



## **Workshop** **«Construction et utilisation d'un état sanitaire en archéologie»**

**Journée d'étude proposée par**

**Yves Darton (Cepam/IN-Hoppe) et Véronique Gallien (Inrap/Cepam/IN-Hoppe)**

Réseau de l'INED - IN-HOPPE - *International*  
*Network* -  
Historical and osteoarchaeological Past Populations  
Exploration

CEPAM - Equipe Dynapp,  
Axe Paléodémographie : approches  
démographiques et sanitaires

**Judi 19 novembre 2015, 9h30-18h**  
CEPAM UMR7264, CNRS-UNS  
**Salle 128**

Université Nice Sophia Antipolis, Pôle  
Universitaire Saint-Jean d'Angely  
24 avenue des Diables Bleus, 06 357 Nice  
cedex 4  
<http://www.cepam.cnrs.fr/>

Les os humains inventés lors d'une fouille, s'ils sont recueillis et non éliminés, invitent à chercher une interprétation sur le pourquoi de leur présence (aspects culturel et sociologique) et sur l'identité de la population dont ils sont issus (aspects anthropologiques). La présence ou l'absence de lésions pathologiques peut contribuer à l'établissement de cette identité et, dans cette optique, on dénombre les lésions, on les étiquette, et on les catégorise dans une check-list conventionnelle à partir de laquelle on espère dégager des pathologies directrices destinées à être des marqueurs de population et des éléments de comparaison.

En fait, on n'obtient qu'une répartition relative de catégories nosologiques dont la définition et l'alimentation peuvent être critiquées à cause de nombreux biais. L'accumulation d'imprécisions existe à plusieurs niveaux. Le diagnostic lésionnel souffre, bien sûr, d'une disponibilité parfois partielle des os et de leur éventuelle dégradation. Mais il y a plus. Par frilosité scientifique, les attributions étiologiques sont souvent livrées sans argumentation interprétative, les formes de début des maladies ou des marqueurs d'activité sont souvent négligées et tues, comme certainement un contingent important d'anomalies. La check-list n'est pas une étude nuancée, mais une réduction de l'information potentielle à des images convenues. Elle sélectionne essentiellement les formes « historiques » de certaines maladies, mais laisse sans finesse dans l'obscurité la majeure partie de l'atmosphère sanitaire. Paradoxalement, ces formes sont plus utiles aux médecins qui ne rencontrent plus les lésions qui ont évolué sans traitement efficace, qu'à l'historien qui n'y trouve qu'une documentation rudimentaire sur la réalité du vécu des



populations étudiées, tant pour présager du ressenti culturel des maladies que pour évaluer la pénibilité éprouvée par chaque individu. Enfin, ne donner d'importance qu'aux grandes subdivisions nosologiques étouffe le potentiel informatif des pathologies rares, voire exceptionnelles qui sont fréquentes et qui constituent, malgré leur grande variété, un corpus significatif sur la pénibilité. Ils ne sauraient être négligés, pour restituer une vision réaliste des conditions de vie, et non pour ne servir que de fioritures décoratives dans un rapport, ou au mieux un complément d'identification du site. Ce sont pourtant les cas inhabituels si fréquents qui apportent paradoxalement les diagnostics les mieux affinés et les plus fiables. Ils correspondent à une vision proprement médicale, c'est-à-dire individualisée, et permettent une approche réaliste du vécu des sujets atteints et par là contribuent à l'estimation de la pénibilité globale de la population pour un lieu et une période donnés. De plus, la qualité de leur identification, malgré leur isolement, peut être porteuse d'indications épidémiologiques déterminantes, en particulier en pathologie infectieuse et dans les dysplasies. Alors que la check-list impose une vision statistique et limitée, et non réellement médicale, des faits sanitaires. De plus, elle n'est pas exempte de biais, tel que l'incertitude fréquente sur la représentativité des squelettes disponibles et sur leur contemporanéité.

Qu'il s'agisse d'établir des cohortes de cas pour les statisticiens ou d'exploiter la richesse informative de cas individuels, il nous semble qu'une réflexion doit être entreprise actuellement par les différents scientifiques concernés (médecins, dentistes, anthropologues ou archéologues) sur leur méthodologie. La démarche diagnostique du paléopathologiste est essentielle, mais elle se heurte à la difficile utilisation de la nosologie actuelle, lourdement étayée par de multiples sources d'information (anamnèse, évolution des cas, examens complémentaires, sensibilité aux traitements) et très évolutive en fonction des nouveaux examens complémentaires et des nouvelles capacités thérapeutiques, alors que les expressions pathologiques anciennes livrent une vision figée et le plus souvent uniquement anatomique des lésions. De plus, la description des lésions en pratique médicale actuelle concerne essentiellement les pathologies à des stades précoces de leur évolution, intéressantes car accessibles à des traitements efficaces, et, qui plus est, par l'intermédiaire d'une iconographie virtuelle non invasive. Le problème se pose alors de savoir s'il ne serait pas judicieux d'utiliser une sémiologie adaptée (*cf.* les réflexions du Pr Fulchieri de Gênes sur les lésions osseuses élémentaires) et des tableaux paléopathologiques qui correspondraient aux limites du champ nosologique restreint dont on dispose. Enfin, comme nous l'avons évoqué, la mise en valeur des formes de début, à forte capacité informative sur un plan épidémiologique, nécessiterait d'être approfondie (luxation congénitale de hanche, hyperostose vertébrale ankylosante, ...). L'anthropologue a un objectif plus populationnel, mais il se heurte aux difficultés que posent la prise en compte des variations anatomiques et la gestion de séries incomplètes (taphonomie ou emprise limitée des fouilles d'origine) où l'outil statistique est d'une utilisation délicate. L'archéologue peut être lui-même pénalisant sur la qualité des conclusions obtenues s'il opère lui-même une sélection des os et, pire encore, s'il prescrit une étude lésionnelle sur photographies.



La paléopathologie est une démarche pluridisciplinaire qui doit user d'une bonne coordination de la part des différents intervenants. Il nous a donc paru utile de demander aux praticiens dont le domaine comporte un rôle dans l'établissement d'une connaissance d'ordre sanitaire pour les populations du passé d'exprimer leurs points de vue sur leurs objectifs, et de communiquer leurs difficultés à utiliser les travaux de leurs collègues des autres disciplines. Sans prétendre à l'exhaustivité sur les aspects à aborder, nous envisageons une confrontation limitée à quelques intervenants qui ont donné leur accord de principe. Ils guideront des discussions et des réflexions sur plusieurs aspects de l'étude d'un état sanitaire. Nous espérons pouvoir entendre un conservateur du patrimoine agent-prescripteur d'études (B. Bizot, SRA PACA) complété par un archéologue ayant l'expérience du montage technique et scientifique des dossiers en archéologie préventive ( J.Y. Langlois, Inrap), des anthropologues particulièrement concernés par l'étude des populations (L. Buchet, Cepam ; Y. Ardagna, Université d'Aix-Marseille ; P. Baylet, Draguignan-Cepam), des médecins paléopathologistes (H. Dabernat, Université de Toulouse 3 ; Y. Darton, Cepam), un dentiste paléopathologiste (Cl. Rücker, Cepam), également un médecin interniste, expérimenté dans les populations défavorisées actuelles, qui peut apporter une hauteur de vue sur notre sujet (F. Bertrand/Université de Nice), et enfin une spécialiste des examens de laboratoires applicables aux cas historiques, qui peut de plus nous transmettre les leçons de l'école de Pise (R. Bianucci, Université d'Oslo). Plusieurs archéologues responsables d'opération et anthropologues sont invités pour animer nos discussions avec leur expérience (Y. Langlois, I. Richard, C. Paresys, Inrap).

## Programme Matinée

9h45 – Yves Darton (CNRS-Cepam / IN-Hoppe) et Véronique Gallien (Inrap, Cepam / IN-Hoppe) - *Présentation de la journée*

10h00 – Yves Darton (Cepam / IN-Hoppe) - *Le concept d'état sanitaire est-il réalisable et pertinent dans l'interprétation des fouilles archéologiques ?*

A partir de bilans de santé individuels et partiels, le paléopathologiste peut-il apporter des résultats utiles à la compréhension de l'état sanitaire d'une population archéologique ?

10h30 – Luc Buchet (CNRS, Cepam / IN-Hoppe) - *La taille de l'échantillon a-t-elle une incidence sur la pertinence de la reconstruction paléoépidémiologique d'un ensemble archéo-anthropologique ?*

11h15 – Claude Rücker (Cepam / IN-Hoppe) - *La dent marqueur multiple de l'état sanitaire et des transformations au sein d'une société humaine. Cas particulier de la relation dent-alimentation*

Exposé de quelques généralités concernant les analyses odontologiques, présentation et perspectives sur l'analyse des stries dentaires.



11h45 – Cécile Paresys (Inrap, Cepam / IN-Hoppe), Isabelle Richard (Inrap), Véronique Gallien (Inrap, Cepam / IN-Hoppe) - *L'état sanitaire et l'archéologie préventive : les contraintes d'une recherche*

Protocoles d'études, problèmes de choix, problèmes d'homogénéité d'études et de fond documentaire comparable, contrainte des prescriptions : exposé de nos observations quotidiennes dans le cadre d'une étude de population, dans un contexte d'archéologie préventive.

12h15 - Bruno Bizot (SRA PACA) et Jean-Yves Langlois (Inrap / IN-Hoppe) - *La paléopathologie a-t-elle une place dans la programmation des opérations d'archéologie préventive ?*

Rappel du processus d'archéologie préventive. En insistant sur les limites que le prescripteur est susceptible de se donner quant au traitement des données, notamment paléopathologiques. Comment inclure ce type d'informations dans le processus administratif et scientifique de l'archéologie préventive, le tout en tenant compte d'un contexte économique particulier lié à ce type d'opération.

### Après-midi

13h45 - Paul Baylet (Unité archéologie et patrimoine, Communauté d'Agglomération Dracénoise / Cepam / IN-Hoppe) - *Les possibilités et les limites actuelles des diagnostics sur les os brûlés.*

14h15 - Henri Dabernat (Université Toulouse, CNRS, AMIS) - *Ils n'en mourraient pas tous...*

Les maladies infectieuses ont eu un impact important sur les populations du passé. Elles occupent une place privilégiée dans les études historiques. Endémiques ou épidémiques, quelle place la paléopathologie peut-elle leur donner dans le concept d'état sanitaire et quelles vont être les limites de la paléoépidémiologie ?

14h45 - Raffaella Bianucci (Université de Turin / Université Aix-Marseille ADES / In-Hoppe) - *« Pro et contra ». Une nouvelle vague de désaccords entre les spécialistes de la peste secoue les paradigmes.*

Questions des spécialistes aux archéologues pour améliorer les connaissances sur la microfaune (rats) des villes et des champs, dans le cadre des études sur la peste.

15h15 - Yann Ardagna (Université Aix-Marseille, ADES) - *La paléoépidémiologie en contexte ostéoarchéologiques*

Réflexions sur la paléoépidémiologie qui fut considérée comme jalon important de l'histoire de la paléopathologie à la fin des années 1990. Après quelques données bibliométriques, nous essayerons de montrer comment certains paléopathologistes semblent s'être détournés du terme (et/ou de certains modèles théoriques) au profit d'autres approches populationnelles des lésions en ostéoarchéologie.

### 15h45 pause

16h00 - François Bertrand (Université de Nice-Sophia Antipolis) - *Le coup d'œil clinique permet-il d'apprécier l'état sanitaire d'une population ? Le cas particulier de la médecine d'urgence et de la médecine humanitaire.*

Si l'on admet que l'on peut définir une population comme la somme des individus partageant des critères sociaux, ou une exposition à des facteurs de risque identiques, il n'est pas impossible d'identifier par le seul examen clinique un certain nombre de maladies qui en sont spécifiques. Tel est le cas des sujets victimes des conséquences pathologiques de la précarité, qui fréquentent les urgences ou les consultations de médecine humanitaire. Ce coup d'œil clinique, portant sur des symptômes fréquents et stéréotypés, peut suffire à établir un diagnostic proche de la vérité. N'en est-il pas de même pour le paléo pathologiste ?

16h30 - Yves Darton (Cepam / IN-Hoppe) - *« Paléopathologie sanitaire » ou/et « Paléopathologie médicale » ?*

Débat sur les orientations à donner à la discipline « paléopathologie » et sur la difficulté à traduire les diagnostics médicaux en bilan sanitaire d'une population auprès des archéologues.

17h00 - Débat animé par Yves Darton et Véronique Gallien