

**Les allergies comme catégorie de santé publique :  
entre pratiques sociales, définition médicale et néo-hygiénisme**

Bernard Champaloux : Anthropologue et Médecin, MCU à l'Université de Picardie Jules Verne, chercheur au CURAPP (UMR 6054) [bernard.champaloux@u-picardie.fr](mailto:bernard.champaloux@u-picardie.fr)

Claude Thiaudière : Sociologue, MCU à l'Université de Picardie Jules Verne, chercheur au CURAPP (UMR 6054) [claudethiaudiere@u-picardie.fr](mailto:claudethiaudiere@u-picardie.fr)

## **Situation du sujet et objectifs de la recherche**

Dans un contexte temporel particulier, au sein d'un ensemble de représentations sociales, de convictions scientifiques, certaines maladies disposent d'une capacité à métaphoriser les rapports entre l'homme, la société et l'environnement (Sontag, 1979). Dans le cas des maladies allergiques, on ne peut qu'être frappé par la conjonction sur les dernières décennies de faits sociaux de divers ordres mais reliés entre eux qui concourent à donner à l'allergie une position particulière dans l'éventail des maladies dont est affecté le monde contemporain. Parmi ces faits sociaux, citons ici les plus saillants. Le premier est d'ordre scientifique : parallèlement à l'essor de l'immunologie, la connaissance des mécanismes intimes de la réaction allergique a considérablement progressé ces dernières décennies. Le deuxième est l'expansion croissante du nombre de cas relevés par l'épidémiologie depuis les années 1970. Des études internationales multicentriques comme *ISAAC*<sup>1</sup> initiées dans les années 1990 ont cherché à expliquer cette augmentation de fréquence de l'asthme et des allergies enregistrée entre 1970 et 2000. Une augmentation qui tend aujourd'hui à se stabiliser à des taux de prévalence importants dans nos pays alors qu'elle se poursuit dans les pays en voie de développement (Annesi-Maesano, 2007). Le troisième est le développement d'une préoccupation publique autour de cette expansion. Cette préoccupation est traduite, reflétée, sans doute amplifiée par les médias prompts à mettre en avant les aspects dramatiques et recourant à des expressions qui évoquent le fléau (Jackson, 2001).

Les points de vue du sociologue et de l'anthropologue ont tenté de saisir les dynamiques sociales à l'œuvre dans l'espace social de l'allergie.

Cet article est organisé en deux parties qui correspondent aux deux regards que nous avons porté sur l'allergie. La première se focalise d'abord sur les représentations sociales de la maladie allergique et en particulier sur les enjeux symboliques autour des questions d'identité individuelle et collective. Elle s'intéresse ensuite à la prise en charge de ces manifestations par les médecins allergologues dont on fera ressortir l'originalité dans le paysage de la médecine scientifique contemporaine. Le fil conducteur de cette première partie est le pouvoir d'innovation dont font montre les divers acteurs sociaux impliqués (médecins, patients, associations) en soulignant les points de rencontre qui se dessinent entre les spécificités de l'allergologie et des préoccupations sociales soucieuses de « prise en charge globale » et remettant en question les pratiques de la biomédecine.

La deuxième partie consacrée à la question de l'institution de la maladie et de la construction d'un problème de santé publique. L'étude s'est donnée pour objectif de préciser les conditions qui ont rendu possible la production et la transformation des normes telles qu'elles se donnent à voir à l'intérieur de l'espace social de l'allergie. La considération de cet objet complexe demande la prise en compte de différents faits sociaux :

---

<sup>1</sup> *International Studies of Asthma and Allergies in Childhood*

– un processus de spécialisation qui a progressivement individualisé les maladies allergiques en spécialité (l'allergologie) à l'intérieur du champ médical. Nous avons fait par ailleurs l'hypothèse que cette spécialisation rend en partie compte d'un phénomène de médicalisation accrue de symptômes auparavant banalisés et qui sont aujourd'hui rapportés à une « maladie allergique » ;

- un mouvement associatif des personnes allergiques, dont l'état des lieux et la genèse seront à établir en intégrant leur dimension internationale. Ce mouvement impulse des transformations en appelant aux pouvoirs publics et en se posant en interlocuteur devant l'industrie pharmaceutique ou l'industrie agro-alimentaire.

C'est à l'articulation de ces deux processus que s'est construit l'espace des allergies. Ce processus (sociologique) de construction d'un problème de santé publique se retrouve dans d'autres phénomènes analogues : cancer, sida, alcoolisme, tuberculose, etc. (Bergeron, 2009 ; Dargelos, 2008 ; Henry, 2007 ; Pinell, 1992 ; Pinell et al., 2002 ; Thiaudière, 2002)

## **Matériel et méthodes**

La recherche a été menée sous la forme d'une *enquête de terrain* : c'est-à-dire la recension des organisations médicales et associatives qui agissent sur le terrain des "allergies" et un double travail d'entretiens (trajectoires professionnelles et sociales, ) et d'observation (des activités médicales et sociales). L'enquête a été menée avec pour principe de comprendre les réseaux qui structurent cette prise en charge médico-sociale.

## **Principaux résultats**

### **A – Regard anthropologique**

#### 1– Ce que révèle l'allergie

La maladie allergique présente des particularités cliniques, physiopathologiques qui justifient qu'elle soit une entité nosographique mais il faut souligner qu'elle est également une source inépuisable de détournement de sens qui en font une grande pourvoyeuse de métaphores. Dans la préface d'un traité d'allergologie, un éminent allergologue le rappelle quand il écrit que le mot « allergie » est utilisé aujourd'hui dans le langage courant pour signifier le refus et le rejet (Michel, 2003). On peut être allergique aux fruits exotiques mais aussi à l'électricité, au bruit, etc. « Cela revient à situer d'emblée l'allergie à l'interface entre Soi et Non-Soi, le Soi et TOUS ses environnements » (*ibid.*). Considérant l'allergie comme « une angoisse de l'être-au-monde », Anne-Marie Moulin reconnaît en elle une « figure fondamentale de l'imaginaire » (Moulin, 1991 : 399). Cet ensemble constitué par les caractéristiques intrinsèques de la maladie jointes à l'aptitude à susciter des tropes, rendent l'allergie propre à médiatiser et incarner la confrontation des individus avec leur environnement physique, biologique et social. C'est en ce sens que l'on reconnaît que les allergies sont à la fois les témoins d'un environnement devenu plus allergisant (nombre de publications scientifiques apportent des arguments en ce sens) et les révélateurs d'une inquiétude sociale vis-à-vis d'un environnement bouleversé par le progrès technologique. Cette anxiété sociale contribue à l'élaboration, bien connue des Sciences sociales et largement retrouvée dans notre enquête, d'un discours de dénonciation de la société comme source de maladies. En l'occurrence, les allergies représentent une menace pour certains individus dont l'atteinte est aussi un

avertissement pour les autres membres du groupe, voire, encore au-delà, puisqu'il y a dénonciation du « mode de vie occidental », une menace collective dont l'ombre s'étend sur notre civilisation (Champaloux, 2007). Autour (et à la faveur) de l'augmentation des manifestations de l'allergie, se déploie ainsi un discours social sur l'identité menacée. Ce discours véhicule des enjeux symboliques fondamentaux liés en particulier à la difficulté des individus, des sociétés à tolérer la présence de l'Autre.

Ceci étant, il importe de souligner que les entretiens avec les personnes rencontrées témoignent aussi d'une volonté de dépasser le repli frileux sur un environnement menaçant que l'on s'emploie à « contrôler » et, évoquent alors des pratiques par lesquelles les personnes cherchent à créer ou maintenir une « ouverture vers l'extérieur ». Préoccupation profane qui, en termes de biomédecine, se traduit par la recherche de « l'acquisition d'une tolérance ».

2 – L'allergologie, une spécialisation biomédicale dont la pensée et la pratique divergent par certains points des canons de la biomédecine.

De prime abord, l'allergologie pense et agit selon les modes de pensée et d'action de la biomédecine. Cette médecine scientifique qui s'attache, c'est une de ses spécificités, à identifier un agent causal et à exposer une chaîne causale unique qui rende compte du processus physiopathologique et qui soit en mesure de déterminer la thérapeutique (Kleinman, 1993). Thérapeutique qui, dans le cas de la biomédecine, vise à anéantir l'agent causal. Pensant et agissant comme une spécialité biomédicale, l'allergologie s'attache d'abord à identifier l'allergène (la substance extérieure responsable de la réaction chez la personne concernée) en démontrant l'existence du processus physiopathologique (par des tests cutanés et par la mise en évidence de la présence d'immunoglobulines de type E spécifique de la réaction immunitaire allergique). Ayant identifié la chaîne causale, l'allergologue met en œuvre le traitement.

Les divergences avec la biomédecine se manifestent sur deux points : l'attention soutenue portée à l'environnement du sujet ; une attitude thérapeutique moins orientée vers l'anéantissement de l'agent causal.

a – Au moment du diagnostic comme à ceux de la définition des mesures curatives et préventives, les allergologues scrutent avec précision les conditions environnementales de leurs patients. Ils renouent en cela avec des conceptions de l'école Hippocratique que la pensée Hygiéniste avait remis à l'ordre du jour à la fin du XVIII<sup>e</sup> s. avant d'être éclipsée par l'École Pasteurienne (Lécuyer, 1986 ; Bourdelais, 2001). C'est parce que l'allergologie est une approche médicale plaçant l'accent sur le milieu environnant qu'on peut la qualifier de néo-hygiéniste.

b – Dans ses prescriptions, l'allergologue utilise des médicaments et (on vient de le voir), des mesures d'éviction de l'allergène dans l'environnement du sujet. Or, l'éviction n'est pas facile, souvent illusoire et surtout des travaux montrent qu'il est possible que l'organisme acquière une tolérance vis-à-vis d'une substance à laquelle il réagissait auparavant. En conséquence de quoi, l'attitude thérapeutique se nuance et c'est ainsi que l'allergologie, cherchant à dépasser les mesures d'évitement et d'élimination de l'allergène dans l'environnement du sujet, peut proposer une immunothérapie spécifique. Ce dernier terme reprend ce que couvrait auparavant le terme de « désensibilisation », *i.e.* une technique thérapeutique qui consiste à injecter des doses progressivement croissantes d'une substance à laquelle un patient est allergique pour faire disparaître ses symptômes d'allergie. L'effet recherché est un détournement de la réponse de l'individu afin qu'il cesse de réagir avec une réponse de type allergique à la rencontre avec l'allergène (Vuitton, 2006). La divergence avec les pratiques biomédicales se situe dans le renoncement à la logique de l'anéantissement ou de

l'éviction de l'agent causal et dans la recherche de l'acquisition d'une tolérance vis-à-vis de cet agent.

La conclusion de cette première partie souligne la proximité des conceptions et des pratiques de l'allergologie avec les représentations (et les pratiques de soins) d'une partie de la population. Le matériel recueilli dans les entretiens avec les personnes rencontrées montre que ces personnes ont très souvent par ailleurs un discours de méfiance à l'égard de la biomédecine. C'est en ce sens que nous disons que l'enquête nous a mis en présence d'un mouvement social, porteur de revendications et promoteur de solutions sociales.

## **B – institution de la maladie et construction d'un problème de santé publique**

La reconnaissance d'une maladie en « problème » de santé publique repose sur deux dynamiques que l'enquête a cherchées à décrire et analyser :

- d'une part : une dynamique interne au champ médical par laquelle les allergies se constituent un enjeu scientifique et professionnel.
- d'autre part : un mouvement social, porteur de revendications et promoteur de solutions sociales liées au « problème des allergies ».

La médecine des allergies est le terrain de revendications de la part de professionnels (libéraux et hospitaliers) qui cherchent à faire reconnaître une forme de spécialité. D'où des stratégies diverses pour développer un domaine spécialisé : consultations, recherche clinique, enquêtes épidémiologiques, etc. L'analyse de trajectoires professionnelles (études médicales, installations, clientèle, etc.) et des actions menées (fondation d'associations savantes, formation continue, etc.) montre que la constitution d'une spécialité médicale d'allergologie reste incertaine : ni d'internat dans les études médicales ; ni l'existence de services hospitalo-universitaires spécialisés ne rendent possible l'établissement d'une spécialité (hospitalière et/ou libérale). Les intérêts professionnels pour cette question des allergies s'inscrivent dans des questions plus générales d'évolution du métier (stratégies de reclassement par exemple). Ce sont des médecins libéraux (généralistes, des pédiatres, dermatologues) liés à quelques hospitalo-universitaires qui (dans la tradition pasteurienne : immunologique principalement) structurent un cadre clinique et thérapeutique.

Ensuite, il existe une diversité d'associations (associations de malades, de parents d'enfants allergiques). Celles-ci sont pour la plupart *locales*, dispersées et spécifiques à une forme d'allergie. Leur existence et leur développement sont déterminés par l'organisation médicale : type de suivi, thérapeutique, etc. Elles prennent le relais des prescriptions médicales et deviennent principalement des "auxiliaires" de cette prise en charge. Autrement dit : ces associations ne peuvent se développer que si – et seulement si - la maladie allergie est *constitué* médicalement ; c'est-à-dire si elle est formalisée comme « entité clinique ».

D'où l'alliance entre les acteurs associatifs et les acteurs professionnels dans la construction de cette *entité médicale et sociale*. *L'alliance médecins/associations constituent* En effet, ces associations viennent accompagner un processus de médicalisation des allergies : c'est-à-dire qu'elles remplissent une fonction de *socialisation* des malades ou de *chronicisation* du suivi médical en élaborant une « identité sociale » autour de ces maladies.

1 – La constitution « médicale » des allergies – c'est-à-dire les conditions de médicalisation de ces maladies – repose sur une organisation en trois pôles du champ médical :

- un pôle de médecine libérale : avec principalement des médecins généralistes, des pédiatres, des dermatologues dont la pratique clinique (dominante) fonde une vision symptomatologique des « allergies ». Un ensemble de signes qu'il s'agit de diagnostiquer, prédire et traiter.

- un pôle hospitalier : tout aussi diversifié avec des services spécialisés en pédiatrie, et médecine interne, des services liés à la pneumologie, la dermatologie, les maladies infectieuses (en partie)... Caractéristique dominante de ce pôle : une conception « bio-médicale » de la maladie et de l'activité professionnelle (
- un pôle de médecine de santé publique : dont les instances de surveillance épidémiologique, de sécurité sanitaire environnementale ou alimentaire, les organismes administratifs liés à la médecine sociale (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, du travail). L'épidémiologie, la prévention et l'hygiène constituent les savoirs principaux de ce pôle.

Ces trois pôles structurent un espace relativement hétérogène dans lequel le processus de médicalisation est lui-même spécialisé. Autrement dit, chaque pôle produit son propre savoir ; les conceptions médicales ne sont pas les mêmes et leur dénomination, leur caractérisation, les outils pour décrire les entités pathologiques, les stratégies de prise en charge sont spécifiques selon qu'il s'agit du pôle *clinique*, *biomédical* ou *épidémiologico-social*. Cette polarisation de la prise en charge se trouve dans d'autres domaines de la médecine : en pédiatrie par exemple, en psychiatrie, ou encore dans des domaines comme l'infectiologie, etc. (voir Pinell, 2005)

L'enquête montre qu'il existe une division (implicite) du travail médical entre ces trois pôles dont l'épistémologie repose sur des institutions différentes. Chaque pôle construit selon son épistémologie son raisonnement médical (raisonnement clinique ; raisonnement biologique et expérimental ; raisonnement épidémiologique et social). [cf. Cicourel, 2002]

Distribution technique, distribution de populations et distributions des formes de suivi médical : parce que cette division différencie les capacités et les compétences en matière de diagnostic, de traitements, de dépistage.

Pour la « médecine sociale », les allergies sont un ensemble de pathologies liés à l'environnement, le milieu. Il s'agit de dépister des facteurs de risque ; diagnostiquer un état lié à un mode de vie ; traiter consiste à prévenir et organiser une modification (liée à des règles d'hygiène) des conditions de vie (alimentaire, habitat, travail, etc.).

Pour la médecine bio-médicale (i.e. hospitalière), les allergies sont réparties dans différentes spécialités (de type hospitalo-universitaire) comme des sous-spécialités. La démarche repose sur une succession d'étapes : diagnostic biologique (avec tests cutanés ou prélèvements sanguins) ; recherche d'un agent exogène (une étiologie particulière) qui spécifie une pathologie allergique ; un traitement de type chimique, etc.

Enfin pour la médecine clinique : il s'agit, sur le modèle « anatomo-pathologique », la démarche suit la ligne de l'enquête clinique avec la recherche de signes, leur classement en taxinomies connues ; l'objet de la thérapeutique est de *soulager* le patient de ses symptômes (et non de la source de la maladie).

La structure sociale de la médecine des allergies met donc en jeu des conceptions différentes de la maladie : à la fois concurrentes et complémentaires.

Une autre orientation de cette recherche a eu pour objet de rendre compte des conditions de consécration, performative, de la maladie. Ainsi, les allergies sont une catégorie instituée : une partie de l'enquête a porté sur les pratiques médicales (entretiens auprès de médecins et de personnes malades, d'observations). On peut décrire les opérations qui instituent (comme des rites d'institution) la maladie. Une consultation médicale est une activité dans laquelle se succèdent des opérations précises : selon la méthode clinique (diagnostic, prédiction, thérapeutique), la recherche de signes précis, leur organisation dans des classements pathologiques et la prescription d'un traitement consacrent la personne malade comme « allergique ». Et ce processus aboutit à la reconnaissance d'une *identité spécifique* malgré les

incertitudes cliniques, biologiques et sociales des connaissances médicales. Autrement dit : diagnostiquer, constituer les symptômes en pathologie identifiable (dépister, prévenir), déterminer l'étiologie par les examens biologiques, prescrire un traitement revient – socialement – à consacrer la maladie.

La médecine moderne s'est constituée historiquement sur un modèle qui reste aujourd'hui dominant dans les différentes formes d'exercice professionnel : celui de la « clinique ». La méthode « anatomopathologique » est un raisonnement *pratique* qui consiste à observer des signes chez un individu (sous la forme de symptômes, d'éléments somatiques, de troubles, etc.) et les constituer en nosologies : c'est-à-dire les organiser en ensembles signifiants (i.e. en maladies). (Canguilhem, 1966 ; Foucault, 1963 ; Sinding, 1991) Or, la pratique « clinique » repose sur la communication orale : un entretien (appelé aussi interrogatoire clinique) qui met en relation un médecin et un consultant (patient, usager, client). Le « clinicien » cherche à repérer des éléments significatifs à partir d'un jeu de questions-réponses et d'examen physiques (auscultation) et de faire correspondre les « données » recueillies à une pathologie reconnue (qu'on nomme « entité clinique »). Selon le schéma idéal-type « diagnostic, pronostic, thérapeutique », l'interrogatoire clinique fait ainsi de l'individu non pas l'objet de la médecine mais le « médiateur » entre le médecin et... la maladie.

C'est dire que *l'oralité* reste dominante dans l'organisation et la pratique médicales, même si elle est loin d'être la seule. La formation des étudiants (le type d'enseignements, les stages « cliniques ») et les conditions d'exercice professionnel (la place centrale du *cabinet*, la *consultation*, *l'acte médical* et surtout le fait qu'il s'agit d'une activité *individuellement* exercée) structurent encore fondamentalement le champ de la médecine contemporaine.<sup>2</sup>

L'entretien oral fonde, de manière cohérente, le raisonnement médical

Cet échange social « médecin-patient » s'accompagne de gestes, de positions des corps dans l'espace (du cabinet : assis autour d'un bureau, debout pour le médecin et couché pour le patient, etc.), de placements - déplacements physiques qui sont autant de supports de communication. Mais l'écriture ou l'écrit n'en sont pas absents même si une partie de ces activités d'écriture occupe une place périphérique (plutôt que marginal) au temps de l'oralité. En effet, ils peuvent être un moyen de communication avec des confrères (la lettre confidentielle), un document administratif destiné à des instances bureaucratiques (sécurité sociale, administration sanitaire, etc.). Mais d'autres *actes d'écriture* s'intègrent pleinement à la consultation et à la pratique cliniques. C'est ce que nous analysons en interrogeant les usages « cliniques » que peuvent remplir ces moments d'écriture, en prenant deux exemples les plus communs comme l'ordonnance, le dépistage et son annonce, le traitement lui-même.

## Bibliographie

Annesi-Maesano, I. (2007). Epidémiologie de l'asthme et de l'allergie. in P. Scheinmann et J. de Blic (*dirs*) *Allergologie pédiatrique*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

Bergeron H., *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999

Bourdelaïs, P., (dir.) (2001). *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*. Paris, Belin.

Canguilhem G., *Le normal et la pathologique*, PUF, 1966, Quadrige

Champaloux, B. (2007). Préviation et prédiction de l'allergie. in I. Rossi (dir) *Prévoir et*

---

<sup>2</sup> Même s'il n'en demeure pas moins que la « clinique » est historiquement mise en cause par d'autres conceptions épistémologiques : la médecine expérimentale (biologie ou biomédecine) et la médecine sociale (sous la forme contemporaine de l'épidémiologie principalement). Cf. P. Pinell et M. Steffen (1994) ; J.P. Gaudillière (2001).

*prédire la maladie*. Paris, Aux Lieux d'Être: 221-232.

Cicourel Aaron, *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002

Dargelos B., 2008, *La lutte antialcoolique en France depuis le XIXe siècle*, Paris, Dalloz-Sirey.

Foucault, M. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963

Foucault, M. "La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle", 1976, Dits et écrits, Tome 3, Gallimard, 1994, p. 13 et "la naissance de la médecine sociale", 1977, Dits et écrits, Tome 3, Gallimard, 1994, p. 207

Gusfield J.-R., *The culture of public problems : Drinking-driving and the symbolic order*, Chicago, University of Chicago Press, 1981.

Gusfield J.-R., *Contested meanings : The construction of alcohol problems*, Madison, University of Wisconsin Press, 1996.

Gusfield J.-R., *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1972 (1963)

Jackson, M. (2001). « Between scepticism and wild enthusiasm : the chequered history of allergen immunotherapy in Britain ». in A- M. Moulin and A. Cambrosio (dirs). *Singular Selves. Historical Issues and Contemporary Debates in immunology*. Paris, Elsevier.

Kleinman, A. (1993). What is specific to Western medicine? in W. F. Bynum and R. Porter. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, New-York, Routledge. Vol. 1: 15-23.

Lécuyer, B. (1986). L'hygiène en France avant Pasteur. in C. Salomon-Bayet. *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris, Payot.

Loriol M., *L'impossible politique de santé publique en France*, Paris, Erès, 2002

Michel, F.-B. (2003). L'allergie au XXI<sup>e</sup> siècle. in D. Vervloet et A. Magnan, *Traité d'Allergologie*. Paris, Médecine-Sciences, Flammarion.

Moulin, A. M. (1991). *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au sida*. Paris, PUF.

Pinell P., *Naissance d'un fléau*, Paris, Métailié, 1986

Pinell P. (dir.), *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, Puf, 2002.

Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156 -157, 2005 ;

Sontag, S. (1979). *La maladie comme métaphore*. Paris, Seuil.

Thiaudière C., *Sociologie du sida*, Paris, La découverte, 2002

Vuitton, D. A. (2006). La « désensibilisation » et de nouveaux vaccins : une nouvelle immunothérapie pour les maladies allergiques... des pistes pour la prévention et/ou le traitement de la dermatite atopique. in M. Lamirand et D. A. Vuitton. *La dermatite atopique. Savoirs et expérience*. Paris, Arnette: 155-