- NINO A. DE. 1891. *Usi et Costumi Abruzzesi descritti da... Volume Quinto Malattie e Rimedi*. Firenze: Tipografia di G. Bàrbera (210 p.).
- NUTTON V. 1981. Continuity or rediscovery: the city physician in Classical Antiquity and in the Middle Ages. In RUSSELL A.L. (ed). *The Town and State physician in Europe, from the Middle Ages to Enlightenment*. Wolfenbüttel: Herzog August Bibliothek: 10–46.
- PANDOLFI M. & BIBEAU G. 2007. Suffering, Politics, Nation: A cartography of Italian medical anthropology. In SAILLANT F. & GENEST S. (eds), *op. cit.*: 122–141.
- PAUL B. D. 1955. *Health, Culture and Community: Case studies of Public reactions to health programs*. New York: Russell Sage Foundation (494 p.).
- PAZZINI A. 1948. *La medicina popolare in Italia*. Trieste: Zigiotti (258 p.).
- PERDIGUERO E. 1995. Popularización de la Higiene en los manuales de economía doméstica en el tránsito de los siglos XIX al XX. In BARONA J.LI. *Malattia i cultura*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència: 225–250.
- PERDIGUERO-GIL E. & CASTEJÓN-BOLEA R. 2010. Popularizing right food and feeding practices in Spain (1847–1950). The handbooks of domestic economy. *Dynamis* 30: 141–165 (Granada, Spain).
- PERDIGUERO-GIL E. & COMELLES J.M. 2014. *Medicina popular, compromiso profesional y educación sanitaria en España*. Scripta Etnologica (sous presse).
- PITRÉ G. 1896. *Medicina popolare siciliana*. Torino: C. Clausen (495 p.).
- PIZZA G. 2012. Second nature: on Gramsci's anthropology. *Anthropology & Medicine* 19,1: 95–106.
- PLA J. 1964. *Homenots: segona sèrie*. Barcelona: Editorial Selecta (205 p.).
- POLGAR S. 1962. Health and Human behavior: areas of interest common to the Social and Medical Sciences. *Current Anthropology* 3,2: 159–205.
- RODRIGUEZ OCAÑA E. & PERDIGUERO-GIL E. 2006. Science and social persuasion in the medicalization of childhood in 19th and 20th Century Spain. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 13,2: 303–324.
- RODRÍGUEZ-LÓPEZ J. 1896. *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia*. Lugo: Imprenta el Regional (246 p.).
- SAILLANT F. & GENEST S. (dir) 2005. *Ancrages locaux et défis globaux*. Québec: Presses de l'Université de Laval.
- (eds) 2007. *Medical Anthropology. Regional Perspectives and shared concerns*. Malden: Blackwell Publishing.
- 2012. *Antropología médica. Ancoragens locais, desafios globais*. (Coleção Antropologia & Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (453 p.).
- SANITARIA 2014. *Dossier informativo sulla trasformazione, ai sensi della nuova normativa, del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria*. Perugia (22 p.).
- SCOTCH N. 1963. Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology* 3: 30–68.
- SEPPILLI T. 1955. Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia. In *Atti della XLV Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze*. Roma: Tipografia Editrice Italia: 3–20.
- 1959. Il contributo della Antropologia culturale alla educazione sanitaria. *L'Educazione Sanitaria* IV, 3–4: 325–340.
- 1994. Le biologique et le social. Un parcours anthropologique. *Ethnologie française* 24,1: 649–657.
- 2010. Per una nuova fase della rivista con più larghe radici disciplinari e più estese basi di collaborazione. *Educazione sanitaria e Promozione della salute* 33,4: 348–354.
- STOCKING G. W. 1968. *Race, culture, and evolution: essays in the history of anthropology: with a new preface*. University of Chicago Press (380 p.).
- 1987. *Victorian Anthropology*. New York: Free Press (429 p.).
- 1995. *After Tylor. British Social Anthropology 1888–1951*. London: The Athlone Press.
- TARONI F. 2011a. *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*. Roma: Il Pensiero Scientifico (352 p.).

— 2011b. Tempi moderni. *Politiche Sanitarie* 12,2: 56–67.

URTEAGA L. 1980. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. *Geo Crítica* 5, 29: 1–40.

YOUSSEF H.A. & FADL S.A. 1996. Frantz Fanon and political psychiatry. *History of Psychiatry* 7,28: 525–532 (The University

of the West Indies, Eric Williams Medical Sciences Complex, Trinidad and Tobago).

Manuscript received July 31, 2014

Manuscript accepted Sept 30, 2014



Josep M. Comelles, *1949 Barcelona, psychiatrist. M.Sc. Ph.D. Medicine (U Barcelona), Ph.D. Anthropology (EHESS Paris), M.A. Psychology (Psicologia, U Barc). Fields of Research: medical anthropology, history of science, science studies. Areas: Europe. Main interests: migrations and health, cultural psychiatry, public policies. Full professor at Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, Spain, chairman of the *Medical Anthropology Research Center*. Visiting Professor at CIESAS, Mexico; Université Paris X, Nanterre; Université Lumière, Lyon 2; Lisbon, ICSTE/IUL. Author of several books like *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU (1988), and *Stultifera Navis. La Locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio (2006), and of articles.

Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili • Campus Catalunya • Despatx 3.16
Av. Catalunya 35 • 43002 Tarragona • Spain

Skype: Josep M. Comelles
e-mail: josepmaria.comelles@urv.cat



Isabella Riccò, *1985, is currently doing a Ph.D. in Medical Anthropology at Rovira i Virgili University (URV) of Tarragona (Spain), her thesis is on folk medicine in Emilia Romagna (Italy) and Catalunya (Spain). She is also collaborating with the research group “From health propaganda to health education: ideology, discussions, and knowledge during Franco’s dictatorship in Spain (1939–1975)” (*De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)*) coordinated by Enrique Perdiguero Gil. She studied Anthropological Science (3 years) and Anthropology and Ethnology (2 years) at the Alma Mater Studiorum University of Bologna. From September 2008 until July 2009 she attended Complutense University of Madrid through Erasmus project. Last year she worked as a scholarship fellow for the research group on “The Feel Sick of Adolescents” (*Los malestares de los adolescentes*) directed by Angel Martínez Hernández at the Department of Anthropology, Philosophy and Social Work of the URV.

e-mail: isabella-ricco@libero.it
https://www.researchgate.net/profile/Isabella_Ricco/



Enrique Perdiguero Gil, *1961, M.D., Ph.D. is Associate Professor of History of Science at the Miguel Hernández University in Elche (Alicante, Spain). He teaches history of medicine and medical anthropology to medical students. His main field of research is the relationships between medicine and its publics. He has published more than one hundred articles and edited several books, among other topics, on the history of public health in Spain, on the determinants of infant mortality, on the popularization of medicine in Spain and on the use of Complementary and Alternative Medicine in Spain. Currently he is researching health education in Spain during Francoism and the works of Spanish folklorists from 1850 onwards.

e-mail: quiqe@umh.es

