

La Lettre du CReCSS

Bulletin d'information bimestriel du Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés
(Aix-en-Provence, France - www.mmsch.univ-aix.fr/crecss)



Sommaire



n°6.

Janvier-Février 2007

Vie du laboratoire à la MMSH

Séminaire doctoral CReCSS 2006-07
Séminaire « Anthropologie, biologie, histoire » du CReCSS
En janvier / février à la MMSH
Programme transversal « Anthropologies de la santé »
Thèses en cours

Point de vue

Ethnobotanique et anthropologie médicale

Comptes rendus de colloques

« The Institutionalisation of Therapeutic Practices in India », Pondichéry
« Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG », Paris
« Les Nations Unies et les grandes pandémies », Aix-en-Provence
« Phénoménologie(s) de l'expérience corporelle », Clermont-Ferrand
« Second Annual IS-Academy Expert Meeting on HIV/AIDS », Amsterdam

Conférences / débats


Apéritifs débats Amades 2006-07

Publications

Desgrées du Lou, Desclaux - Femmes et sida en Afrique
Acquisitions 2006 de la bibliothèque
Vidéotheque « Santé, maladie, malheur »
Lettre d'information du programme Sociétés et médecines en Asie du Sud

Informations utiles

Coordonnées
Secrétariat
Bibliothèque
Informations éditoriales

 cliquez sur les titres des rubriques pour y accéder plus rapidement

Editorial

Bonjour,

La réflexion sur l'éthique de la recherche en anthropologie de la santé, qui fait l'objet de notre séminaire mensuel, s'est poursuivie au cours de deux journées en novembre et décembre, dont les débats ont révélé combien l'application d'un regard extérieur à la logique des sciences sociales, au nom de l'éthique, peut apparaître comme une forme de contrôle social.

Les prochaines séances seront consacrées à d'autres aspects de l'éthique du chercheur, impliquant : son rapport à la croyance ; les questions qui émergent lorsque des recherches menées dans des cultures « lointaines » alternent avec des recherches « at home » ; les dilemmes éthiques relatifs à la recherche réalisée dans des contextes de « ressources limitées » ; les questions concernant la « restitution » des résultats. L'éthique sera abordée du point de vue non seulement des chercheurs en sciences sociales, mais aussi des « sujets » impliqués dans des recherches cliniques, des « activistes », des chercheurs en épidémiologie, des médecins, des acteurs divers d'un programme de recherche. Ces dimensions seront traitées à partir de l'analyse des pratiques et des logiques sociales sous-jacentes, pour aborder dans un second temps les valeurs mobilisées. Cette approche de l'éthique comme « pratique sociale », critique et réflexive, peut être considérée comme complémentaire des approches philosophiques, et plus généralement théoriques, désormais (sur ?)abondantes.

Bonne lecture.

Alice Desclaux
Directrice du CReCSS



Université Paul Cézanne
d'Aix-Marseille



Maison Méditerranéenne
des Sciences de l'Homme



Vie du laboratoire à la MMSH

► Séminaire doctoral du CReCSS 2006-2007 :

L'éthique en anthropologie de la santé : valeur heuristique, conflits, pratiques

☞ Mercredi 10 janvier 2007—salle PAF

- 9h30 : Juliette Sakoyan. L'éthique "morcelée" dans le cadre d'une recherche sur les migrations sanitaires
- 11h : Philippe Msellati. Qu'attendre d'une éthique contextuelle ?
- 13h30 : Olivier Schmitz. L'ethnologue n'est-il pas aussi un peu sorcier ? Quelques réflexions sur l'ethnographie de la sorcellerie contemporaine en Wallonie
- 15h : Ilario Rossi. Une anthropologie hybride? Ethiques, identités plurielles et pratiques professionnelles

☞ Mercredi 24 janvier 2007

- 9h00 : Mathilde Couderc. Anthropologie de la recherche clinique sur le VIH au Sénégal: des acteurs, des éthiques.
- 10h30 : Bernard Tavernier. L'anthropologue face à l'éthique dans la recherche clinique: chercheur ou censeur ? à partir de recherche sur le VIH au Sénégal
- 14h : Marie de Cenival. Critique de l'éthique de la recherche clinique au Sud.

► Séminaire « Anthropologie, biologie, histoire » du CReCSS

☞ Mercredi 10 janvier 2007, 16h30, salle PAF

Joël Candau, Professeur d'anthropologie à l'université de Nice
L'anthropologie, science historique et naturelle de la culture

« *En m'appuyant sur mes travaux en anthropologie de la mémoire et sur ceux que je mène aujourd'hui en anthropologie de l'olfaction, je soutiendrai que l'anthropologie, si elle veut embrasser pleinement son objet, doit revendiquer une double appartenance, aux sciences historiques et à celles de la nature* ».

► En janvier / février à la MMSH

Les événements, rencontres et séminaires sont toujours nombreux et variés.

☞ Vous en trouverez à tout moment la liste complète pour le mois en cours sur le site web de la Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme, dans la rubrique « Actualités » :

<http://www.mmsh.univ-aix.fr>

► Programme transversal « Anthropologies de la santé »

A la MMSH, le CReCSS est chargé de l'animation d'un programme transversal inter-laboratoires « Anthropologies de la santé » –comprenant les approches anthropologiques au sens large, à savoir celles qui confrontent l'unité du biologique à la diversité des contextes historiques, sociaux, politiques et culturels.

Une rencontre a eu lieu dans ce cadre le 12 décembre, qui avait pour propos de repérer et de « rassembler » les chercheurs et doctorants qui travaillent dans ce champ. Des représentants des laboratoires TELEMME, CEMAf, IDEMEC étaient présents, ainsi que ceux de laboratoires qui sont associés régulièrement à des manifestations de la MMSH, tels que le SHADYC et le Laboratoire de psychologie sociale.

Au-delà d'une prise de contact très riche en information à une période où les centres de recherche évoluent en prévision du changement de contrat quadriennal, cette rencontre a permis d'évoquer les thèmes des recherches en cours dans les divers laboratoires. Les projets sont nombreux, les thèmes fort riches, et les connivences inter ou intradisciplinaires évidentes : les limites au développement d'activités de recherche ou de valorisation de la recherche communes sont posées par le petit nombre de chercheurs et enseignants chercheurs impliqués (une dizaine) et par l'incontournable plafond de leur disponibilité.

Nous avons adopté ensemble quelques moyens d'améliorer nos échanges d'information, et décidé d'organiser une présentation des approches et thèmes de recherche concernant la santé, à la rentrée 2007-2008, destinée aux étudiants de Master. Par ailleurs, les « Journées doctorants » qui devraient avoir lieu de nouveau en 2007 ont été évoquées, pour que, au-delà des disciplines représentées au cours des journées 2006, d'autres centres de recherche soient mobilisés. Ce dispositif devrait nous permettre de mieux répondre, au sein de la MMSH, aux demandes émergeant dans le champ des sciences sociales de la santé. ■ [Alice Desclaux](#)



► Thèses en cours

► Yuvany Gnep

« Réponses sociales face au sida dans le contexte de la recherche clinique en Chine »
(yuvanygnep@hotmail.com)

Sous la direction d'Evelyne Micollier et Pan Suiming

Cette recherche entend investir le champ de l'anthropologie du sida dans le contexte de l'élargissement de la prise en charge à l'œuvre depuis ces dernières années en Chine, suite au changement de politique de santé publique gouvernementale. Cette modification des rapports entre Etat et organisations non officielles de lutte contre l'épidémie permet la construction d'une société civile locale agissant ouvertement, avec le soutien des bailleurs de fond internationaux.

On examinera comment chacune des composantes de la réponse sociale organisent leurs stratégies par rapport à ces dynamiques locales et globales à travers l'exemple plus précis d'un à deux essais cliniques. Le domaine de la recherche biomédicale est le théâtre d'enjeux multiples, différant selon les catégories d'acteurs, que la participation de patients au protocole de recherche vient encore complexifier et concrétiser.

Il s'agira alors d'analyser les rapports existant entre le domaine de la recherche clinique et les mouvements de mobilisation sociale. La réflexion sera basée sur la monographie d'un à deux essais cliniques sur le VIH/sida où des personnes séropositives sont impliquées. On tentera de comprendre chacun des aspects de leur participation, et plus particulièrement les chemins par lesquels celle-ci se transforme en revendication, comme le permettent les normes éthiques internationales. Ces dernières envisagent la représentation de la « communauté » locale à tous les niveaux d'action de lutte contre le sida comme indispensable et garante d'un processus « démocratique » et légitime.

L'intérêt de l'analyse d'un tel processus est évident si l'on considère les particularités du champ sociopolitique en Chine. L'histoire et le poids de l'Etat chinois donnent au thème communautaire une ampleur symbolique et structurelle tout à fait différente du contexte où ont été élaborés les concepts de développement véhiculés par les organismes d'aide internationale. L'articulation de ces modalités au niveau microsocial constituera le cœur de l'enquête de terrain, afin d'apporter un éclairage précis sur la manière dont l'épidémie sida, par la confrontation d'enjeux thérapeutiques et sociaux considérables, participe à la formation de nouvelles normes et représentations socioculturelles.

► Marie-Françoise Meley

« Vivre avec un diabète en milieu rural au Burkina Faso. Système médical et gestion de la chronicité »
(meley.marie@wanadoo.fr)

Sous la direction d'Alice Desclaux

L'augmentation de la prévalence des complications aiguës et chroniques du diabète de type 2 est l'un des constats préoccupants posés par les autorités sanitaires internationales dans les pays du Sud. Le Burkina Faso n'échappe pas à cette tendance également repérée par les intervenants du secteur professionnel de la santé de première ligne impliqués tant dans des activités de prescrip-

tions thérapeutiques et nutritionnelles que dans des décisions de référence à un autre niveau du système de santé. La responsabilité de cette situation est souvent imputée à l'incapacité des personnes à gérer leur propre santé. Des injonctions de « responsabilisation » et « d'autonomisation » sont perceptibles de façon récurrente dans les discours officiels de santé relayés par les média.

La dimension de chronicité rend nécessaire les contacts répétés et à vie avec différents intervenants du système médical (secteur professionnel, populaire et associatif, et traditionnel). Les personnes atteintes de diabète pourraient être ainsi confrontées à des prescriptions thérapeutiques et des messages de prévention variables selon la représentation étiologique de la maladie, l'appropriation des savoirs bio-médicaux de référence en circulation et leur réinterprétation. Ces décalages pourraient rajouter en complexité quant à leur gestion au quotidien de la maladie.

Les comportements en matière de santé seront abordés dans une perspective écologique de la santé. Ils seront révisés au sein de réalités sociales complexes et en partie déterminées par des facteurs présents dans le milieu de vie. Ainsi, le système médical local pourrait être appréhendé comme une variable déterminante de cet environnement et produire des situations préjudiciables quant à l'évolution de l'état de santé des diabétiques. Le modèle québécois de processus de production de handicap pourrait être mobilisé pour penser la question du traitement social et la gestion de la chronicité.

Ce travail de thèse propose de :

- décrire et analyser les perceptions et le vécu (illness) de la maladie par les personnes atteintes, ainsi que le traitement social de cette pathologie (sickness) du niveau macrosocial au niveau microsocial, notamment dans un village.

- documenter les réalités sociales dans lesquelles s'inscrit la condition des diabétiques diagnostiqués de type 2, en milieu rural au Burkina Faso (district sanitaire de Dédougou)

- d'explorer la question des rapports des patients au système médical, incluant les cas d'apparition de situations préjudiciables du point de vue de l'évolution de l'état de santé des personnes diabétiques. Ce rapport sera analysé à travers les activités de prescriptions thérapeutiques et préventives conduites par les différents intervenants du système de soins, en particulier à travers l'acte éducatif, et au travers d'une approche ethnographique plus large des relations avec les services de soins.

L'approche sera résolument éémique, avec une attention particulière portée au vécu de la maladie et à la gestion au quotidien de la chronicité : recueil de récits de vie, de l'histoire de la maladie, itinéraires thérapeutiques, ethnographie du travail domestique de santé, perception des activités de prescription et d'éducation des différents intervenants. Concernant les intervenants du secteur médical, l'attention se portera sur les activités soignantes de proximité : ethnographie des consultations, des séances d'information, d'éducation et de conseil, discours sur le diabète, circulation des savoirs de référence.



Point de vue



Ethnobotanique et anthropologie médicale

Aline Mercan
aline.mercan@wanadoo.fr

L'ethnobotanique est une discipline à la mode : on voit se multiplier les « colloques », les stages, les formations, les activités associatives, les ouvrages grand public. Les ethnobotanistes fleurissent dans un paysage où le préfixe « ethno » légitime des pratiques peu scientifiques. Beaucoup de travaux ethnobotaniques se résument à des catalogues d'usages décontextualisés ou à des utopies folkloristes ou passéistes imprégnées du mythe d'un bon sauvage lointain dans le temps ou dans l'espace. Le relativisme culturel interdit le plus souvent à l'anthropologue soucieux de non-impérialisme d'interroger la question de l'efficacité des pratiques « traditionnelles » ou assimilées comme telles. Il se contente alors de retranscrire des usages en spécifiant que ceux-ci « ont du sens » dans la culture étudiée. La question de l'efficacité biologique est généralement posée par les ethnopharmacologues, mais c'est le plus souvent une efficacité décontextualisée et recontextualisée aux pathologies et aux attentes d'une société occidentale et contemporaine qui est testée, pour des raisons essentiellement économiques.

Certaines démarches ethnobotaniques, au Sud en particulier, posent pourtant la question de leur efficacité *in vivo*, au sens du corps vivant individuel et social. Elles partent du constat que beaucoup de populations défavorisées ont un accès limité, quand il n'est pas nul, aux soins biomédicaux. Dans un même temps les dynamiques sociales bouleversent la transmission des savoirs locaux sur les soins de base. L'hypothèse est que les plantes médicinales peuvent alors être le premier recours le plus accessible, pour peu que l'on se souvienne encore de leur usage. Une des étapes du travail est de vérifier par les moyens scientifiques disponibles l'efficacité biologique et l'absence de toxicité des plantes à promouvoir. Il s'agit d'une recherche de consensus avec « la tradition » sur laquelle on jette un regard critique sans chercher à y substituer la preuve scientifique- celle-ci n'étant d'ailleurs pas toujours possible à obtenir. La nature de la preuve de l'efficacité retenue est alors celle d'un faisceau d'arguments positifs mêlant données pharmacologiques, anthropologiques et écologiques. Le retour sur le terrain consiste en une promotion de l'usage local de certaines plantes, voire à la demande de plus en plus fréquente de populations soumises à la logique du marché, d'une aide à leur commercialisation. Une telle démarche a le mérite théorique de conserver les plantes et leurs usages dans leur contexte socio-culturel et d'opérer un consensus entre « modernité », médiée par la science, et tradition. En pratique, la présence associative et l'intérêt manifesté pour des pharmacopées appartenant à des cultures ou des groupes sociaux minoritaires et/ou dévalorisés permet de créer des dynamiques sociales positives. Au-delà des efforts fait pour optimiser une efficacité et une sécurité d'usage, la valorisation des médecines populaires dynamise des processus identitaires et sociaux allant bien-au-delà du biologique. Les effets identitaires peuvent d'ailleurs être si forts qu'ils risquent parfois de reconfigurer l'ensemble de la démarche. Ainsi l'efficacité, ou à défaut l'activité de ce genre de démarches est à la fois biologique et symbolique. Les problématiques soulevées au cours de la réalisation de la démarche ethnobotanique embrassent une grande partie du champ de l'anthropologie médicale : systèmes et secteurs de soins, représentations de la maladie, nosologies et taxonomies (ethnobiologie, sémantique, cognitions), enjeux économiques et politiques, représentations et symboliques- des enquêteurs comme des enquêtés-, dynamiques identitaires, sociales, articulation local/global, action humanitaire, éthique etc.

On terminera par un souhait : que l'anthropologie ne considère pas toute démarche ethnobotanique comme une sous-discipline adultérée pour ne pas dire éthérée, et que les liens se renforcent à un niveau théorique et appliqué entre monde associatif et chercheurs dans un champ commun où la transversalité est de mise, ceci d'autant que l'interventionnisme, propre à l'activité du monde associatif, étayé par les apports des sciences biologiques, se doit d'être éclairé par les sciences sociales. ■



Comptes rendus de colloques

The Institutionalisation of Therapeutic Practices in India. Social and Legal Perspectives

7-8 December 2006,
French Institute of
Pondichery (IFP), India

Laurent Pordié
laurent.pordie@ifpindia.org



The institutionalisation of medicine in India has been approached in quite a number of academic works. However, collective comparative study on a pan-Indian scale has been so far neglected. This international workshop aimed to offer a preliminary understanding of the contemporary processes, their modern history and social implications, of medical institutionalisation in the country. It has been organized by Laurent Pordié (CReCSS / IFP), in the framework of the programme "Societies & Medicines in South Asia" (url: <http://www.ifpindia.org/Societies-and-Medicines-in-South-Asia.html>).

The workshop comprised four sessions. The first session was intended to design analytical lines. Anne-Marie Moulin (CNRS-CEDEJ, Cairo) opened the meeting with a paper entitled *The institutionalisation of medicine from East to West*, where she explored the different tempos taken by the institutionalisation of medicine from one country to another. These tempos are not that of a continuous and cumulative progress, but of a succession of turning points, crisis or even revolutions, which have led to the pluralism which we know today, integrated officially or not, of medical schools, with often a reinvention of local traditions, and finally acknowledgement of the diversity of methodical persuasions. This outline of a general problematic has underscored the originality of medical knowledge in the range of medical sciences, and the absence of a consensual scientific image of the body; in other words of a universal model, indication of a true epistemological complexity in the theoretic treatment of the human body. Leena Abraham (Tata Institute of Social Sciences, Mumbai) then discussed trends in institutionalisation of various indigenous medical practices in India, since the turn of the last century and identified two distinct phases. The first phase emerged in the colonial context and was shaped by the contingencies of colonial policies and the nationalist discourse. The second phase dates back to the 1990's in response to an emerging global market for indigenous medicines. Today, the norms and practices that govern these institutions are periodically revised and reformulated by external demands rather than driven by an internal need to strengthen medical practices. This communication addressed some of the implications of the second phase on the earlier processes of institutional development of Indian medicines. Leena argued in her paper *Local needs vs. global demands: Trends in institutionalisation of Indian medical practices* that the failure of biomedicine to reach out to the poor, the middle class demand to regulate the domestic private sector, the international pressure to ensure quality control of goods and services exported to international markets, and the growing power of AYUSH ("Indian medicines") industry produce new modes and means of state legitimacy and regulation. The paper by Harish Naraindas (Jawaharlal Nehru University, New Delhi) was titled *Of the esoteric, the exoteric and the professional: Modes of institutionalising medicine in India*. It attempted to provide a framework and a possible language of discourse for talking about how medicine may have been institutionalised in India. Harish argued that rather than the usual anthropological categorization of Indian civilization in terms of either the classical or the folk, or attempting to resolve the duality by jettisoning it altogether and seeing it as a set of eclectic practices in the plural, it may be interesting to address medicine as a kind of unity between an esoteric and exoteric tradition. It may then be argued that the exoteric part of the tradition, from about the late nineteenth century, is professionalized and 'unified' in the image of biomedicine, thereby relegating parts of the esoteric tradition to the margins. The last paper of the session, *The moral character of medical standardization*, has been given by Laurent Pordié (CReCSS / IFP). It showed that, although the standardization of medicine can be considered as a political process. It takes place in direct relation to the central power structures and entails remarkable transformations of therapeutic power. Medical knowledge, practice and discourses are subjected to a profound reorganization. This reorganization, however, cannot be reduced to a mere political reading. It also involves the moral foundations of medicine and of the healer's social power. The institutionalisation of medicine (systematization, structuration and standardization) has a normative dimension, the character of which is both political and moral. Laurent thus explored the parallel principle of medical standardization and moralization of the healers' power. To this end, he considered the historical development of Tibetan medical institutions and their contemporary dynamics, especially in the case of international development-, experimental science- and market-driven standardization.

The second session was devoted to the fabric of institutions and the practice of institutional medicine. Caterina Guenzi (EHESS Paris / IFP) gave a paper entitled *The institutionalisation of astrology in Indian Universities. Ideological, historical and social perspectives*. Astrologers in India are, indeed, widely consulted for therapeutic needs. People seek their advice to get a diagnosis of planetary influences and to obtain a prescription of remedies to solve all kinds of personal and family problems. This paper explored the question of the institutionalisation of astrology (*jyotiṣa*) in universities. In this concern, three analytical levels have been considered: the centralized and political level of the University Grants Commission, the case of the Banaras Hindu University, and the various and not standardized practices followed by astrologers in Banaras. The confrontation between these three different levels has raised multiple questions concerning the impact of the process of institutionalisation on the professional identity of astrologers and on the



relationship between practitioners and clients. Burton Cleetus (Jawaharlal Nehru University, New Delhi) spoke on indigenous medicine institutionalisation in the South Indian State of Kerala, in his paper *Negotiating Western science and the State*. The institutionalisation of health care and the relatively high level of investment in western medicine, made by the state as well as by individuals and social groups has been an important factor in the identification of the state of Kerala as a progressive one. Large number of western medical institutions in the village and urban centres were established leading to the engagement by the people of the state with western medicine and its basic epistemic paradigms and methods for the last one and a half century. The indigenous medicine which hitherto catered to the need of the indigenous society over the period of time made a slow exit from the mainstream society and the state. This communication sought to understand as to how did the indigenous medical tradition of this south western coast of the Indian sub-continent negotiate with the political authority of the state as well as with the proponents of western medicine either through the integration or negation of the ideas of western medicine and science in its attempt towards framing an institutional pattern with or without state aid. Anne-Cécile Hoyez (Univ. of Rouen), in *Institutionalisation and growth of homeopathy in time and space in India*, explored the historical and spatial diffusion of homeopathy from Germany to India. She then will describe the multiplicity of actors who participate to this original, and still active, process of institutionalisation. First traces of German-born homeopathy in India can be found in Punjab as early as 1830. From then, it started spreading throughout the country thanks to informal networks (associations of doctors and lay practitioners) and political support (local rulers). At the eve of independence, homeopathy was organised and popular among urban elites. The process of institutionalisation started soon after Independence, and homeopathy was officially recognised as a system of medicine in 1973. The next two papers concerned Siddha medicine, a medical practice indigenous to the State of Tamil Nadu. Brigitte Sébastia (IFP / EHESS, Toulouse) examined the *Role of associations of experts in the revitalisation of Siddha medicine*. Since 1970s, Siddha medicine is taught and practised in two governmental colleges in Tamil Nadu. However, the learning and the treatment of patients are extremely criticized because of their reductive aspects by the hereditary practitioners (*parampari cittamaruttuvar*) as well as by the students coming from these families. This situation encouraged the hereditary practitioners to form associations and to conduct trainings on certain specialties of Siddha medicine, which are not taught in governmental colleges. Meetings are organized in order to increase the exchanges on the clinical results, formulations and manufacturing processes of medicines. While the government seeks to draw aside from the therapeutic field the therapists who possess no officially sanctioned curriculum, these associations offer them the means to re-appropriate their medicine. By ensuring a continuous training, delivering diploma, and encouraging the circulation of knowledge and the homogenization of the medicinal formulations, they act as true institutions. V. Sujatha (Jawaharlal Nehru University, New Delhi) studied eye treatment or *Kan vaithiyam* as it is called in Tamil, an ancient speciality in Siddha medicine, about a thousand years old, that continues till date. This paper, *The making and unmaking of cure*, focused on the details of the learning and practice of *Kan vaithiyam* among those Siddha practitioners who have had their training in medicine in the traditional institutions. Based on field studies in South India, the paper charted the contemporary existence of *Kan vaithiyam* in a form different from that of the college educated Siddha doctors. How is the knowledge of eye learnt and practiced? What happens to the knowledge and the social organization of its learning and practice under

changing circumstances? What is its relation to those forms of Siddha medicine that are embodied in modern organizations? What are the insights about medical knowledge and its institutionalisation that this complex situation of Siddha medicine that adorns various, coexisting forms, hold for us? The paper addressed these questions.

The third and fourth sessions concerned Institutionalisation and the market. The first part was concerned by Micro and macro businesses, and has been opened by Gabi Alex (South Asia Institute, Heidelberg). Her lecture *From "greenish leaves" to "herbal Ayurvedic treatment": Professionalising Narikuravar medicine*, presented a study conducted among the Narikuravar, a formerly peripatetic group, which are known for their effective oil-based medical balsam which contains substances of plant and animal origin. Originally the collection of the ingredients and the selling of the medicine was part of their peripatetic lifestyle. Nowadays they are settled in colonies and they have accommodated their various businesses to the manifold changes of their own lifeworlds as well as the social and economic changes in the world around them. This paper describes different aspects of professionalisation and institutionalisation of the Narikuravar medical business with reference to their changed modes of subsistence and settlement. M.S. Harilal (Center for Development Studies, Thiruvananthapuram) then presented a paper entitled *From home to market: Responses, resurgence and institutionalisation of Ayurvedic manufacturing from 1830s to 1920s*. He explored early transformation of Ayurveda from two different, but intertwined aspects, as a) a system of medicine, which has two components, a knowledge base and institutionally recognized professionals, and b) an industry, producing traditional medicine and related products for the market, in which the production system and the market are important. Using the snippets of information from archival documents and secondary sources, this paper argued that institutionalisation of manufacturing and training used as survival strategy, put Ayurveda in a negotiated modernity. The analysis phases the early production relations namely, no-price/charity production of a familial mode at the first phase, a variant of petty commodity production at second and finally slow entry of financial capital and mass manufacturing in the third stage. This paper notes severe differences from the general model of commercialization especially the nature and origin of capital flowed in. The second part of this session was pertained to legal issues. The paper by Lucie Dejouhanet (Univ. Paris X / IFP), *Institutionalising medicinal plant management in Kerala: Forest control, rights of use and participation*, aimed at describing logics of power underlying actors' strategies for controlling forest use and space. It questioned relationships between collectors and institutions, and explores attempts at participative management. Accounting for the increasing market value of medicinal plants, Kerala State decided to institutionalise the collection and marketing of non-wood forest products, so as to reduce the influence of private merchants over this flourishing market. With the aim of improving collectors' income and welfare, the State government gave in 1978 the exclusive right of collection of forest products to members of Scheduled Tribe Cooperative Societies, and since 1980, a Federation heads these Societies and holds the monopoly on the forest products marketing. However, the Federation and Forest Department incentives co-exist together with illegal private marketing. The last two presentations talked issued of intellectual property. First by examining the Indian situation with respect to intellectual property rights, N. Lalitha (GIDR, Ahmedabad), underscored that documentation procedure, standardization of practices and adhering to global trade standards are some areas that need attention in the study of institutions incentives pertaining to Indian medicines. Intellectual property rights are one such related issue. The Government of India has taken efforts to document Indian medicines, which are available



in public domain in different languages in digitalized form (Traditional Knowledge Digital Library). This Library is made to prevent claiming any IPR on an Indian remedy that is popularly known. While, the process of arriving at commercial drugs from these remedies can be patented, yet claiming IPR on these will not be a simple process, as there are overlapping IPR laws such as the biodiversity Act and the Plant Protection Act. Besides there are unresolved issues concerning data exclusivity for Indian medicine and benefit sharing mechanism. This paper, *Intellectual property rights for traditional medicines: Where does India stand?*, detailed the issues in providing IPR to Indian medicine and the current standards adopted by the Government of India. Delphine Marie-Vivien (CIRAD / NLS of India Univ., Bangalore) specified the discussion by examining the case of Geographical Indication in a paper entitled *Geographical indications: a legal tool adapted to protect medicines and their producers?* India law protects geographical indication (GI) which identifies agricultural goods, natural goods or manufactured goods as originating, or manufactured in a region where a given quality, reputation or other characteristic of such goods is essentially attributable to its geographical origin. Therefore, being a collective right, GI could be an interesting tool to protect medicines produced locally (from medicinal wild plant to processed product). Many agricultural products have applied for registration as a GI, as for example Njavara rice, the medicinal rice of Kerala. The question was thus to see how and at which conditions GI permits legal protection of the product and gives right to the producers when commercialised in an open market with risk of misuse.

Yoki Kamata (ADF, Yokohama) spoke in an extra session of the role of institutionalization of medicine in international development. His paper relies on Nepalese experience and focused on Tibetan medicine.

Overall, the workshop has been quite successful, with long and rich discussion. The speakers came from a variety of disciplinary backgrounds (economy, anthropology, sociology, law, geography) and confront their view in a collegial manner. They showed that institutionalisation may be read as a process imposing norms and values, a framework to medical education and practice, driven by the State or organized groups of healers. It leads to standardisation of medical practice, marginalisation of non-institutionalised practices, or again, it both controls and fosters the commercialisation of medicines. Institutionalisation of medicines in India creates codes of conduct and nomenclatures, the social dimension of which one may be prompted to analyse. Moreover, institutionalisation of medicines is a relevant port of entry for the study of governance in India. ■

A collective volume gathering some of the above presentations complemented by works to be provided by invited specialists is now in preparation.

For more on the programme "Societies and Medicines in South Asia", see:

<http://www.ifpindia.org/Societies-and-Medicines-in-South-Asia.html>

Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. Levée de l'obligation vaccinale ?

Organisée par la Société
française de santé
publique (SFSP)

13, 14 novembre 2006,
CNAMTS, Paris

Hélène Kane
helene.kane@wanadoo.fr



La question du maintien de l'obligation de la primo vaccination contre la tuberculose en France n'est pas nouvelle. Depuis une bonne vingtaine d'années, elle revient épisodiquement au sein des autorités publiques de santé. En janvier 2006, le terme de la production du BCG sous forme multipuncture a relancé le débat. La seule présentation disponible depuis lors nécessite une injection par voie intradermique, plus délicate à réaliser, geste pour lequel certains pédiatres ne se sentent pas assez entraînés. Malgré le maintien de l'obligation vaccinale, le nombre de BCG réalisés ces derniers mois est en déclin. Certains médecins pédiatres refusent de réaliser le vaccin, d'autres dans l'idée de faire pression en faveur de la levée de l'obligation. Les parents doivent parfois frapper à plusieurs portes avant de pouvoir faire vacciner leur enfant, itinérance qui ne va pas sans ternir les représentations du système de soin en général, et du BCG en particulier. Dans ce contexte un peu tendu, se sont déroulées, les 13 et 14 novembre dernier, les journées de l'audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. L'objectif de cette manifestation - annoncée en ouverture par François Bourdillon, président de la SFSP - est de donner une dimension interdisciplinaire et démocratique à l'élaboration de recommandations dans la perspective de la mise en place d'un nouveau plan de lutte contre la tuberculose. Chacun des intervenants, après avoir pris connaissance d'un dossier documentaire détaillant les divers aspects de la question, devait se prononcer en faveur d'une ou l'autre des alternatives : maintien généralisé de l'obligation vaccinale, mise en place d'une vaccination ciblée selon des caractéristiques géographiques et/ou individuelles, élaboration d'une autre stratégie.

La première journée, avec l'intervention de nombreux spécialistes, présenta un complet panorama des éléments de la décision. Les aspects épidémiologiques de la maladie en France, d'importance majeure dans le débat, furent bien exposés avec les interventions de plusieurs représentants de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS). L'incidence de la tuberculose est relativement stable depuis quelques années : environ 11 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. La couverture vaccinale est actuellement très bonne : plus de 80% à 2 ans et 95% à 6 ans. Les nouvelles contaminations (estimées grâce à la déclaration obligatoire de maladie) se répartissent de manière très hétérogène : elles sont 10 fois supérieures dans les populations d'origine étrangère. Daniel Lévy Bruhl (InVS) a présenté les calculs statistiques permettant d'estimer l'impact épidémiologique de l'adoption des diverses options de stratégie vaccinale. Denis Falson (InVS) commenta les différentes politiques de lutte contre la tuberculose adoptées en Europe, notamment l'exemple de la Suède, mentionnant leur impact sur le profil épidémiologique de la maladie. Plusieurs interventions de membres du Comité Technique des Vaccinations (CTV) ont abordé la question de l'efficacité du BCG (pour laquelle les différentes estimations scientifiques ne font pas consensus) et celle des effets secondaires. Le passage à l'administration par voie intradermique a entraîné un accroissement important du nombre d'adénites, réactions locales sans gravité mais gênantes et disgracieuses, pouvant parfois durer plusieurs mois avant de se résorber spontanément. Ces adénites s'ajoutent à la douzaine de



BCGites généralisées qui se déclarent en moyenne chaque année suite à des vaccinations chez des sujets immunodéprimés, affections graves et pouvant entraîner le décès de l'enfant. L'augmentation de la prévalence des adénites amène les experts à reconsidérer la balance bénéfique/risque justifiant le maintien de l'obligation vaccinale.

Le lendemain matin, les communications portèrent sur les aspects éthiques, sociologiques, et juridiques des différentes options de stratégie vaccinale. Le président de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), Marc Gentilini, intervint en premier, annonçant que l'expertise de la Halde avait tranché pour le caractère non discriminant d'une politique de vaccination ciblée sur des groupes à risque, mentionnant toutefois la vigilance à maintenir afin que le dispositif mis en place ne soit pas utilisé à des fins de contrôle de la régularité de séjour. Il ajouta qu'il serait même discriminant de continuer à vacciner l'ensemble d'une population sous prétexte d'éviter tout risque de discrimination d'un groupe en particulier. Le représentant du Comité consultatif national d'éthique (Ccne), Alain Grimfeld, passa rapidement sur la question des risques de stigmatisation, bien que sa communication fut centrée sur la vaccination ciblée des populations à risque. Il fallu attendre la communication de Danièle Lochak (Faculté de droit, Nanterre) pour que cette problématique soit plus largement abordée. Elle souligna la vulnérabilité à la stigmatisation des groupes concernés par la vaccination ciblée, les risques de réactivation des représentations de l'étranger responsable de la maladie, le flou dans lequel est actuellement laissée la désignation des populations cibles. Son intervention ne fut pas très bien acceptée par la salle, et certains, voulant couper court à la polémique, arguèrent que la vaccination ciblée ne pouvait être de nature discriminatoire, puisqu'elle visait à "protéger" une population. Pierre Lombrail (Santé publique, Nantes) traita de la problématique de l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Retenons également l'intervention du sociologue Didier Torny (INRA) qui su prendre une certaine distance et analyser l'histoire des polémiques et controverses autour du BCG depuis 1947.

L'après-midi, les acteurs des soins purent à leur tour s'exprimer. Plusieurs pédiatres donnèrent leur avis sur la politique de vaccination à entreprendre. Les données épidémiologiques furent reprises et les praticiens apportèrent certains éléments problématiques de leur pratique quotidienne, comme l'immobilisation de l'enfant lors des injections intradermiques. Certains exprimèrent leur refus d'avoir à trancher au cas par cas, en cas d'adoption d'une politique de vaccination ciblée, de la nécessité de vacciner un enfant.

Le parti pris de l'interdisciplinarité fut une réussite: la diversité des approches permit de saisir la complexité de la situation et l'imbrication des éléments révélés par les diverses approches fut patente. La place laissée aux voix des sciences humaines ne fut pas négligeable, avec la participation de plusieurs sociologues. La prise de décision concernant l'obligation vaccinale s'est illustrée entre des contraintes microsociales, comme la multiplication des adénites liées aux mésusages de l'injection intradermique, et des conditions macrosociales, comme la politique de l'immigration. Le passage par les connaissances biomédicales s'est révélé essentiel pour comprendre la dépendance de la stratégie de vaccination à l'établissement d'une politique de lutte contre la tuberculose. Le vaccin contre le BCG est qualifié d' "égoïste" puisque qu'il protège l'enfant sans avoir d'effet sur la transmission de la maladie. Les nouvelles contaminations sont liées, la plupart du temps, à une transmission depuis un adulte malade. Cette spécificité est déterminante pour l'établissement d'une politique tentant de concilier protection de la population et protection de chaque individu. Le tubertest, seul test de dépistage disponible actuellement, permet de distinguer les individus ayant déjà été en contact avec le bacille, mais ne permet pas toujours de distinguer un résultat positif dû à la vaccination d'un positif dû à une contamination. Le choix de la vaccination peut donc avoir un impact négatif sur les possibilités de dépistage, masquant certaines contaminations et entravant alors la prise en charge précoce des malades. ■

Vous trouverez le programme de l'audition ainsi que le dossier documentaire remis aux intervenants sur le site de la SFSP : www.sfsp.fr

Ce colloque avait pour propos de présenter un état des lieux des enjeux sociaux relatifs aux pandémies, alors que de nouvelles pathologies « émergentes » apparaissent dans le paysage épidémiologique aux côtés de pathologies anciennes (tuberculose, paludisme) qui « réémergent » du fait d'une certaine impuissance thérapeutique mondiale. L'un des fils conducteurs du colloque, le seul que nous suivrons ici, concernait les rapports entre les échelles locale et internationale.

Si plusieurs questions abordées concernaient particulièrement les contextes dits « de ressources limitées », autrement qualifiés de « pays du Sud », elles ne furent pas traitées en termes de « rapport Nord-Sud ». En effet, les pathologies émergentes touchent indifféremment l'ensemble des pays, du fait du changement climatique et de l'accélération des échanges. Ainsi le terme « exotique », qualifiant jusqu'à présent des pathologies tropicales et sub-tropicales, est-il en passe de disparaître en santé humaine comme en santé animale ; l'apparition d'un foyer endémique d'influenza aviaire en Afrique de l'ouest, très redoutée, pourrait être la conséquence de l'importation par le Nigeria de « poussins d'un jour » venus de Chine et contaminés.

Sur cet arrière-plan d'effacement des différences concernant les paysages épidémiologiques, fut également brossée une commune impuissance thérapeutique. Certes, les inégalités sont évidentes pour ce qui concerne l'accès aux médicaments ou aux soins de qualité. Mais l'état actuel de la pharmacopée disponible au plan mondial, en l'absence de découverte majeure depuis plusieurs décennies et du fait des orientations prises par la recherche sous l'effet de la financiarisation de l'industrie pharmaceutique, laisse planer une vraie menace concernant les capacités à faire face aux nouvelles pathologies ou aux résistances microbiennes vis-à-vis des

Les Nations Unies et les
grandes pandémies
XIV^e rencontres
internationales d'Aix-en-
Provence
IEP d'Aix-en-Provence,
8 et 9 décembre 2006

Alice Desclaux

desclaux@msh.univ-aix.fr





traitements existants. Pour plusieurs orateurs, une telle situation d'impuissance, qui concerne notamment les pays développés, justifie une politique interventionniste des organismes des Nations-Unies.

C'est cette orientation qu'a récemment choisie la Banque Mondiale concernant l'influenza aviaire, ayant constaté que l'épidémie de 2003 avait été traitée essentiellement en mettant en place des mesures relatives à la santé humaine en prévision d'une transmission inter-espèces, dans une relative négligence vis-à-vis des mesures de prévention animale. Avec l'objectif de développer une stratégie de prévention primaire, la Banque Mondiale a décidé de considérer les services vétérinaires des pays concernés au Nord et au Sud comme un « bien public mondial », ce qui, au-delà du statut symbolique de « bien commun », implique la mise en place de procédures et de moyens, y compris législatifs, répondant à des normes et à un contrôle international. Cette mesure a probablement été adoptée sous la menace que représentent les zoonoses, qui seraient à l'origine de 70% des nouvelles pathologies humaines. Parallèlement, des réseaux d'information internationaux ont été créés pour renforcer et optimiser le règlement sanitaire international.

L'application de la notion de « bien public mondial » à la santé a été discutée sous plusieurs angles, combinant approches juridique, sociologique, et anthropologique –malheureusement en l'absence d'économiste qui aurait pu clarifier le débat autour d'un concept issu de sa discipline. Le caractère flou de cette notion (inhérent notamment à la polysémie du terme « santé ») justifiait la réserve d'intervenants qui ne l'avaient jamais « éprouvée » dans le cadre de leurs travaux réalisés dans un contexte purement français. En tant qu'anthropologue, nous avons tenté de montrer le sens que prend cette notion pour divers acteurs sociaux, lorsqu'elle est concrètement mise en œuvre et parfois explicitement évoquée autour de la gratuité pour les patients des traitements antirétroviraux en Afrique. Un intervenant brésilien a également évoqué le contexte historique et politique dans lequel il fut décidé que la santé des individus devait être à la charge de la collectivité dans l'intérêt de celle-ci, et l'importance de cette notion dans la construction de la politique du médicament au Brésil. Certes, la notion de « bien public » s'applique mal, d'un point de vue juridique, à la santé ; d'ailleurs, les avis divergent concernant ce qui devrait être considéré ainsi : plus que la santé, les traitements, les médicaments, les services de soin ? Certes, les réactions que suscite la notion de « bien collectif » révèlent la prégnance du modèle libéral. Mais ce colloque montrait que la santé (ou du moins l'absence de maladie) individuelle est de plus en plus concrètement traitée comme un bien collectif, au-delà des revendications des altermondialistes et des approches macrosociales « politico-techniques » des organismes des Nations-Unies, en des lieux dispersés et pour des raisons multiples, dont les plus largement acceptables pourraient être celles qui reposent sur la crainte de l'impuissance collective face aux pandémies. Il y a là matière à analyser pour les anthropologues, notamment pour, dans un premier temps, analyser les formes de « collectivité » que cette notion mobilise. ■

Phénoménologie(s) de l'expérience corporelle

Séminaire organisé par
le Laboratoire
d'Anthropologie de
Pratiques Corporelles
(LAPRACOR)
2 et 3 novembre 2006
Maison des Sciences
de l'Homme de
l'Université Blaise
Pascal,
Clermont-Ferrand.

Hélène Kane

helene.kane@wanadoo.fr



La programmation dense et variée de ce colloque a permis à plus d'une soixantaine d'intervenants - chercheurs et étudiants en sciences humaines, professionnels « éclairés » par une réflexion théorique - de prendre la parole. Interdisciplinaire, la manifestation a accueilli diverses approches théoriques, celles de sociologues, de psychologues, d'anthropologues, de philosophes et d'ergonomes ayant en commun l'adoption d'une perspective phénoménologique. Certains des travaux présentés respectaient le cadre d'une phénoménologie stricte, faisant référence aux auteurs fondateurs classiques, Edmond Husserl et Maurice Merleau-Ponty. D'autres intégraient simplement une dimension phénoménologique à leur méthodologie et à l'orientation de leur questionnement.

L'approche phénoménologique, s'intéressant à la constitution des phénomènes à la conscience humaine, suppose d'adopter une méthodologie partant de situations concrètes et de vécus singuliers. L'un des aspects évoqués de manière récurrente par les intervenants est la difficulté, dans le cadre de l'expérience corporelle, à décrire l'éprouvé en situation sans en trahir la qualité fondamentale. Pierre Vermersch (CNRS, GREX) a expliqué comment le corps, possédant un pouvoir d'être affecté dans son rapport à l'environnement, était dépositaire d'un certain « savoir ». Sa conférence a porté sur la possibilité de saisir l'expérience corporelle par une mise à contribution du corps. Il donna plusieurs exemples dont celui de l'appui apporté en entretien, par ce qu'exprime le corps de l'interlocuteur (gestes), pour stimuler l'explicitation de l'éprouvé. Géraldine Rix (LAPRACOR, Clermont-Ferrand), à travers la présentation de son approche phénoménologique de l'arbitrage au rugby, a souligné la nécessité de situer le sens vécu saisi dans les discours en entretien vis-à-vis du sens éprouvé en situation. Nathalie Depraz (Paris Sorbonne) a présenté ses recherches à propos de l'expérience de la grossesse. Elle disserta sur la lucidité immanente du corps enceint, lucidité proférant au corps une avance sur ce que la conscience réflexive ne saisira que plus tard, et autrement.

L'approche phénoménologique de Maurice Merleau-Ponty place le corps percevant comme condition de l'être au monde. Le thème du corps dans les relations intersubjectives a été décliné lors de plusieurs communications. Louis Quéré (CNRS, EHESS, Paris) remarquant la propension de la sociologie à concevoir le social comme une réalité psychique, a proposé la conception du corps comme médiateur d'un monde social. Alexandre Klein (Nancy) a envisagé la relation médicale comme expérience corporelle. Joëlle Libois (Genève) a exposé son analyse de l'importance de la présence et du corps dans le travail social. Enfin, Mireille Snoeckx (Genève) a abordé la question de la mise en jeu corporelle de l'enseignant dans sa classe.

De nombreuses interventions ont illustré les problématiques de la transmission de l'expérience corporelle dans diverses activités : Paul Fernandez (INSHEA, Suresnes) et la découverte de l'être aquatique, Marceau Chenault (Orléans) et les états de conscience du corps dans la pratique



du Qi Gong, Marc Cizeron (LAPRACOR, Clermont-Ferrand) et les croyances dans l'enseignement du Ki-ryuho, Hélène Fache (LAPRACOR, Clermont-Ferrand) et la sensibilité défensive au volley-ball. Un des ateliers, intitulé « expérience de la maladie » a accueilli plusieurs communications reprenant des travaux menés en anthropologie de la santé. C'est dans cet atelier que je suis intervenue sur le thème de l'expérience du soin, avec une réflexion sur l'appréciation du ressenti de l'enfant lors des piqûres.

Margitta Zimmermann (Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Paris) a présenté une analyse très fine de l'investissement « esthétique » de la radiographie par les patients. La radiographie, produit d'une médecine techniciste, est censée présenter l'image d'un corps biologique. Selon cette appréhension, l'image radiographique devrait se dissocier de l'éprouvé du corps, inscrivant le corps malade dans une altérité fondamentale. Margitta Zimmermann a exploré comment certains patients, au terme de stratégies identitaires, convertissent, par l'intermédiaire de la radio, la souffrance de la maladie en expérience « esthétique ». Ainsi, certains suspendent les images radiographiques au mur de leur domicile, contemplant ces images, les caressent, recomposant par le sensible l'intimité de leur rapport au corps. Selon elle, c'est précisément parce que le corps est impliqué dans l'expérience « esthétique » qu'une « guérison » d'ordre physiologique peut s'effectuer. Elle propose de qualifier d'« aisthesis » cette expérience « esthétique » dont la dimension corporelle est essentielle (étymologiquement l'« aisthanastai » signifie « ressentir »).

Sophie Arborio (ACCORPS, Nancy) a exposé les rapports existant entre les notions de malade et de maladie dans le cadre de l'épilepsie en milieu rural bambara. Sa communication a repris les résultats d'une recherche centrée sur l'analyse des récits de « kirikirimasien » (épilepsie en bambara). Les descriptions de la maladie donnent une place importante aux manifestations corporelles. Ces manifestations ne sont pas simplement appréhendées comme des symptômes de la maladie. Au travers de la mise en exergue de certains aspects du « kirikirimasien », la narration dessine des processus d'individuation de l'affection. Que les discours soient interrogés au niveau de la nosologie ou de l'étiologie, l'imputation exogène du mal compose avec des conceptions soulignant la consubstantialité entre le corps et son affection. L'approche de Sophie Arborio relève d'une perspective phénoménologique dans la mesure où elle met l'accent sur la référence aux événements vécus singulièrement dans la construction des récits de la maladie. ■

☞ Le programme intégral de la manifestation est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.ethno-web.com/evenements.php?action=show&numeve=47>

Les textes des communications feront prochainement l'objet d'une publication en ligne.

Résumé de communication

L'appréciation du ressenti de l'enfant lors de la réalisation de soins médicaux potentiellement douloureux.

Après avoir accusé un retard regrettable, le soulagement médical de la douleur de l'enfant en France s'est considérablement amélioré. De nouvelles modalités de soin ont émergé, y compris dans le cadre des diverses ponctions et injections, pour lesquels les nouveaux protocoles recommandent l'usage d'une crème anesthésiante (EMLA). Tentant de mieux cerner les facteurs socioculturels de cette évolution récente, j'ai mené une recherche analysant les rapports aux douleurs modérées chez le jeune enfant. Cette communication s'est centrée sur les aspects concernant l'appréciation du ressenti de l'enfant.

L'adoption d'une perspective phénoménologique suppose ne pas préjuger de la douleur ressentie par l'enfant. La douleur est un éprouvé possible parmi d'autres. La perception de la douleur de l'enfant par les adultes n'est plus envisagée, comme cela l'est fréquemment dans les discours biomédicaux, en terme de reconnaissance ou de déni. Le questionnement se reformule autour des conditions de la perception.

A la réalisation de soin de type piqûre, l'enfant répond très souvent par des pleurs. Une lecture transversale des interprétations en situation met en évidence le contournement de l'évocation de la douleur comme cause du pleur. Certaines réactions discréditent le pleur et en relativisent la portée expressive. Il s'avère que même lorsque les soignants considèrent qu'un soin est douloureux en général, ils admettent rarement, face à l'enfant le recevant, que celui-ci éprouve une certaine souffrance.

En entretien, les appréciations du ressenti, chez les soignants comme chez les parents, apparaissent teintées d'incertitudes et de revirements. Les soignants ne sont pas tous d'accord à savoir si, lors d'un vaccin, la douleur dépend de l'intrusion de l'aiguille sous la peau ou de l'injection du produit. Les parents se réfèrent à leur propre expérience du soin tout en essayant d'imaginer l'altérité du corps vécu de l'enfant. Constat notable, la douleur est appréhendée relativement autonome du sujet la ressentant, d'autant que le jeune enfant est perçu la « *subissant* » dans l'incompréhension.

Le ressenti de l'enfant, lors de soins potentiellement douloureux, n'est pas au centre des attentions. Parents et soignants sont davantage investis dans une guidance des comportements. Les attitudes de l'enfant, qui pourraient être perçues comme des manifestations du ressenti, sont appréhendées comme des réactions qu'il convient de contrôler. L'expressivité de la douleur, inconvenante au sein d'une relation cordiale entre parent et soignant, est doublement contenue : l'enfant est enjoint à retenir ses pleurs et ses pleurs ne sont pas interprétés comme le signe d'une douleur. Les attitudes stoïques sont encouragées et valorisées. Le contexte socioculturel de la relation de soin en consultation apparaît peu propice à la perception de la douleur iatrogène. Les motifs d'usage de la crème EMLA sont complexes et n'impliquent pas forcément un accroissement de l'attention au ressenti de l'enfant.

Hélène Kane

Etudiante en master 2 d'anthropologie

CRCSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés), Université Paul Cézanne, Aix-Marseille U3



Le « counselling » ou conseil est l'une des activités spécifiques des programmes de lutte contre le sida. Selon une perspective santé publique, ces séances de rencontre entre un soignant et un patient ont pour objectif d'améliorer les activités de prévention et de traitement grâce à une meilleure adhésion du patient aux services proposés. A une période où l'accès aux antirétroviraux tend à se généraliser dans de certains contextes et où de nouveaux moyens de prévention sont proposés (préservatif féminin, circoncision par exemple) le conseil semble représenter l'une des activités « phare » de ces programmes. Pourtant, un rapport de l'OMS en préparation préconise « une approche du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire dans les établissements de santé laissant la latitude au patient d'accepter ou de décliner l'offre de test (« opt-out ») et comprenant une information pré-test simplifiée ». L'argument avancé est la nécessité d'étendre les services de conseil et de dépistage volontaire, et d'augmenter le nombre d'établissements où le test est proposé. La motivation sous-jacente n'est pas nouvelle : « du fait d'une connaissance limitée de leur statut sérologique, nombreuses sont les personnes qui perdent l'occasion de recevoir à temps le traitement, les soins et le soutien dont elles ont besoin. De ce fait elles ne prennent pas non plus les mesures nécessaires pour éviter de transmettre l'infection à d'autres ne sachant pas qu'elles sont elles-mêmes infectées ». Une part importante du conseil est « déplacée » au post-test, différencié pour les personnes séropositives et séronégatives.

L'approche « opt-out », proposée par l'OMS et l'ONUSIDA, recommande en effet que le test de dépistage du VIH « fasse partie intégrante des soins médicaux dispensés au patient » ce qui signifie que « les individus doivent refuser le test s'ils ne veulent pas qu'il soit réalisé ». Il est précisé par ailleurs que « le soignant » devra, au minimum, fournir les informations au patient au sujet du bénéfice du test et de la possibilité de refuser le test. Il doit aussi l'assurer que le refus du dépistage n'affecte pas l'accès aux services (qui ne dépendent pas du statut sérologique). L'approche est modulée selon le profil épidémique et le niveau de prévalence du pays. Ce document est présenté comme un draft, mis à disposition du public pour commentaires et mérite en effet d'être discuté.

Dans cette perspective, la somme des présentations et des échanges effectués lors la seconde réunion annuelle d'experts organisée par le « IS-Academy on HIV/AIDS », qui avait pour titre « Rethinking HIV/AIDS Preventive Counselling », semble fournir un cadre pertinent quant aux interrogations que soulèvent les modalités, la mise en œuvre et les effets de la nouvelle approche « opt-out » envisagée par l'OMS. Cette réunion se tenait à Amsterdam, les 13 et 14 octobre derniers, dans l'une des salles du très prestigieux Royal Tropical Institute, et regroupait des décideurs politiques, des professionnels du développement et des scientifiques. Elle avait deux objectifs. Premièrement, elle visait à favoriser les échanges entre des représentants d'institutions et de disciplines variées autour des problématiques liées au conseil dans la prise en charge de la prévention et du traitement du VIH/sida. Le deuxième objectif était d'améliorer la mise en œuvre des programmes de conseil. Cette réunion était financée par l'Amsterdam School for Social Science Research (ASSSR), l'University of Amsterdam, le Dutch Tropical Institute (KIT) et le Dutch Ministry of Foreign Affairs (DGIS).

La majeure partie de ces journées fut consacrée à analyser et à discuter les obstacles et les défis rencontrés lors des activités de conseil. Une succession de communications présentait un état des lieux du conseil par rapport à des problématiques spécifiques. Les sujets abordés concernaient les enjeux du conseil à l'ère du traitement antirétroviral (Francis Kizito, TASO, Uganda), le conseil relatif à la sexualité (Rachel Ploem, KIT, Hollande), l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur le conseil (Daniel D. Reidpath, Brunel University, Royaume Uni). Catherine Campbell (London School of Economics, UK) a traité des conditions nécessaires à l'implication de la « communauté » dans les programmes sida. Carla Makhlof Obermeyer (WHO Genève) et Pascale Hancart Petitot (CRECSS) présentaient respectivement un état des lieux et certains enjeux du conseil dans les programmes de dépistage volontaire et dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Les modalités d'adaptation du conseil à chaque méthode préventive étaient discutées par Helen Rees (University of Witwatersrand, Afrique du Sud). Enfin Anita Hardon (ASSSR Amsterdam) a dressé un état des lieux des travaux existants sur les pratiques de conseil face aux problèmes de l'observance aux ARV.

Lors du deuxième jour, les participants étaient conviés à des travaux de groupe thématiques dont l'objectif était de définir des priorités en matière de conseil en termes de stratégies et de programmes de financement, d'action de santé publique, de recherches et de formation.

Actualités de l'approche du conseil en matière de dépistage du VIH

Second Annual IS-Academy Expert Meeting on HIV/AIDS « Rethinking HIV/AIDS Preventive Counselling » , Amsterdam, 13 – 14 November 2006

Pascale Hancart-Petitot
pascale.hancart@free.fr





A terme, chaque groupe était à même de proposer des axes concrets pour la mise en œuvre de futures stratégies pour chaque domaine d'intervention. En dehors de ces éléments techniques, les participants ont rappelé que la résolution des problèmes sociaux soulevés par la mise en œuvre des pratiques de conseil en particulier relève aussi d'une stratégie spécifique de maintien et d'amélioration des services de soins et d'une volonté politique générale de lutte contre la pauvreté. En dehors de l'exercice de compilations et de restitutions des données existantes sur le sujet, et de la formulation de propositions pratiques à l'intention de décideurs, ces journées venaient rappeler que les pratiques de conseil en tant que pratiques de soins sont des pratiques sociales. Pour les sciences sociales, le conseil est en effet un objet d'étude particulièrement riche. L'ethnographie de ces pratiques permet certes de mettre en évidence la qualité et l'efficacité de l'interaction patient-soignant ; le conseil doit être aussi considéré comme un « fait social » et une « interprétation culturelle ». Dans ce cadre, des investigations sont souhaitables pour décrire par exemple les interprétations des patients à propos des informations médicales reçues, ou leurs expériences personnelles et à distance des programmes de prévention et de traitements dont ils ont bénéficiés. Par ailleurs, l'étude des catégorisations sociales mises en œuvre par les soignants lors du « choix » des messages à donner fournissent un objet très pertinent. Ces journées permettaient aussi d'étudier le conseil à un autre niveau d'investigation. Elles invitaient en effet à considérer le conseil comme un objet de confrontation entre des décideurs et des chercheurs, dont les représentations sociales sont aussi modelées par l'expérience, la discipline et la fonction, ainsi que par la somme des facteurs contextuels et des enjeux de cette réunion.

Ainsi, ces échanges à propos du conseil (dans un contexte différent) permettent de documenter une grande partie des facteurs sociaux qui conditionnent la gestion individuelle et collective de l'épidémie à VIH. Ils conduisent à s'interroger sur les possibles conséquences de la nouvelle approche proposée par l'OMS en termes de dépistage. Celles-ci doivent être discutées en particulier pour les populations les plus pauvres, là où l'accès aux soins est difficile, les services de soins publics sont déliquescents, où persistent des actes de discrimination et de stigmatisation à l'égard des personnes infectées par le VIH, et lorsque l'accès aux traitements antirétroviraux est limité. Il apparaît donc nécessaire d'observer et d'analyser les conséquences sociales de l'approche « opt out », en particulier pour les personnes qui n'ont accès ni aux traitements, ni aux soins, ni au soutien et qu'un accès au test VIH ne va pas forcément leur apporter. ■

(1) WHO, 2006. Recommandations sur le dépistage et le conseil à l'initiative des prestataires de services dans les établissements de santé. Projet pour commentaire du public. OMS/ONUSIDA 27 novembre 2006, World Health Organization., New York. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/publicreview/en/> le 18.12.06 (Extrait du résumé français. Page 1)

Conférences / débats

► Apéritifs débats en Anthropologie de la Santé, Marseille le 2^o jeudi du mois à 19h30



Après une présentation d'environ 45 mn par l'invité, autour d'un apéritif, le débat est ouvert, qui rassemble des chercheurs et des intervenants de terrain issus des sciences sociales et de la santé, de la médecine au secteur social.

Les discussions se poursuivent généralement autour d'un repas très convivial.

Il est préférable d'annoncer sa venue à l'avance, mais vous pouvez aussi nous retrouver directement au restaurant à partir de 19h30.

- **11/01/2007 Le désenvoûtement comme dynamique désidéologisante. Olivier Schmidt.**

Prochaines dates : 8/02/2007. 8/03/2007. 12/04/2007. 10/05/2007. 14/06/2007

Lieu : Café-Restaurant Le Maurel / 9, rue Louis Maurel, 13006 Marseille Tel : 04 91 53 46 29

☞ Ces apéritifs débats sont organisés par AMADES (Association d'Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé). Vous trouverez des informations sur <http://www.amades.net> ou au 04 42 52 49 34

Publications

► A. Desgrées du Loû, A. Desclaux (2006) - Femmes et sida en Afrique, *Populations et Sociétés*, n° 428.

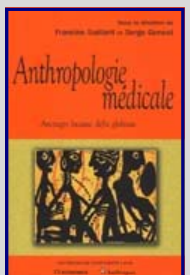
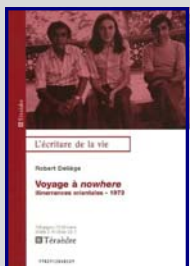
L'Afrique est le continent payant le plus lourd tribut à l'épidémie de sida. Et ce sont les femmes qui y sont le plus touchées. Quelles sont les raisons de leur plus grande vulnérabilité ? Comment se fait-il que les femmes y soient paradoxalement mieux dépistées et mieux traitées que les hommes. Alice Desclaux et Annabel Desgrées du Loû nous expliquent pourquoi, en Afrique, femmes et hommes ne sont pas égaux face à l'épidémie de sida.



► Acquisitions du Centre de documentation du CReCSS

Livres enregistrés entre le 1/02/06 et le 31/12/06 : Auteurs, années et titres.

- Atuaobi, P., A. Obeng Boamah, et al. (2005). Life, Love & Death, Conversation with six elders in Kwahu- Tafo- Ghana.
- Beauchamp, C. (1997). Le sang et l'imaginaire médical, histoire de la saignée au XVIII^e et XIX^e siècles.
- Bourdier, F. (2006). Policies and politics underlying the path for universal access to treatment against AIDS in Cambodia.
- Cadart, M. (2006). Des parents dans les crèches, utopie ou réalité.
- Cathébras, P. (2006). Troubles fonctionnels et somatisation, comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués.
- Chast, F. (2002). Histoire contemporaine des médicaments.
- Cohen, P. (2003). Water management in rural South India and Sri Lanka. Emerging themes and critical Issues. Proceedings of the Indo-French Round table at the french institute of Pondicherry.
- Cohen, P. and S. Janakarajan (2003). Water management in rural south India and Sri Lanka. Emerging themes and critical issues. Proceedings of the indo french round table at the French institute of Pondicherry.
- Cohen, P. and S. Solomon (2004). Aids and maternity in India, from public health to social sciences perspectives. Emerging themes and debates.
- Crognier, E. (1994). L'écologie humaine, Que sais-je?
- Deliége, R. (2006). Voyage à nowhere, itinérances orientales.
- Faïnzaug, S. (2006). La relation médecins-malades: information et mensonge.
- Fassin, D. and E. Fassin (2006). De la question sociale à la question raciale? Représenter la société Française.
- Fassin, D. (2004). Afflictions, l'Afrique du Sud de l'apartheid au sida.
- Fassin, D. (2006). Quand les corps se souviennent, expériences et politiques du Sida en Afrique du Sud.
- Fassin, D. and P. Bourdelais (2005). Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral.
- Feldman, J. and R. Canter Kohn (2000). L'éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes.
- Fleck, L. (2005). Genèse et développement d'un fait scientifique.
- Grmek, M. D. (1989). La première révolution biologique.
- Grmek, M. D. (1995). Histoire de la pensée médicale en Occident, 1: Antiquité et Moyen Age.
- Grmek, M. D. (1997). Histoire de la pensée médicale en Occident, 2: De la renaissance aux lumières.
- Grmek, M. D. (1997). Histoire de la pensée médicale en Occident, 3: du romantisme à la science moderne.
- Hirsch, E. (2005). L'éthique à l'épreuve de la maladie grave. Confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer.
- Hirsch, S. F. (2005). Le temps d'un cancer.
- Lainé, A. (2004). La drépanocytose, Regards croisés sur une maladie orpheline.
- Lesoeurs, G. (2006). La santé à l'écran, médecine et patient au cinéma.
- Lett, D. and M.-F. Morel (2006). Une histoire de l'allaitement.
- Lowy, I. (2001). Virus, moustiques et modernité. La fièvre jaune au Brésil entre science et politique.
- Lowy, I. (2002). Cancer de chercheurs, cancer de clinicien. Trajectoire d'une innovation thérapeutique.
- Lowy, I. (2005). L'emprise du genre, masculinité, féminité, inégalité.
- Madioni, F. (2003). Clinique Méditerranéennes : Psychanalyse et psychopathologie Freudiennes, la mémoire entre psychanalyse et neurosciences.
- Mendès-Leite, R. and M. Banens (2006). Vivre avec le VIH.
- Micollier, E. (2004). Sexual Cultures in East Asia. The social construction of sexuality and sexual risk in a time of AIDS.
- Orne-Gliemann, J. and F. Dabis (2006). Children and HIV/AIDS from research to policy action.
- Pierret, J. (2006). Vivre avec le VIH, enquête de longue durée auprès des personnes infectées.
- Pignarre, P. (2001). Comment la dépression est devenue une épidémie.
- Pinell, P. (1992). Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940).
- Rey, R. (2000). Histoire de la douleur.
- Saillant, F. and S. Genest (2006). Anthropologie médicale, Ancrages locaux, défis globaux.
- Schirripa, P. (2005). Le Politiiche della cura, Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo.
- Sournia, J.-C. (1997). Histoire de la médecine.
- Thé, G. D. and A. Hubert (1998). Modes de vie et cancers.
- Thiel, M. J. (2006). Entre malheur et espoir. Annoncer la maladie, le handicap, la mort.
- Tierny, P. (2002). Au nom de la civilisation. Comment les anthropologues et journalistes ont ravagé l'Amazonie.
- UNICEF/WHO (2005). The gender agenda in the control of tropical diseases : a review of current evidence.



► Vidéothèque en ligne : « Santé, maladie, malheur » (SMM) UMR 5145 CNRS - USM 104 MNHN

A la demande d'Alain Epelboin, son créateur, nous diffusons l'information suivante qui intéressera les lecteurs de la Lettre du CRéCSS:

-> Pour consulter les noms des films par ordre alphabétique :
<http://www.rap.prd.fr/ressources/vod.php?videotheque=mnhn/smm>

-> Pour rechercher une video :
<http://www.rap.prd.fr/ressources/vodMenus.php>

- par un mot contenu dans le titre
- par nom d'auteur/réalisateur
- par producteur
- par "thèmes"



► Lettre d'information du programme « Sociétés et médecines en Asie du Sud »

Ce programme est coordonné par l'Institut Français de Pondichéry (Inde).
La lettre d'information est trimestrielle et sera mise en ligne sur le site de l'Institut :
<http://www.ifpindia.org/en-.html>



Informations utiles IFEHA/CRéCSS

► **Rappel des coordonnées de l'IFEHA/CRéCSS**

IFEHA/CRéCSS
Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme
5, rue du Château de l'Horloge
13094 Aix-en-Provence cedex 2
France

Bureau A284
Courriel : secretariat.pas@mmslh.univ-aix.fr
Tél : 00.33(0)442.524.934

► **Secrétariat de l'IFEHA/CRéCSS**

Marie-Hélène Schielé est présente au secrétariat, dans les locaux de la MMSH les :

lundi de 8h30 à 15h
mardi de 8h30 à 14h30
jeudi de 8h30 à 15 h

► **Bibliothèque de l'IFEHA/CRéCSS**

lundi de 8h30 à 15h
mardi de 8h30 à 14h30
mercredi de 9h à 13h
jeudi de 8h30 à 15h
vendredi de 9h à 13h



Vous souhaitez...

Signaler un changement de courriel

Vous abonner / désabonner

Ne plus recevoir de PDF, mais un avis de mise en ligne

Nourrir les colonnes de *La Lettre du CReCSS...*

Une seule adresse :

lettre.crecss@gmail.com

Merci à celles et ceux qui nous ont envoyé et nous enverront des informations !

A noter :

- cette adresse n'est pas l'adresse principale de l'équipe ni d'aucun de ses membres, mais uniquement celle concernant la Lettre.

- merci de bien vouloir joindre à vos envois les plaquettes, affiches ou toute iconographie liée aux informations que vous nous adressez, au format PDF, HTML ou DOC.