

# La Lettre du GReCSS

Bulletin d'information du Groupe de Recherche Cultures, Santé, Sociétés  
Aix-en-Provence, France ■ <http://crecss.mms.h.univ-aix.fr>

Sommaire



n°15.  
Hiver 2009-2010

## Vie du laboratoire à la MMSH

Vie de l'équipe  
Nouvelle composition de l'équipe  
Résumé de thèse C. Caudullo  
Thèses soutenues  
Mémoire de master 2 soutenu

## Quelques projets de recherche

Des systèmes médicaux pluriels de recours de non conventionnels pour les personnes atteintes de cancer  
Retour aux patients des résultats des essais de recherche clinique

## Diffuser la recherche anthropologique

Le théâtre forum comme outil de restitution

## Comptes rendus de colloques

Atelier INED/IRD, Chiang-Mai  
Rencontre ANRS, Hô Chi Minh Ville  
Congrès de l'AFS, Paris  
*Conference on Thinking*, Kuala Lumpur  
Assises de l'Anthropologie de la Santé, Toulouse  
*The pharmaceutical life cycle Conference*, Milan  
Atelier OMS, Genève  
Journée professionnalisation des doctorants, Paris  
*Medical Anthropology Young Scholars*, Berlin

## Autres communications des membres du GRECSS

Sakoyan (séminaire MSH Paris Nord)  
Sarradon, Sakoyan, Dumas, Desclaux (Colloque International Santé et mobilités, Toulouse)  
Sow, Hancart Petitet (SMA, Yale)  
Hancart Petitet (*International conference (Re) Figuring Sex*, Sydney)  
Desclaux, Desclaux & De Cenival (*AIDS impact*, Gaborone)  
Sakoyan (sém. interlaboratoires St Charles, Marseille)  
Beaudevin (*Regionalizing Oman*, Leipzig)

## Compte rendu de lecture

Hancart Petitet, *Maternités en Inde du Sud*

## Publications

## Informations utiles



## Éditorial

La vie des équipes, celle des idées, et celle des institutions ne suivent pas le même rythme. Les équipes doivent affronter des défis spécifiques pour accorder leurs thématiques de recherche aux calendriers administratifs, construire et reconstruire une production collective cohérente dans des ensembles à dimensions variables et selon un rythme relativement court (au mieux les quatre ans des contrats auxquels sont soumis les universités et organismes de recherche). De plus, en sciences sociales, où les chercheurs travaillent de manière plus indépendante que dans les sciences dures, il faut replacer une œuvre individuelle dans les projets et les programmes qui lui donnent les moyens matériels permettant de réaliser enquêtes et analyses.

La dimension collective de notre équipe s'est construite sur plusieurs années et garde un sens pour ses membres, notamment du fait de la communauté des objets de recherche et de certaines approches théoriques, de la richesse des échanges entre chercheurs et d'une dynamique de réflexion collective, maintenue malgré la dispersion géographique de ses membres et le petit nombre de chercheurs statutaires, grâce notamment au dynamisme de ses chercheurs contractuels et juniors de statut précaire. Avec le changement de statut institutionnel au 1er janvier 2010, nous voici à un moment clé de la vie de notre équipe, qui appelle quelques éclaircissements et rappels.

Jeune Équipe créée en 2004 dans le cadre de l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, le GRECSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés) a connu une période de transition (du fait du décalage temporel entre les vagues de mise en œuvre des contrats quadriennaux) en 2008 et 2009, au cours de laquelle il a été labellisé Équipe d'Accueil (EA 2424). Il vient de rejoindre en 2010 le Centre Norbert Elias (UMR 8562), unité mixte de recherches dirigée par Jean Boutier et regroupant, autour de l'ancien SHADYC, localisé à la Vieille Charité à Marseille, d'autres structures de recherche : aux « tutelles » originelles de l'EHESS et du CNRS sont venus s'ajouter des « partenaires » : l'Université d'Avignon (une équipe d'historiens modernistes et contemporanéistes et un laboratoire « culture et communication »), l'École Normale Supérieure de Lyon (une équipe de sciences de la communication) et l'Université Paul Cézanne (notre équipe...). Chacune de ces structures constitue une équipe locale identifiée : le GRECSS, « équipe aixoise » du CNE, conserve son individualité tout en changeant de nom afin de ne pas constituer un « centre » dans un « centre » : il devient ainsi le *GRECSS* (Groupe de Recherches Cultures, Santé, Sociétés), qui continue à être localisé à la MMSH. Il est par ailleurs partie prenante à titre principal de l'un des axes transversaux du Centre Norbert Elias, « Sciences sociales et sciences de la vie », tout en pouvant alimenter par ses travaux deux autres axes, « Étude comparative des espaces et des objets politiques » et « Dimension sexuée de la vie sociale ». Sa direction est assurée par Jean-Luc Bonniol.

L'existence du GRECSS ne se réduit pas toutefois à son appartenance au Centre Norbert Elias : il est également relié, par convention entre l'IRD et l'Université Paul Cézanne, à l'unité mixte 145 de l'IRD, « Sida et maladies associées », localisée à Montpellier, qui constitue une autre équipe d'accueil (à côté du CNE) pour les doctorants. C'est dans le cadre de cette unité qu'Alice Desclaux est actuellement en délégation à Dakar. Il est d'autre part lié à divers partenaires institutionnels (INSERM, autres universités de la place d'Aix-Marseille, IFR 134 SHESSAM, OMS), en fonction des opérations de recherche dans lesquelles il est engagé. Il conserve enfin ses propres membres associés.

Le GRECSS inscrit son expertise dans le domaine scientifique de l'anthropologie sociale et culturelle et son champ d'application concerne la santé, la maladie et les systèmes médicaux. Ses principaux domaines d'excellence concernent, en anthropologie bioculturelle/ de la santé : les analyses de genre dans l'expérience du VIH au Sud et l'impact sur les rapports aux systèmes de soins ; les évolutions des systèmes médicaux et l'émergence d'un secteur néotraditionnel en Afrique et en Inde ; l'analyse des catégorisations économiques et les logiques sociales de l'équité et la gratuité des soins du local au global ; le développement des thérapies alternatives en Europe et leur intégration dans la biomedecine ; l'analyse de l'émergence d'un modèle d'expérience de la maladie chronique au Sud ; l'émergence de représentations et de pratiques sociales, dotées d'une dimension identitaire, autour des techniques de caractérisation génétique.

Ses axes thématiques de recherche actuels sont libellés comme suit : catégorisations sociales dans le traitement de la maladie ; anthropologie du VIH au Sud ; dynamiques des systèmes médicaux et santé globalisée ; usages sociaux de la diversité biologique.

Ses liens avec la formation sont étroits, par l'accueil d'une spécialité du master recherche mention « anthropologie », pilotée par le département d'anthropologie de l'Université de Provence (dont les enseignements sont interrompus en 2009-2010 mais qui accueille des étudiants réalisant leur mémoire) et d'un doctorat en anthropologie.

L'appartenance au Centre Norbert Elias ouvre pour les membres du GRECSS des perspectives d'échanges scientifiques stimulants, en particulier autour de l'œuvre de Norbert Elias et de la problématique du genre, qui constituent deux de ses thématiques transversales. Nous souhaitons que ce « nouveau départ » nous permette d'accueillir des chercheurs et enseignants-chercheurs statutaires, notamment grâce au recrutement de ses membres précaires, pour atteindre cette dimension minimale en dessous de laquelle une équipe peut difficilement assurer la continuité de sa vie institutionnelle. Le dynamisme de sa vie scientifique s'est maintenu malgré les transitions et les incertitudes, comme en atteste la richesse de cette Lettre, qui présente de nombreuses recherches et publications, et qui a été réalisée en l'absence de secrétariat propre à l'équipe.

Jean-Luc Bonniol et Alice Desclaux



## ► Vie de l'équipe

En 2009, l'équipe a connu quelques changements :

- Alice Desclaux est en détachement à l'IRD à Dakar jusqu'à novembre 2011 ;
- Philippe Msellati, DR IRD qui était en poste au CRECSS, a rejoint l'implantation de l'UMR 145 au Cameroun à Yaoundé ;
- Bernard Taverne, CR IRD en poste à Aix-en-Provence jusqu'à février 2010, a rejoint l'UMR 145 à Dakar ;
- Emmanuelle Simon a été recrutée sur un poste d'ingénieur de recherche au Centre de Recherche sur les Médiations (<http://www.univ-metz.fr/ufr/sha/crem/>), laboratoire pluridisciplinaire (sciences de l'information et de la communication, sciences de l'art) de l'Université de Metz. Le CREM interroge les phénomènes de médiation et de création, spécialement dans leurs dimensions techniques, organisationnelles, politiques, esthétiques et artistiques, interculturelles. Leurs travaux visent à modéliser ces dynamiques, à cerner les enjeux des rapports à des normes et à des écarts, à comprendre les processus de régulation. A l'intérieur du CREM, Emmanuelle Simon entend développer des travaux en anthropologie de la santé sur les espaces virtuels de la mondialisation sanitaire. Les enseignants-chercheurs du CREM animent, par ailleurs, une revue à comité de lecture *Questions de Communication* (<http://www.ques2com.fr/>). Cette revue, classée A par le CNRS, est un lieu de publication possible pour les anthropologues de la santé qui abordent les thématiques suivantes : communication de santé publique, communication soignant/soigné, médiation technique de la relation de soin, santé et média, etc.

## ► Nouvelle composition de l'équipe

L'assemblée générale de l'équipe a décidé de distinguer dorénavant deux statuts, en plus des membres statutaires, des doctorants et des postdoctorants :

- les membres associés : ils ont une collaboration régulière avec l'équipe, participent à des projets de recherche a priori inscrits dans le cadre de conventions ;
- les membres partenaires : ils ont une collaboration plus distante ou plus occasionnelle avec GRECSS, souvent dans le cadre de leur équipe.

La nouvelle composition du GRECSS est donc la suivante :

### Membres statutaires

Jean-Luc BONNIOL (directeur) - [bonniol@msh.univ-aix.fr](mailto:bonniol@msh.univ-aix.fr)

### Membres associés

Chiara ALFIERI - [ch.alfieri@gmail.com](mailto:ch.alfieri@gmail.com)  
Claire BEAUDEVIN - [claire@beaudevin.net](mailto:claire@beaudevin.net)  
Alice DESCLAUX - [alice.desclaux@ird.fr](mailto:alice.desclaux@ird.fr)  
Céline DUMAS - [dumascel@gmail.com](mailto:dumascel@gmail.com)  
Aline SARRADON-ECK - [aline.sarradon@wanadoo.fr](mailto:aline.sarradon@wanadoo.fr)  
Bernard TAVERNE - [bernard.taverne@ird.fr](mailto:bernard.taverne@ird.fr)

### Membres partenaires

Marie-Laure CADART - [marie-laure.cadart@wanadoo.fr](mailto:marie-laure.cadart@wanadoo.fr)  
Pascal CATHEBRAS - [pascal.cathebras@chu-st-etienne.fr](mailto:pascal.cathebras@chu-st-etienne.fr)  
Marc EGROT - [egrotmarc@free.fr](mailto:egrotmarc@free.fr)  
Rubens FITOUSSI - [rubens.fitoussi@laposte.net](mailto:rubens.fitoussi@laposte.net)  
Pascale HANCART-PETITET - [pascalehp@gmail.com](mailto:pascalehp@gmail.com)  
Pauline HUET - [pln.huuet@gmail.com](mailto:pln.huuet@gmail.com)  
Armelle JACQUEMOT - [armellej@club-internet.fr](mailto:armellej@club-internet.fr)  
Raymond MASSÉ - [raymond.masse@ant.ulaval.ca](mailto:raymond.masse@ant.ulaval.ca)  
Sandrine MUSSO - [sandrinemusso@gmail.com](mailto:sandrinemusso@gmail.com)  
Laurent PORDIÉ - [nomadplant@hotmail.com](mailto:nomadplant@hotmail.com)  
Ilario ROSSI - [ilario.rossi@unil.ch](mailto:ilario.rossi@unil.ch)  
Olivier SCHMITZ - [schmitz@fusl.ac.be](mailto:schmitz@fusl.ac.be)  
Emmanuelle SIMON - [emanaarps@yahoo.com](mailto:emanaarps@yahoo.com)  
Saskia WALENTOWITZ - [walentowitz@anthro.unibe.ch](mailto:walentowitz@anthro.unibe.ch)

### Doctorants

Blandine BILA-OUEDRAOGO - [blandinebila@yahoo.fr](mailto:blandinebila@yahoo.fr)  
Mathilde COUDERC - [mathoune@hotmail.com](mailto:mathoune@hotmail.com)  
Sophie DJETCHA - [sdjetcha@yahoo.fr](mailto:sdjetcha@yahoo.fr)  
Yuvany GNEP - [yuvanygnep@hotmail.com](mailto:yuvanygnep@hotmail.com)  
Marie MELEY - [meley.marie@wanadoo.fr](mailto:meley.marie@wanadoo.fr)  
Aline MERCAN - [aline.mercan@wanadoo.fr](mailto:aline.mercan@wanadoo.fr)  
Ashley OUVRIER - [ashleyouvrier@gmail.com](mailto:ashleyouvrier@gmail.com)  
Khoudia SOW - [khoudiasow2007@yahoo.fr](mailto:khoudiasow2007@yahoo.fr)

### Doctorants associés

Coralie CAUDULLO - [caudullo.coralie@orange.fr](mailto:caudullo.coralie@orange.fr)  
Juliette SAKOYAN - [sakoyan.juliette@orange.fr](mailto:sakoyan.juliette@orange.fr)

☞ Le site de l'équipe (<http://crecss.msh.univ-aix.fr>) présente déjà les CV de nombreux membres. Sa mise à jour est en cours.

## ► Résumé de thèse de Coralie CAUDULLO, doctorante associée (Groupe de Recherche Innovations et Sociétés, Univ. De Rouen)

### *Socio-anthropologie de la prévention associative dans le champ du cancer : le cas de deux associations en région PACA.*

Depuis la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, les associations d'usagers sont de plus en plus influentes dans le système de santé. Ce phénomène est à comprendre à l'aune de l'évolution de la relation médecin/malade : la chronicisation de pathologies autrefois mortelles (diabète, hémophilie) implique l'autonomie des patients dans la gestion quotidienne de leurs maux. Ils deviennent des « auto-soignants » et s'investissent davantage dans leur devenir collectif (Herzlich C, Pierret J, 1995). La prévention constitue l'une des principales missions de ces associations : en effet, parmi les 1300 mouvements de lutte contre le cancer recensés en France, plus des ¾ déclarent s'investir dans de telles activités (source : JO des associations). L'objet de cette thèse concerne le rôle des associations de lutte contre le cancer dans le champ de la prévention. En choisissant deux groupes actifs dans la région PACA – la Ligue Contre le Cancer et Vivre Comme Avant – il s'agit d'étudier différentes modalités d'action dans ce domaine.

Trois principaux niveaux d'analyse sont ici choisis :

(1) Le premier niveau s'intéresse à la spécificité des messages préventifs de chaque association et aux paramètres expliquant cette spécificité. Nos observations montrent par exemple que ces messages varient en fonction de la nature des membres associatifs (association de malades, de proches, ou de professionnels ?), ou encore du positionnement du groupe vis-à-vis du monde médical.

(2) Le second niveau porte sur la prévention « en action », lors d'actions de terrain (en milieu de soins, à l'occasion de manifestations publiques etc.). Il s'agit de comprendre comment l'association transmet les messages préventifs au public / aux malades : quels sont les supports utilisés ? Comment convaincre de la nécessité d'appliquer ces mesures ?

(3) Enfin, la troisième partie analyse l'impact des messages associatifs chez le public. L'objectif est de définir comment ces messages sont réappropriés individuellement, en fonction du contexte social de chacun, de son rapport à sa santé ou encore de sa trajectoire biographique. La prévention associative, en privilégiant les actions de terrain et de proximité, implique-t-elle une appropriation différente des informations divulguées ? En s'intéressant aux associations, cette thèse constitue un outil de compréhension d'un segment influent du champ préventif, dans un contexte local et national de lutte contre le cancer en pleine évolution.

## ► Thèses soutenues



- **Sandrine Musso** - « **Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible « Migrants » dans les politiques du sida en France.** » / Thèse pour l'obtention du doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, préparée sous la direction de Jean-Pierre Dozon, 446 p., soutenue le 9 décembre 2008.

Cette thèse présente et discute la manière dont le problème du sida s'est posé en France dans le cas particulier des populations migrantes ou issues de l'immigration, ainsi que les réactions, mobilisations, politiques publiques, actions associatives que cette maladie a suscité en regard de ces populations. L'objet de la thèse se situe au carrefour de l'anthropologie politique de la santé et de la socio-anthropologie de l'immigration. Ce travail entend démontrer que l'étude des enjeux et controverses entre acteurs (institutionnels et associatifs) visant à promouvoir l'émergence d'une cible, celle des « migrants/étrangers », dans les politiques du sida en France, constitue un domaine exemplaire et avant-gardiste des évolutions contemporaines du traitement social de la « question immigrée » sur le territoire national.

Trois axes sont successivement présentés. Le premier a trait aux diverses échelles de contextualisation de la problématique et de l'objet de la recherche, par l'exercice d'un « détour » à la fois éthique, historique et spatial au regard de la question traitée. Le second se consacre à l'émergence et la légitimation progressive de la cible des « Migrants » dans les politiques publiques, l'épidémiologie du sida, et les programmes des associations de lutte contre le sida. Le troisième axe traite de la manière dont le sida constitue un révélateur social de la redéfinition des frontières de l'altérité, aux « bords » comme à l'intérieur, de la société française contemporaine. Elle présente, par l'évocation de l'histoire des mobilisations relatives à la « cause de l'étranger malade », les réponses juridiques et plus globalement sociales à l'épidémie et les récits de personnes affectées ou malades, les marges rendues visibles aux frontières du droit commun et d'une histoire officielle de l'épidémie.

Ce travail est issu d'enquêtes de terrain multi-sites, et promeut une démarche réflexive et impliquée. Il propose une mise en perspective sur la responsabilité de l'anthropologue face aux enjeux politiques d'une demande sociale, dans un contexte propice à la « culturalisation » de l'exclusion.

*Jury : Kémal CHERABI, Jeannine COREIL, Jean-Pierre DOZON, Didier FASSIN, Françoise LOUX, Lilian MATHIEU*

*Cette thèse a reçu le Prix de Thèse AMADES 2009.*

- **Claire BEAUDEVIN** - « **Faqr al-dam, « l'indigence du sang », comme héritage. Représentations & Enjeux sociaux des hémoglobinopathies héréditaires au sultanat d'Oman** » / Thèse pour l'obtention du doctorat d'anthropologie de l'université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, préparée sous la direction d'Alice Desclaux et Anne Marie Moulin, 448 p., soutenue le 22 janvier 2010.

Cette thèse est une contribution à trois champs distincts d'analyse anthropologique : d'une part le traitement social des maladies héréditaires ; d'autre part les usages sociaux des connaissances génétiques ; enfin, l'étude des systèmes de soins du monde arabe. Fondée sur une enquête ethnographique d'environ dix-huit mois au sultanat d'Oman (péninsule Arabique), elle aborde deux maladies héréditaires du sang, drépanocytose et bêta-thalassémie — nommées *faqr al-dam*, « l'indigence du sang » dans le pays. Pour ce faire, ce travail s'articule autour de la description de l'apparente disjonction entre une technicité telle que l'on peut l'attendre dans un pays doté d'une rente pétrolière, et les affres quotidiennes de l'expérience des malades et de leurs familles.

Il s'agit d'étudier à des échelles sociales diverses (expérience de la maladie aussi bien que politiques de santé publique) des faits de santé impliquant des innovations médicales récentes (génétique) dans le Golfe, zone du globe d'ordinaire plus volontiers examinée pour ses soubresauts politiques et religieux. Cette recherche observe la société omanaise des années 2000 à travers le prisme de ces maladies héréditaires du sang, qui constituent une mise à l'épreuve du politique. Les objets d'étude que sont ces deux hémoglobinopathies permettent d'interroger la construction politique de la société et de commencer à démêler l'écheveau des liens entre les institutions, les identités et l'histoire.

*Jury : Doris BONNET, Alice DESCLAUX, Dale F. EICKELMAN, Anita HARDON, Bertrand JORDAN, Franck MERMIER, Anne Marie MOULIN*



## ► Mémoire soutenu en master 2 recherche

- **Pauline HUET** - « **La dimension spirituelle du 'soin' pour les conseillers des centres de dépistage du VIH, Ouagadougou Burkina Faso** » / Mémoire de Master 2 d'anthropologie soutenu à l'UPCAM en septembre 2009

La religion et la médecine posent toutes les deux les mêmes questions : « Pourquoi la maladie ? Comment vivre ? Comment accepter de mourir ? » Si la médecine moderne semble loin aujourd'hui des conceptions religieuses de la vie et de la maladie, la pensée religieuse, par contre, reste souvent tapie dans les inconsciences, se révélant au détour du malheur. La maladie est un événement auquel les individus tentent généralement de donner du sens ; elle est une « rupture biographique », et les êtres humains sont connus pour leur capacité, voire, leur besoin, de donner du sens, de symboliser les étapes de leur vie, et notamment, le malheur. L'étude dont il est question ici prend place à Ouagadougou, Burkina-Faso, plus précisément auprès des « conseillers » : personnes chargées d'annoncer leur sérologie aux personnes venues effectuer un test de dépistage du VIH. À quoi ressemble un centre de dépistage à Ouagadougou ? Qui sont les « conseillers » ? Quel type de relation nouent-ils avec les personnes venant à leur rencontre ? À quelles difficultés doivent-ils faire face ? Le Burkina Faso est une terre spirituelle ; il faut explorer la pensée religieuse des Ouagalais pour mieux entendre la façon dont elle peut soutenir les conseillers dans leur pratique professionnelle. L'annonce de séropositivité est généralement considérée comme un tournant dans la vie d'un individu qui devra, pour survivre, opérer des changements dans son style de vie, intégrant ce nouveau paramètre de la maladie chronique d'une part, de la maladie incurable d'autre part. Comment les personnes chargées de l'annoncer font-elles face aux angoisses ainsi générées, aux questions existentielles qui peuvent alors survenir ? Est ce que tenter d'y répondre fait partie de la relation de soin ?



# Quelques projets de recherche impliquant des membres du GReCSS



## ► Des systèmes médicaux pluriels de recours de non conventionnels pour les personnes atteintes de cancer : une approche anthropologique comparative (France, Belgique, Suisse)

Coordination : Patrice Cohen (GRIS)

*Chercheurs impliqués dans le projet* : Patrice Cohen, Émilie Legrand, Clémentine Raineau (GRIS, Université de Rouen), Olivier Schmitz, Emmanuelle Lenel (Université Saint Louis, Bruxelles), Ilario Rossi, Barbara Müller (Université de Lausanne), Aline Sarradon-Eck, Coralie Caudullo (GReCSS, UPCAM)

Financement : Institut national du Cancer

Ce programme de recherche, novateur par son ampleur et la méthodologie mis en oeuvre est en cours d'achèvement. Le rapport de recherche sera disponible à l'automne. La méthodologie originale a comporté plusieurs volets d'enquêtes, sur plusieurs sites en France (Régions PACA, Normandie, Auvergne), en Belgique (Bruxelles) et en Suisse (Lausanne) afin de rendre compte de l'offre de recours non conventionnels (selon la terminologie adoptée dans cette recherche), et de ses usages (individuels et sociaux) dans l'espace social constitué autour du cancer.

Sur chaque site, des enquêtes ethnographiques ont été conduites dans les centres de lutte contre le cancer, reconnus socialement et scientifiquement comme étant les institutions de référence de la cancérologie officielle. Il s'agissait de comprendre comment les médecines non-conventionnelles entrent dans ces institutions, et quels sont leurs effets en termes de reconfiguration des soins. Les itinéraires thérapeutiques de malades et anciens malades (30 à 50 par site) ont été analysés en tenant compte du contexte singulier de la maladie cancéreuse (temporalité de la maladie, représentations sociales, effets indésirables des traitements, incertitude du pronostic). Enfin, l'offre de soins non conventionnels pour les malades atteints d'un cancer, vaste et diversifiée, a été explorée. L'analyse, centrée sur les acteurs, a mis à jour les dynamiques culturelles et sociales qui traversent ce secteur des soins. L'ampleur et la richesse des matériaux récoltés dans de ce volet de l'enquête dépassent très largement les ambitions initiales du projet et leur analyse demandera encore plusieurs mois, voire années, de travail. Néanmoins, nous sommes en mesure dès à présent de proposer de nouveaux axes d'analyse du pluralisme médical, et une nouvelle classification de l'offre non conventionnelle centrée sur les acteurs.

Enfin, malgré les contextes culturels, sociaux, politiques, économiques spécifiques à chaque pays, les logiques qui sous-tendent les itinéraires des malades sont étonnamment similaires, même si leur combinaison peut varier sensiblement d'un site à l'autre. Ce « résultat » est probablement la conséquence d'une méthode qui privilégie la recherche d'invariants, mais qu'il nous faudra interroger encore.

## ► Retour aux patients des résultats des essais de recherche clinique : évaluation comparative d'une intervention collective vs individualisée

Coordination : Dominique Genre (Institut Paoli Calmettes)

*Chercheurs impliqués dans le projet* :

- Volet épidémiologique : Dominique Genre (IPC), Claire Julian-Reynier et Julien Mancini (UMR 912 INSERM - IRD - Université de la Méditerranée)
- Volet anthropologique : Juliette Sakoyan et Aline Sarradon-Eck (GReCSS)

Financement : Institut national du Cancer

L'objectif principal initial de cette étude, du moins de son volet épidémiologique, était de mesurer et de comparer les souhaits réels d'information des patients et les conséquences de cette information sur différents paramètres psychologiques à partir de 3 modalités d'information : sur un site web, lors d'une information collective ou dans le cadre du colloque singulier d'une consultation médicale. L'approche « qualitative » devait venir apporter des compléments d'information et d'analyse sur les modalités de restitution des résultats. De nombreux imprévus sont venus compliquer la mise en place de l'étude épidémiologique, et ont contraint les chercheurs à de nombreux ajustements méthodologiques. L'observation du déroulement des études épidémiologiques serait un beau sujet de recherche, qui permettrait de mesurer les écarts existant entre les disciplines en termes de réflexivité et de réflexion épistémologique.

La problématique anthropologique peine à s'articuler avec les attentes de nos collègues épidémiologistes, dans un champ (les essais cliniques) déjà beaucoup investigué par les sciences sociales, même s'il n'a jamais été interrogé sous l'angle de la restitution des résultats aux participants. Alors que l'enquête de terrain s'achève, il apparaît que l'ambiguïté entre les registres du soin et celui de la recherche, est un axe d'analyse majeur qu'il nous faudra théoriser, et dont les applications/implications éthiques, relationnelles (relation médecin-malade) et pour le déroulement des recherches cliniques peuvent être capitales.

## Diffuser la recherche anthropologique : le théâtre forum comme outil de restitution des résultats de recherches concernant des essais cliniques au Sénégal



Les 3, 5 et 7 octobre 2009 dans trois villages de la région de Fatick au Sénégal, et les 13 et 15 octobre 2009 au Centre régional de recherche clinique et de formation à la prise en charge clinique du CHNU de Fann à Dakar, des représentations de théâtre forum sur « le vécu des essais cliniques au Sénégal » ont été présentées sur la base de travaux anthropologiques effectués dans le cadre du programme de l'UMR 145/ Université Cheikh Anta Diop : « Anthropologie des essais cliniques ».

Les représentations de théâtre participatif ont été présentées en wolof par l'association Kàddu Yaraax :

- aux populations de plusieurs villages dans la région de Fatick qui participent à des essais cliniques dans le cadre des activités de recherche de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) à Niakhar (milieu rural) et aux professionnels de la recherche clinique qui y travaillent.

- aux populations participant aux recherches cliniques menées au CRCF du CHNU de Fann à Dakar (milieu urbain) et aux professionnels de la recherche clinique qui y travaillent.

Le théâtre forum ou théâtre participatif est un outil de communication fréquemment utilisé pour diffuser des messages de prévention sanitaire ou aborder de façon collective des sujets « sensibles » en matière de santé. L'originalité de ce projet réside dans le fait :

- d'avoir initié la création de saynètes de théâtre en s'inspirant de récits, d'observations et de témoignages d'acteurs (professionnels de santé et participants) récoltés au cours d'enquêtes anthropologiques,
- d'avoir conçu le théâtre forum comme un outil de diffusion des résultats de la recherche en anthropologie,
- et que l'assistance trouve au travers de cette démarche un espace de communication original.

L'animation, appelée également « forum », qui suit les représentations de théâtre a permis au public de questionner de manière interactive ses perceptions, ses connaissances et ses pratiques sur les thèmes abordés dans les saynètes. Le forum s'est articulé autour de l'animation d'un « procès imaginaire » des acteurs qui venaient de jouer un personnage impliqué dans un essai clinique (ex : médecin de recherche clinique, infirmier, représentant associatif, participant à une recherche clinique), puis d'une invitation des spectateurs à rejouer le comportement d'un personnage en intégrant les critiques et les propositions d'amélioration évoquées pendant le procès.

Ces représentations ont permis aux acteurs de la recherche clinique (participants à des recherches cliniques, assistants sociaux, médecin de recherche clinique, techniciens de laboratoires, représentants associatifs, représentants politiques etc.) de s'exprimer ensemble selon des règles de hiérarchie et de communication (celles du théâtre forum) différentes de celles dans lesquels ils interagissent habituellement (normes de communication de la relation soignant-soigné ou d'une institution de soins). Dans ce cadre, plusieurs problèmes concrets vécus par les personnes participant aux études et par les professionnels de santé ont été abordés comme les difficultés rencontrées par les professionnels de santé pour appliquer certaines bonnes pratiques cliniques, la méconnaissance ou les mésinterprétations qui peuvent être véhiculées autour du consentement informé, les questions et inquiétudes qui émergent chez les participants lorsque des prélèvements biologiques sont effectués de manière répétitive ou encore les questions spécifiques que soulèvent les essais vaccinaux ou les essais cliniques menés auprès de personnes vivant avec le VIH. Ces représentations théâtrales ont permis d'aborder, entre professionnels de la recherche clinique, participants aux études et membres de la société civile, des questions complexes relatives à l'éthique de la recherche biomédicale dans les pays du Sud.

Ce projet a été initié par Ashley Ouvrier, en collaboration avec Mathilde Couderc, la troupe de théâtre sénégalaise Kaddu Yaraax, l'IRD (UMR145/URMITE/SDEE-Niakhar/DIC) et le CRCF. Il a été financé par une bourse fin de thèse Sidaction. Sa mise en œuvre et sa réussite sont le fruit de travaux de collaboration et de récolte de données effectués par Mansour Sy Sarr, Caroline Desclaux, Aissatou Diouf et Khady Badio. ■ Ashley Ouvrier



Séance de théâtre forum en milieu rural sénégalais



Scène montrant un patient exprimant au médecin de recherche clinique qu'il veut coûte que coûte « rentrer dans le projet de santé » alors qu'il ne maîtrise manifestement pas les enjeux de la participation à un essai clinique.



Séance de débriefing et de discussion sur les réactions du public après les représentations

Atelier international « The Impact of HIV/AIDS and its Treatment in Asia »

Chiang Mai, Thaïlande,  
19-21 février 2009.

Pascale Hancart Petitet

[pascalehp@gmail.com](mailto:pascalehp@gmail.com)



Six ans après la tenue de la conférence internationale « Social science and AIDS in South-East Asia : Inventory of Research Projects, Priorities and Prospects for the Future » à Chiang Mai en 2003, Sophie Le Coeur et Eva Lelièvre (Institut National d'Études Démographiques (INED) et IRD Unité 174/Programme for HIV Prevention and Treatment) ont rassemblé à nouveau les chercheurs des sciences sociales travaillant dans le domaine du VIH en Asie du Sud-Est. Les travaux présentés étaient menés en Thaïlande, au Vietnam, au Cambodge, en Chine et en Indonésie. L'objectif était de présenter des perspectives variées autour des questions et des résultats de recherche que soulève désormais l'accès aux traitements antirétroviraux dans cette région du monde, en approchant par exemple l'impact sociodémographique et économique des traitements ARV sur le fonctionnement des États concernés et sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Les communicants ont évoqué, entre autres, comment l'accès aux ARV a pour effet de reconstruire les relations intergénérationnelles (puisque les adultes auparavant malades peuvent à nouveau reprendre un mode de vie normal et subvenir aux besoins de leurs aînés), ou modifier les rapports sociaux de sexe lorsque par exemple des personnes veuves reconstruisent une nouvelle vie de couple. L'accès généralisé aux ARV a aussi pour effet de modifier le fonctionnement des associations de malades. Ainsi, lorsque l'accès au traitement ne représente plus un objectif commun pour ses membres, ces associations peuvent alors, soit disparaître, soit revêtir une toute autre fonction en développant des activités jusqu'alors secondaires comme la génération de ressources ou le microcrédit. Dans certains cas, offrir une opportunité de rencontres amoureuses devient la raison, non programmée, du maintien de l'association.

Les échanges de ces trois jours visaient donc à promouvoir certaines questions d'ordre social dans les débats actuels relatifs à l'accès au traitement, ainsi que d'identifier de nouvelles priorités de recherche. Les questions récurrentes qui ont émergé se regroupaient autour d'une thématique commune : comment faire en sorte que l'ensemble des enseignements générés par les travaux menés sur le sida depuis 20 ans servent d'autres causes sociales ? En effet, la gestion de l'épidémie à VIH s'est révélée créative sur bien des aspects (rapidité de la mise sur le marché des médicaments, diminution des coûts, formes nouvelles de prise en charge des malades, émergence de groupes marginalisés dans le domaine public, création de nouveaux espaces de négociation) dont les processus doivent être documentés. De cette manière, dans d'autres contextes et devant certaines réticences au partage et au changement il sera bon de pouvoir rappeler comment « face au sida, on l'a fait ! ». ■

## Résumé de la communication de Pascale Hancart-Petitet

### “They only have to use condoms!” Social aspects of contraceptive use amongst ARV users in Cambodia International. Research perspectives”

*Aim:* According to WHO's Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, most of contraceptive methods are considered to be safe and effective for HIV positive women. However, in Cambodia, we found that it is generally assumed by caregivers and PLWA representatives that people living with HIV/Aids only have to use condoms. The aim of this paper is to describe firstly, caregivers and PLHWA's reason for not considering other contraceptive options for people on ART. Secondly, we will investigate various social factors that lead people under ART to use other birth spacing methods like contraceptives pills, Depo-Provera injection, contraceptive and abortive “Chinese pills” as well as abortion.

*Methods:* The study is based on an ongoing ethnographical research conducted with the project “HIV, HVB, HVC Transmission and Reproductive Health Care in Cambodia, An anthropological approach” (ANRS 12102). Observation and interviews have been conducted in urban areas with 20 women living with HIV, 5 PLWHA representatives and 5 caregivers. Broader interviews related to contraceptive uses have also been conducted with 130 people (mainly women and 25 caregivers).

*Results:* The analysis shows various factors that lead caregivers and representatives of PLHWA not to consider methods different from condom for birth spacing practices amongst people under ART. Those factors are related to the consensus about the need of dual protection for people living with HIV, to medical assumptions that are not validated anymore in the scientific community (drugs interaction leading to decrease efficacy of ARV treatment) and to social categorizations of patients (condoms user described as the good ART patient, reproductive health care refusal for PLHWA). Our data suggest also that many other factors lead people under ART not to use condom. Those factors are related to the discomfort with male condoms expressed by people and to women difficulties to negotiate safer sex. Various common social representations on contraceptives secondary effects or lack of knowledge on contraceptives drugs lead also some women to go for abortion. Finally, the fear to talk about such subject with caregivers appears also to be an important point to consider as it leads ART patients to hide their contraceptive practices to caregivers.

*Discussion:* From a theoretical point of view, this study suggests relevant hypotheses for the anthropology of reproductive health. For example, we may consider why, how and to which extend social norms in the field of reproduction are build and interpreted in the Cambodian context of AIDS. From the perspective of applied research, those findings demonstrate the necessity to consider seriously the need of contraception for people undertaking ART. This issue raises a problem for public health, as many women go for unsafe abortions or other treatments like contraceptive and abortive “Chinese pills” (whose effects on ARV treatment have not yet been documented). From an ethical point of view, there is a need for people under ART, as for everybody, to receive accurate information on contraceptive methods and to get benefit from counseling sessions that will help them choosing the best adapted one.



**Résumé de la communication de Yuvany Gnep**  
**“Shifting notions of social mobilisation and Buddhist engagement in the context of ARV treatment in South East Asia and China”**

This contribution will explore some of the social consequences of the availability of ARV treatment on community involvement through three case studies situated in Thailand, Cambodia and central China. In those locations, we will examine the trajectories of monks and nuns' involvement in the care for people living with HIV/AIDS (PLWHA), by taking special attention to their own vision of this process in the light of the context of ARV treatment. Because of its availability, HIV/AIDS is turning into a treatable disease. We will thus attempt to show how this epidemic is now giving faith-based organisations new challenges to face, when most of them have tend to dedicate themselves into the care for dying people. How do they reconsider on the separation between their own utility and the role of biomedical actors? We will take the example of the biggest Thai Buddhist hospice for PLWHA in order to give an illustration of one of the many possible answers to this question. Indeed, Thailand has been both one of the first Asian countries to generalize ARV treatment, and the first to give a model for engaged Buddhism in the fight against HIV/AIDS. By exploring how the above mentioned Buddhist structure welcomed the arrival of ARV treatment, we will be able to have a first glimpse at some of the contradictions created by the cohabitation of medical and religious powers. Secondly, we will take the unique situation of Cambodia and its Buddhist initiatives against HIV/AIDS, which are being coordinated at the national level, and try to understand how is the rollout of ARVs leading to a different positioning of religious bodies in the public domain, eventually making them able to gain some political legitimacy. How do religious leaders themselves view the challenges of stigmatization and living positively and how do they position themselves as public leaders in this context? Our last case study is situated in China, where links between religious and political sectors are supposed to be less conceivable. We will however stick to the political area by examining the links between PLWHA's involvement and religious involvement. We will then relate the trajectory of a Chinese nun in Henan province, where the scandal HIV transmission through blood donations has turn a large number of PLWHA into fierce activists. Given that the question of treatment has been a central factor for the involvement of PLWHA into the fight against the epidemic, how are the nun's initiatives taking into account the expectations of this population? How does she deal with local political constraints and how such constraints are impacting on her vision of the religious engagement into health sector? In the light of those three examples, rather than showing a general trend in the various modalities of Buddhist engagement, we will try to describe concrete situations of new challenges brought by ARV treatment, and have more insight on how are these challenges informing on the issue of social mobilisation and the emergence of civil society.

Ces trois journées scientifiques à Hô Chi Minh Ville rassemblaient environ 150 personnes dont de nombreuses personnalités de la riposte au sida autour de Françoise Barré Sinoussi, prix Nobel de Médecine 2008 et Lien Truong Xuan, coordinatrice du ANRS Vietnam, amies et porteuses de projets communs depuis 25 ans. La complicité de ces deux femmes, célébrée à plusieurs reprises, semblait vouloir porter un message fort en cette période de démantèlement institutionnel de la recherche : le monde des possibles engendré par la rencontre des individus.

La première matinée a permis de dresser un état des lieux des programmes nationaux au Cambodge et au Vietnam, puis de l'histoire de l'ANRS en Asie du Sud-est et de ses principales orientations en matière de recherche. Plusieurs communications ont abordé divers thèmes en lien avec le traitement des co-infections HIV/ tuberculose d'un point de vue épidémiologique, pharmacologique, immunologique et clinique. Le deuxième jour était consacré, en premier lieu, aux questions relatives au traitement antirétroviral chez les adultes, avec la présentation des dernières données produites dans le cadre des essais cliniques menés dans les pays du Nord et suite aux essais cliniques menés par l'ANRS au Sud. Enfin Éric Delaporte, directeur de l'UMR 145 de l'IRD Montpellier avec lequel certains chercheurs du GRcSS collaborent actuellement a présenté les objectifs et le fonctionnement du groupe de travail « Perspectives de la recherche sur les antirétroviraux dans les pays du Sud ». En second lieu, les enjeux de la surveillance virologique des personnes sous ARV ont été abordés, en particulier en ce qui concerne la résistance aux traitements, les techniques de mesure de la charge virale, et les configurations génétiques pouvant expliquer certaines résistances médicamenteuses. Puis, plusieurs questions relatives à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et des hépatites virales ont permis de présenter les dernières directives de l'OMS en la matière, lesquelles, comme l'a souligné François Dabis semblent en retard par rapport au protocole mis en place actuellement dans des pays du Sud. Par ailleurs, des chercheurs ont présenté leurs travaux concernant l'essai d'un nouveau traitement (TDF/FTC Truvada), le montage de programmes médicaux et les défis cliniques et génétiques posés par les cas des mères co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite B. Plus tard, la session sur le thème du traitement des enfants était utile en tant qu'actualisation des données concernant la situation épidémiologique, les traitements utilisés et les programmes de l'ANRS en cours sur ce sujet. Les questions posées par la possibilité du diagnostic précoce dans les premières heures qui suivent la naissance d'enfants nés de mère vivant avec le VIH ainsi que certains déterminants sociaux de l'accès aux soins pour les enfants ont été abordés. En une fin d'après midi aussi intéressante qu'épuisante parfois, en particulier lorsque le locuteur semblait avoir oublié qu'il s'adressait à une assemblée pluridisciplinaire, certains aspects en lien avec les indicateurs de qualité dans la recherche clinique des pays du Sud ont été présentés.

Le troisième et dernier jour, les chercheurs des sciences sociales ont rendu compte, en particulier, de certaines dimensions « appliquées » de leurs travaux. Ainsi, les questions liées

Rencontre ANRS des sites Asie du Sud-Est (Cambodge et Vietnam)

Institut Pasteur de Hô Chi Minh Ville, Vietnam  
9-12 mars 2009

Pascale Hancart Petitot

[pascalehp@gmail.com](mailto:pascalehp@gmail.com)



aux traitements antirétroviraux ont été abordées de plusieurs points de vue. Pour ouvrir la session, B. Coriat a présenté les objectifs et certains résultats d'un important projet mené actuellement au sujet des aspects économiques de l'épidémie à VIH et de l'accès aux soins dans les pays du Sud. Ce projet comprend deux axes principaux :

(1) Droit de propriété intellectuelle, médicaments génériques et approvisionnement en médicaments

(2) Politiques de santé publique et accès aux soins. A ce sujet, les questions pertinentes à explorer concernent (a) les « synergies positives » entre les fonds internationaux (Global Fund, Unitaid, Pefpar) et les fonds levés localement, (b) la qualité des médicaments génériques dans le contexte du programme de pré qualification de l'OMS. Les travaux de Gaëlle Krikorian, menés au Maroc et en Thaïlande permettent de documenter les impacts des régulations de la Propriété intellectuelle (PI) sur l'accès aux médicaments. Elle aborde les processus d'élaboration des normes en la matière, les dynamiques de négociation entre les acteurs, et les enjeux soulevés par la PI au niveau national et international. Sophie Le Cœur a évoqué certains aspects sociaux de l'impact des antirétroviraux sur les personnes vivant avec le VIH d'un point de vue démographique. Par ailleurs, elle a présenté un outil de reconstruction biographique, qui peut s'avérer très pertinent pour mettre en perspective des données qualitatives.

Nous étions trois représentants du Cambodge à présenter nos travaux dans ce panel. Frédéric Bourdier a évoqué certaines questions en lien avec l'émergence de la société civile cambodgienne face au sida. Le manque de pouvoir social des acteurs, leur absence de crédibilité et de cohésion se jouent dans un contexte où l'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration des stratégies et des programmes est encouragée par les organisations internationales mais n'est pas partagée par le gouvernement cambodgien.

La communication de Mony Penh, la coordinatrice du Cambodian Comitee for Women (CCW) a fait l'unanimité. Elle a présenté de manière convaincante et illustrée les enjeux de l'implication des femmes dans la riposte au sida au Cambodge, par exemple, en terme de conflits d'intérêts entre les acteurs des niveaux « communautaires » et nationaux, et de manipulations dont les femmes du CCW sont victimes en raison de leur manque de pouvoir en général et de leur absence dans le comité national cambodgien en charge de la gestion de l'épidémie à VIH. Par ailleurs, elle a regretté que les résultats des nombreuses études menées au sujet auprès ? des femmes au Cambodge ne soient pas rendues aisément disponibles et traduites en termes d'action.

J'ai présenté pour ma part le projet ANRS 12102 consacré à l'étude des dimensions sociales de l'hygiène en milieu de soins au Cambodge, dont les différents volets ont permis d'approcher la construction sociale des prati-

ques de soins. Il s'agit par exemple de la catégorisation des patients, de l'organisation sociale hospitalière, de l'interpénétration de pratiques « officielles » et « non officielles » dans les milieux de soins formels et informels. Ce projet soulève des questions de santé publique majeures comme par exemple la fréquence des pratiques à risques lors des avortements. L'enjeu était de rappeler que la recherche sur une question appliquée peut d'une part contribuer, concrètement, à l'amélioration des stratégies et des activités en terme de soins et, d'autre part, se révéler un objet heuristique pertinent pour notre discipline.

Ainsi, mener une étude dans le cadre des programmes de l'ANRS représente pour un chercheur une latitude que de telles rencontres viennent d'autant plus éclairer. La richesse d'une interdisciplinarité construite autour d'une cause commune, la multitude des objets de recherche ainsi révélée, la dynamique des échanges, parfois malaisée il est vrai, mais toujours possible et créative, le poids de réseaux d'acteurs construits de longue date entre le Nord et le Sud, la préoccupation portée à la diffusion et à la visibilité des résultats sont autant d'atouts à souligner. ■

#### Résumé de la communication de Pascale Hancart-Petitot

#### “Transmission of HIV, HBV, HCV in health settings. Social and cultural dimensions of hygiene in Cambodia (ANRS 12102)”

The modalities of HIV, HBV, HCV healthcare-associated infections and the underlying social and cultural logics contributing to this transmission are not really known. This issue has very rarely been documented at a global level. Hospital hygiene has just been studied from a biological point of view until now. However, hospital hygiene is shaped by norms and social-cultural representations, increasing or limiting the transmission of diseases, always taking place within social relations. It is necessary to analyze practices related to hygiene from a cultural point of view, especially since norms are interpreted at local level according to social and symbolic logics.

The three main goals of this study were to document:

- the diversity of hospital hygiene practices in various health contexts, focusing on the level of technical equipment, professional knowledge and social relationships amongst the staff and between health care workers and patients.

- the local representations of hygiene, the impact on the relationships between health care workers and patients, and the perceptions of infectious risks by health care workers.

- to analyze hygiene as a subject of discourse and local practices compared to international norms

Five sub studies have been launched in order to achieve research specific objectives:

We conducted various investigations in formal and informal sectors of care, mainly in general hospital services, maternities, primary health center and in traditional practitioner's private clinic. Thus we look into how hygiene practices are socially constructed in those health care settings or, in other words, what are the factors related to human resources management, social organization in the hospital, social relation between care givers and patients, material conditions of work practices, overall social conditions that lead to risky practices, that determine the hygiene care practices. We also investigate hygiene issues in two particular fields. First, we aim to document risks and prevention perception related to hepatitis. Two, we also looked into how hygiene practices are shaped in the reproductive health care domain.



**Mener une étude dans le cadre des programmes de l'ANRS représente pour un chercheur une latitude que de telles rencontres viennent d'autant plus éclairer. La richesse d'une interdisciplinarité construite autour d'une cause commune, la multitude des objets de recherche ainsi révélée, la dynamique des échanges [...], le poids de réseaux d'acteurs construits de longue date entre le Nord et le Sud, la préoccupation portée à la diffusion et à la visibilité des résultats sont autant d'atouts à souligner.**







Le 11<sup>e</sup> congrès de l'AFS s'est tenu avec, en toile de fond, la contestation de la réforme universitaire que veut mettre en place le gouvernement. Le contexte politique français actuel a fortement marqué la tenue des premiers États Généraux de la sociologie qui se sont déroulés au cours du Congrès (le mercredi matin), et accessoirement a fait fleurir sur les murs le mot grève du joli mois de mai. En revanche, le déroulement des ateliers thématiques a échappé à la grogne ambiante, au point que, les discussions se prolongeant souvent tard, les participants en oublièrent de rejoindre la « ronde des obstinés » et autres activités prévues par les organisateurs pour nous dégourdir les jambes.

Le thème du congrès, « Violences et société », n'a pas été décliné dans chacune des sessions des réseaux thématiques qui ont rédigé des appels à communication spécifiques (le RT 19 « Santé, Médecine, Maladie et Handicap » avait par exemple un axe « médicament »). Comment rendre compte d'un Congrès de cette ampleur : 5 sessions parallèles lors de deux des matinées, 46 groupes de travail (GT) ou réseau thématiques (RT) organisant chacun des ateliers au cours des trois après-midi, un livre des résumés de 384 pages (en format A4), 1020 communications (dont 26 pour le RT 19)...

Mon attention a été retenue principalement par les ateliers du RT 19 mais j'ai pu aussi satisfaire ma curiosité en allant écouter quelques communications du RT 16 « Sociologie clinique » qui vise à étudier l'articulation entre les déterminants psychiques et les déterminants sociaux. Ce genre de congrès laisse toujours des frustrations (sic !), comme celles de ne pas pouvoir assister aux sessions du RT 28 « Recherches en sciences sociales sur la sexualité », ni à celles du RT 41 « Corps, techniques et société », ni écouter les nombreuses communications en lien avec la santé, la maladie ou les soins dispersées dans les différents ateliers.

Un florilège : la communication de Georges Vigarello et Thierry Pillon. Ces auteurs ont étudié l'évolution du concept de « surmenage » depuis son apparition à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Cette notion nouvelle a pu émerger par la conjonction de trois facteurs :

Les changements dans le monde du travail qui voit s'accroître les petits gestes précis, répétitifs, la sollicitation de la concentration.

Les transformations dans l'environnement des personnes avec la transformation des villes qui, comme nouveau champ de l'expérience corporelle, sont un lieu d'hyperstimulation sensorielle et font de l'homme de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle un sujet d'agressions et d'émotions vives.

Une vision du système nerveux qui voit apparaître les notions d'influx, de vitesse de conduction, de réseau. Les métaphores sur le corps, tant dans les textes médicaux, techniques, que dans la presse ou le corpus littéraire, sont empreintes de références électriques et véhiculent une vision d'un corps hyper réceptif.

Dans ce contexte, les travaux des médecins, physiologistes et psychologues vont coder les interactions des hommes avec leur environnement sous la forme du surmenage. Cette catégorie nosologique va permettre de penser le corps face à de nouvelles réalités, mais aussi de penser une nouvelle forme de violence discrète et sans contact à fort caractère psychologique. La notion de « stress » apparue après la seconde guerre mondiale va se surajouter, tandis que celle de « souffrance » qui vient de la psychanalyse et de la morale religieuse, sont d'autres façons de coder les expériences diverses.

Les résumés des communications des réseaux thématiques et le programme des matinées sont encore accessibles sur le site <http://www.afs-socio.fr/>. ■

Communication de Aline SARRADON-ECK (GReCSS)  
et Isabelle PELLEGRINI (INSERM UMR 912)

#### *La prescription de Tamoxifène : une décision thérapeutique partagée ?*

Le modèle de la décision thérapeutique partagée est présenté comme le nouveau modèle idéal de relation médecin-malade, amené à supplanter le modèle paternaliste jugé archaïque, et le modèle informatif dénoncé comme caricatural. Nouvelle norme médicale et sociale, la participation du malade à la décision thérapeutique suppose un échange d'informations entre le médecin et le malade, ainsi que le respect de l'autonomie du patient. Ces droits du malade ne semblent néanmoins pas totalement acquis dans les pratiques médicales quotidiennes. La communication propose d'examiner cette question en analysant les perceptions que chacun des protagonistes de la rencontre clinique a de la transmission de l'information et de la participation des patients à la décision thérapeutique. Elle s'appuie empiriquement sur une enquête de terrain relative à la prescription de tamoxifène pour les femmes atteintes de cancer du sein. Ce traitement est délivré pendant 5 ans afin de réduire le risque de rechute ; il comporte de nombreux effets indésirables liés à la privation oestrogénique difficiles à supporter pour les femmes, ainsi que de rares effets à potentiel létal. L'étude pointe plusieurs hiatus entre les patientes et les prescripteurs concernant la perception de la quantité et la qualité de l'information donnée, de l'estimation des avantages et désavantages du traitement et de la place de la patiente dans la décision de prendre le traitement.

Il m'arrive régulièrement dans mon travail d'anthropologue, principalement orienté sur le domaine de la santé de la reproduction en Asie, de me sentir quelque peu isolée dans un univers d'action et de réflexion restreint et cloisonné. Le particularisme et la récurrence des situations sociales, parfois désespérantes, que ma recherche me conduit à côtoyer et à analyser nourrissent mon désir de rendre compte de mes observations, de les mettre en perspective avec des approches théoriques diverses, de les partager, de les rendre utiles pour d'autres et se heurtent aussi à cette question : Quel est le sens donné à la production de ce savoir dans un contexte marqué par des interrogations angoissantes sur l'avenir, relatives en particulier à trois domaines sensibles soit le changement climatique, la crise économique et l'épuisement des ressources énergétiques ?

Ces interrogations m'ont conduite à découvrir sur le web la tenue de la 14<sup>ème</sup> « Conference on Thinking » à Kuala Lumpur en Malaisie dont le thème cette année s'intitulait « Thinking Minds: Nurturing the Design of a Better Future »<sup>1</sup>. Cette perspective me convenait donc à merveille ! De plus, elle répondait, favorablement à l'un de mes critères en matière de choix de colloque, la courte distance qui sépare Phnom Penh, où je vis en ce moment, de Kuala Lumpur<sup>2</sup>. Je décidai de soumettre une proposition de communication (qui fut retenue par le comité de sélection) dont la question centrale était de montrer dans quelle mesure les vasectomies<sup>3</sup> représentent, ou non, une innovation en terme de construction sociale des rapports de genre au Cambodge<sup>4</sup>. La conférence était organisée cette année par l'Université Putra Malaysia (UPM), qui vise à obtenir, en 2015, le titre de leader mondial de l'agriculture tropicale (pérenne et écologique) et qui oriente toutes ses activités d'enseignement, de recherches, et de création d'économie de marché dans cette direction. Les rencontres avaient lieu dans les prestigieux locaux du *Convention Centre* situés à proximité des fameuses *Petronas Towers*. L'objectif général de cette biennale était de favoriser des échanges interdisciplinaires entre les acteurs, chercheurs, enseignants, décideurs politiques, dans les domaines divers de l'éducation, des sciences de la santé, de l'économie, du leadership, de l'anthropologie, de l'histoire, des médias, autour des questions en lien avec la construction et le développement de modes de pensée, critiques, constructifs et innovants pour faire face aux défis planétaires.

Ainsi durant quatre journées d'une intensité remarquable, avec une attention et une curiosité maintenues, un total de 195 communicants sont venues parler de leur travaux devant 2000 personnes réparties dans la salle plénière ou au théâtre pour les grandes stars ou dans les 10 autres salles annexes pour les intervenants moins connus<sup>5</sup>. La conférence sur la pensée a ses étoiles, ceux que les habitués de l'événement ne ratent pas. Ainsi, Howard Gardner<sup>6</sup>, Professeur en Education et Cognition à Harvard, récipiendaire de nombreuses distinctions, inventeur de la théorie des « Multiple Intelligences », initiateur du *GoodWork Project*<sup>7</sup> et du *Harvard Project Zero*<sup>8</sup>. Ses projets repris dans le monde entier par des institutions diverses, dont des écoles « alternatives », sont destinés respectivement aux adultes, sur leurs lieux de travail, et aux enfants du niveau secondaire et s'orientent autour des questions suivantes : Apprendre quoi ? Pourquoi ? Comment apprendre à apprendre ? Comment transcrire la connaissance en action professionnelle et personnelle ?

Dans un genre très différent, sont apparus Tony Buzan<sup>9</sup>, star des médias, vendeur du best seller « Use your Head », inventeur des « Minds Maps », les cartes de la pensée et des méthodes de « Visible thinking » qui consistent à « rendre visible l'invisible » et Edward de Bono<sup>10</sup>, arrivé avec un titre de communication provocateur « The Biggest Problem facing the world today is not climate change but inadequate thinking<sup>11</sup> ». Richard Davis Hames, qui se désigne comme un « strategic futurist » est le promoteur du « State of the World Forum<sup>12</sup> ». Il a fait une intervention passionnante sur les moyens d'engager les actions nécessaires, cohérentes et non cloisonnées, au niveau des gouvernements, des institutions privées et des communautés, pour arrêter et renverser certaines habitudes de fonctionnement collectif et individuel dont les effets sont catastrophiques pour la planète et l'humanité. Kevin Warwick<sup>13</sup>, Professeur de Cybernétique, a présenté une partie de son travail sur l'Intelligence Artificielle et en particulier au sujet de l'utilisation d'implant pour créer des cerveaux biologiques à des robots, pour diminuer les effets de certaines maladies neurologiques, ou encore augmenter les capacités de connections neuronales des humains. Enfin, le Professeur Datuk Dr. Nik Mustapha R. Abdullah, de l'Université Putra Malaysia avait pour objectif de montrer les absurdités diverses en matière de gestion dans le domaine de l'agriculture à l'échelle mondiale et de proposer, comme le fait son université, en partenariat avec le gouvernement malais, des formations universitaires pertinentes et interdépendantes et des projets innovants, créateurs de ressources durables, non polluantes et partagées.

Pendant ce temps, dans les petites salles, se déroulaient d'autres événements non moins importants. Des professeurs des écoles et chercheurs dans le domaine de l'éducation, en représentation majoritaire parmi le public de la conférence, et dont principalement des femmes, Datuk Mary Kain Ching, Sandra Dingli et Ragnhild Isachsen par exemple, rapportaient leurs expériences menées en classe auprès de leurs élèves fréquentant des « écoles alternatives ». Le but de telles institutions scolaires est de favoriser les capacités inhérentes des enfants en termes de vivacité, d'ingéniosité et de facilité d'apprentissage. Il s'agit aussi de les former en tant qu'individus à même de faire face aux problèmes auxquels ils auront à faire face demain. Ainsi, les communicants ont expliqué la construction de programmes pédagogiques individualisés et constitués d'un jour sur l'autre en fonction des éléments et des questions des élèves survenus la veille, ou le développement de la créativité, et de la curiosité sont posés comme les bases de l'apprentissage et de la transmission de connaissances<sup>14</sup>.

Plusieurs intervenants dont John Edwards ou Bill Martin ont présenté des aspects divers du « leadership », de sa construction et de sa mise en œuvre et des façons de former des nouveaux leaders aptes à penser d'autres formes de développement possible. Gervase Pearce a abordé plusieurs sujets dans ce domaine en s'intéressant en particulier aux mauvaises théories de management à l'origine de nombreux ratés dans le monde de l'entreprise et de l'économie de marché ainsi qu'aux conflits de valeurs qui peuvent opposer le fait de penser de façon éthique et d'agir éthiquement. Enfin, des présentations académiques ont abordé des thèmes en lien, par exemple, avec la construction sociale de la pensée scientifique, le modèle de pensée du confucianisme chinois, la pensée critique selon une perspective islamique ou encore avec la re-conceptualisation des capacités mentales au 21<sup>ème</sup> siècle.

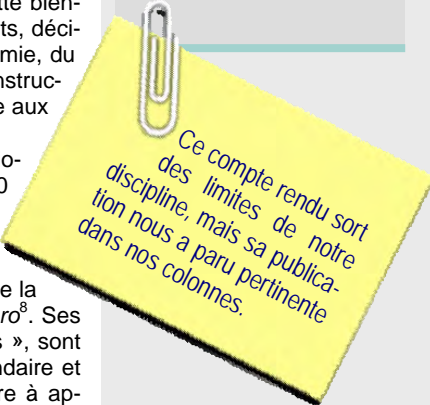
Pour ma part, j'étais seule à présenter un sujet en rapport avec la santé dans les pays du Sud. Autant dire que la place est grande pour notre discipline dont la mission dans ce genre de rencontre peut être de faire parcourir à l'ethnographie une mise en perspective d'ordre épistémologique, cognitive et politique. Enfin, la distance et le recul pris ainsi par rapport au terrain et à la discipline anthropologique présentent une belle opportunité de repenser son objet et sa place de chercheur dans un monde en danger. ■

14th International  
Conference on Thinking,  
2009. Thinking Minds:  
Nurturing the Design of a  
Better Future

Kuala Lumpur, Malaisie

22-26 juin 2009

Pascale Hancart Petitet  
pascalehp@gmail.com



Ce compte rendu sort  
des limites de notre  
discipline, mais sa publica-  
tion nous a paru pertinente  
dans nos colonnes.

## Résumé de la communication de Pascale Hancart-Petitot

### “Male Sterilization: An innovation of thinking for gender relations? Anthropological Insights from Cambodia.”

*Background and aims:* Women have been the main focus of contraceptive technology in XX century. Responsibility for contraception and its health risks are given to women not to men. Worldwide, 150 million women and 50 million men have opted for sterilization as a permanent method of contraception. Compared to vasectomy, female sterilization is 20 times more likely to be associated with major complications, is 10 times more likely to fail and is three times more expensive. Although vasectomy is safer, more effective and less expensive, female sterilization still accounts for more than two-thirds of sterilization procedures performed worldwide. Vasectomy was almost non-existent in Cambodia until 2000. Since vasectomy is promoted by NGOs in selected provinces in the country. It takes place in the context of low use of modern contraceptive methods. Thus, it appears relevant to describe and analyze caregivers and users practices and representations in order to demonstrate how and to which extends this technology represents a gender relations innovation of thinking.

*Methods:* The study is based on an ongoing ethnographical research conducted with the project “HIV, HVB, HVC Transmission and Reproductive Health Care in Cambodia, An anthropological approach” (ANRS 12102). Observation and interviews have been conducted in urban and rural areas with couples whose men undergo for vasectomy, caregivers in charge to implement counseling and surgery procedures and social workers responsible to recruit candidates. Broader interviews related to contraceptive uses have also been conducted with 130 people (mainly women and 25 caregivers) from January to August 2008.

*Results:* This paper seeks to explore the role of different actors (health stakeholders, social workers, caregivers, men users and their spouse) in framing new representations on sexualities, and masculinities. Firstly we will describe how vasectomy implementation in Cambodia is shaped by international reproductive health gender norms. Secondly, we will analyze the discourses and practices of social workers in charge of recruiting candidates mainly living in poor communities. Then we will present ethnography of counseling sessions for sterilization candidates. Thus we will investigate factors that lead men to undergo for vasectomy while they taught to accompany their wife for tubal ligation. Finally, we will describe some vasectomy effects on gender relations from point of view of men who got this surgical procedure.

*Discussion:* Our mirrored views of vasectomy suggest that the “Male involvement in fertility control” ambiguous concept needs to be discussed. Our study on vasectomy representations and practices in Cambodia, points out various factors that lead, or not, men to be seen and act as contraceptive users and as clients for reproductive health services, and as partners who can improve women's contraceptive use and reproductive health. We will see also how, and to which extends, men may also be considered as agents of positive change in supporting women's reproductive health and in transforming gender norms and policies that constrain reproductive health and rights.

<sup>1</sup> Je traduis ce titre par « Des esprits pensants : favoriser la création d'un avenir meilleur »

<sup>2</sup> Ma préoccupation ici est de limiter au mieux mon empreinte écologique et mon émission de CO<sub>2</sub>.

<sup>3</sup> Soit les stérilisations masculines

<sup>4</sup> Voir le résumé plus bas. J'en profite ici pour remercier l'Institut Pasteur du Cambodge pour avoir financé ma participation à cette conférence.

<sup>5</sup> Il m'est impossible de rendre de compte dans ces lignes de la diversité des communications présentées, aussi j'invite le lecteur intéressé à visiter les nombreux liens mentionnés dans cet article.

<sup>6</sup> <http://www.Howardgardner.com>

<sup>7</sup> <http://www.goodworkproject.org>

<sup>8</sup> <http://www.pz.harvard.edu/index.cfm>

<sup>9</sup> <http://www.buzanworld.com>

<sup>10</sup> <http://www.edwdebono.com>

<sup>11</sup> « Le plus grand problème auquel le monde doit faire face aujourd'hui n'est pas le changement climatique mais un mode inadéquat de pensée. »

<sup>12</sup> <http://www.worldforum.org/state-2009.htm>

<sup>13</sup> <http://www.kevinwarwick.com>

<sup>14</sup> Voir par exemple à ce sujet : <http://www.spectrumeducation.com> et <http://www.sciencespot.net>





Membre du GReCSS et présidente d'AMADES, Aline Sarradon-Eck a organisé et présidé ces Assises. Le texte intégral de son compte rendu est paru dans le Bulletin d'AMADES n°79, accessible sur [Revue.org](http://Revue.org) et disponible dans son intégralité pour les adhérents de l'association AMADES (<http://amades.hypotheses.org/>)

**20** ans après la création d'AMADES, nous avons voulu engager une réflexion collective autour de l'anthropologie de la santé. D'une part, parce qu'il y a une dimension symbolique dans ces deux dizaines, un parfum de maturité et peut-être de nouveau départ. D'autre part, l'horizon reste sombre pour de nombreux chercheurs qui, soit ne trouvent pas de place dans les institutions, soit se débattent dans un paysage institutionnel qui, en France, est largement perturbé par les réformes en cours.

Pour rappel, AMADES a été créée en 1988 par Alice Desclaux et Bernard Faliu qui étaient alors des étudiants en anthropologie de la santé et des élèves de Jean Benoist. Leur objectif était d'une part de développer l'anthropologie médicale dans le monde francophone afin que soient mieux prises en compte les dimensions sociales et culturelles de la maladie et de l'intervention sanitaire, et d'autre part, de créer un espace de rencontre entre les professionnels de santé et les professionnels des sciences sociales. Avec le recul que donnent ces vingt et une années d'existence de l'association, on peut dire que leurs objectifs tendent à être atteints, même s'il reste difficile de mesurer ce que l'anthropologie de la santé a apporté en termes d'humanisation des soins, de prise en charge des malades, de compréhension des professionnels de santé et de leurs actions, ainsi que de gestion des interventions sanitaires, voire des crises sanitaires.

Néanmoins, **la visibilité de l'anthropologie de la santé dans le paysage des sciences sociales, et surtout sa capacité à prendre part dans les débats de société et à être entendue sur des questions pour lesquelles la discipline pourrait apporter des éléments de réponses** (procréation médicalement assistée, test ADN, bioéthique, etc), **restent fragiles**, du moins en France.

Le besoin d'une réflexion sur la pratique anthropologique dans le champ de la santé et de la maladie n'est pas nouveau. Il traverse l'histoire d'AMADES depuis sa création, notamment dans les nombreux débats autour de l'articulation de la recherche, de l'expertise, de l'implication et de l'engagement du chercheur ; mais aussi lors des colloques organisés par AMADES. S'agissant de la construction théorique de la discipline, le débat s'était engagé dans les pages du bulletin. Jean Benoist avait évoqué la « routine » dans la recherche en anthropologie médicale à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. Il faisait référence aux travaux répétitifs, à l'appauvrissement des concepts, et au peu d'innovations dans le champ de la santé<sup>1</sup>. Alice Desclaux, lui avait répondu qu'il s'agissait là plus d'un « désenchantement » des chercheurs confrontés aux limites de la discipline, aux contraintes matérielles, à la rigidité des institutions et à la fin des utopies sanitaires<sup>2</sup>. Bernard Hours s'était joint à ces constats pessimistes en expliquant le désenchantement des anthropologues par « l'évaporation des postulats culturalistes qui fondaient l'anthropologie médicale », et par la crainte des anthropologues d'être englobés dans une « épidémiologie sociale d'accompagnement ». Il proposait de réenchanter l'anthropologie médicale en entrant dans une ère « post culturelle » et en construisant de nouveaux objets contemporains<sup>3</sup>. Raymond Massé était intervenu dans ce débat en invoquant une « reculturalisation partielle des rapports de l'individu avec la maladie », afin d'éviter un basculement vers une « économie politique de santé ». **La spécificité de l'anthropologie, nous rappelait-il, réside dans son approche englobante qui doit lutter contre tous les réductionnismes culturels, économiques et politiques dans le champ de la santé et de la maladie**<sup>4</sup>. Enfin, Yannick Jaffré, utilisant la métaphore de la gymnastique, proposait que la discipline progresse et reste en forme en appliquant « **trois mouvements : durcir ses concepts, répéter l'utile et inspirer l'air frais de notre discipline** »<sup>5</sup>.

L'anthropologie de la santé est-elle désenchantée ? Comment peut-elle aborder les nombreux défis, anciens et nouveaux, qui se présentent à elle ? Ce fil conducteur a été suivi tout au long de la journée avec des interventions et des discussions passionnantes et passionnées. ■

☞ **Certaines des communications sont disponibles en vidéo à l'adresse :**

<http://amades.hypotheses.org/1444#assises>

<sup>1</sup> Jean Benoist, 2003, « Eviter la routine », *Bulletin d'Amades* N°55 : <http://amades.revues.org/index690.html>

<sup>2</sup> Alice Desclaux, 2003, « Routine ou « désenchantement » ? », *Bulletin d'Amades* N°55 : <http://amades.revues.org/index691.html>

<sup>3</sup> Bernard Hours, 2003, « Pour une anthropologie post-culturelle de la santé », *Bulletin d'Amades* N°56 : <http://amades.revues.org/index634.html>

<sup>4</sup> Raymond Massé, 2004, « La dérive critique de l'anthropologie médicale », *Bulletin d'Amades* N°58 : <http://amades.revues.org/index582.html>

<sup>5</sup> Yannick Jaffré, 2003, « Durcir ces concepts, répéter l'utile et inspirer l'air frais », *Bulletin d'Amades* N°56 : <http://amades.revues.org/index635.html>

**D**u 21 au 24 septembre 2009 s'est tenu à Milan le 3<sup>e</sup> congrès international consacré à la « chaîne du médicament ». Rappelons que les deux premiers ont eu lieu à Montréal. L'édition 2005 s'est intéressée à la production et à la consommation, celle de 2007 à la diversité et complexité, celle de 2009 à l'évolutivité du médicament dans une « perspective scientifique » et selon une « analyse interdisciplinaire ». Durant trois jours se sont donc succédé 125 interventions, assorties de présentations de films et d'ouvrages. Le programme — d'une grande variété — permettait d'aborder les dimensions économiques, juridiques, historiques, politiques portant sur diverses thématiques : médicaments essentiels, rôles professionnels, automédication, effet placebo, innovation thérapeutique, usages et mésusages, pharmaco épidémiologie, représentations, médecine intégrative et CAM (*Complementary and alternative medicines*), publicité et marketing, distribution, communication, thérapeutiques spécifiques, etc.

Notons que ce colloque s'est accompagné de la tenue de l'assemblée générale de l'Association internationale et interdisciplinaire de la chaîne du médicament. Elle réunit actuellement des chercheurs, essentiellement canadiens, italiens et français, issus de diverses disciplines. Sa vocation est de créer un réseau de recherche autour du médicament et d'augmenter la visibilité des travaux et des chercheurs, ainsi que de générer et d'animer des actions de formations continues. Deux questions délicates ont alors été soulevées : la première est celle du lien avec l'industrie pharmaceutique. Le colloque a d'ailleurs bénéficié de la contribution d'entreprises pharmaceutiques dont GSK et Pfizer. Le collectif de chercheurs peut-il être indépendant de l'un de ses bailleurs ? Il a été répondu que l'omniprésence du conflit d'intérêt tout au long de la chaîne ne devait pas être méconnu et qu'il serait nécessaire de l'objectiver. Le partenariat avec l'industrie a été entériné. L'autre question est celle de l'effectivité de l'interdisciplinarité et de la difficulté à intégrer les différentes positions épistémologiques. Cette question reste ouverte et sans doute particulièrement bien illustrée par la juxtaposition d'interventions aux contenus et aux conclusions diverses et contradictoires de ce colloque. À titre d'exemples, on a pu ainsi passer d'un regard ouvertement critique sur le marketing agressif des entreprises et les dérives sanitaires qui en résultent, à un auto-satisfecit d'industriels vantant le dynamisme du secteur en période de crise économique.

De même, l'assertion de la réussite du projet intégratif de la médecine chinoise ou paracelsienne, formulée par un de ses praticiens, contrastait fortement avec le regard d'un anthropologue tel que A. Lupo. Celui-ci interrogeait les rapports de pouvoir entre biomédecine et médecine traditionnelle ainsi que la validité d'une démarche intégrative consistant en un simple réductionnisme pharmacologique. Il sera donc intéressant de suivre l'évolution de l'association et de ses travaux, et de rester attentif à ses relations avec l'industrie pharmaceutique ainsi qu'à la façon qu'elle aura de mener à bien son projet de transdisciplinarité ainsi que d'intégration de « l'homéopathie et des produits naturels » à ses objets de recherche. ■

#### Résumé de la communication d'Alice Desclaux & Chiara Alfieri

##### « Un médicament anti-infectieux contre l'isolement ? Les effets relationnels d'un traitement pour les enfants de mères séropositives à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) »

Les traitements psychotropes ne sont pas les seuls à avoir un impact sur l'inscription sociale de ceux qui consomment des médicaments, et cet impact ne dépend pas que de la disparition de stigmates cliniques de la maladie. Les effets de la prise d'un traitement médicamenteux sur la sociabilité ont été décrits sous plusieurs angles : individualisation des démarches thérapeutiques évoquée par Van der Geest et Reynolds-Whyte, émergence d'une « pharmacosociabilité » abordée par A. Lovell, contribution à la construction de « biosociabilités » selon V.K. Nguyen... Cette communication va décrire les effets sociaux d'un traitement qui, à l'inverse de ceux précédemment évoqués, favorise une insertion sociale « ordinaire ».

L'étude rapportée ici a pu, dans le cadre d'un essai de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, comparer l'expérience de femmes dans deux situations : celles qui pratiquaient une prévention médicamenteuse et celles qui ne faisaient qu'appliquer des mesures comportementales. Les femmes qui pratiquent la prévention comportementale peuvent opter soit pour l'allaitement maternel exclusif, soit pour l'alimentation au lait artificiel, dans un contexte où ces deux pratiques ne sont pas banalisées et sont peu acceptées. Les pratiques d'alimentation de l'enfant suscitent des commentaires et réactions de l'entourage, et diverses tentatives d'influence sur la mère ou d'alimentation de l'enfant par des tiers, qui seront analysées. La communication montrera par quelles stratégies les femmes qui n'ont pas la sécurité d'un traitement médicamenteux préventif protègent leur nourrisson du risque de transmission, en s'isolant avec lui.

Dans ce cas particulier, le traitement médicamenteux, consommé par la mère, permet d'assurer une socialisation du nourrisson dans les mêmes conditions que pour ceux qui ne sont pas concernés par la maladie, évitant un « repli » sur une relation duelle, proche du modèle occidental de relation mère-enfant.

3<sup>e</sup>ème Congrès international:  
The pharmaceutical life cycle : scientific perspectives and interdisciplinary analysis of medication, product in evolution.

Milan, Italie  
21-24 septembre 2009

Aline Mercan

[aline.mercan@wanadoo.fr](mailto:aline.mercan@wanadoo.fr)

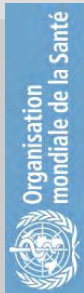


Atelier de l'OMS  
« Antiretroviral Therapy  
for HIV Prevention »

Genève, Suisse  
02 au 04 novembre 2009

Khoudia Sow

khoudiasow2007@yahoo.fr



Cet atelier a réuni divers experts pour faire le point sur la possibilité de renforcer l'usage des ARV comme stratégie de prévention en généralisant le dépistage et le traitement des personnes séropositives. Une publication récente des scientifiques de l'OMS a présenté un modèle mathématique théorique sur l'impact potentiel d'un accès universel du conseil et dépistage du VIH suivi d'un traitement ARV immédiat des personnes séropositives quelque soit le stade clinique. Les résultats de cette modélisation dans une épidémie hétérosexuelle généralisée telle que celle qui sévit en Afrique montrent une réduction de 95% d'incidence d'HIV. Une telle approche pourrait être réalisable dans un délai de 10 ans tout en étant économique à moyen terme. Ainsi selon le modèle de l'OMS, La combinaison de l'accès universel dépistage et au traitement pourrait potentiellement devenir une nouvelle stratégie pour des contextes d'épidémies de VIH/sida généralisées. La réunion organisée par l'OMS avait comme objectifs de réunir des chercheurs, cliniciens, experts en sciences humaines, et droit de l'homme, décideurs politiques, y compris des personnes vivant avec HIV, pour échanger autour des possibilités, des avantages et des risques liés à l'application du modèle théorique. Cette réunion a conclu à l'importance de l'approfondissement de nouveaux axes de recherches pour évaluer la faisabilité, et l'efficacité de l'universalisation du conseil dépistage du VIH combinées à la mise sous traitement.

Ma communication, « Ethics of ART for HIV prevention as a public health intervention », était axée sur les enjeux éthiques autour des pratiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH chez des personnes sous traitement ARV au Sénégal. J'y ai présenté une analyse des pratiques des patients et des prestataires selon les principes de bienfaisance, malfaisance, justice, et d'autonomie. ■

Dans son discours de « bienvenue », Marc Bessin (chargé de recherche au CNRS, Iris - EHESS, et nouveau coordinateur du réseau national des doctorants Santé et Société), a évoqué le fait que la question de la professionnalisation des doctorants en sciences sociales avait longtemps été « illégitime » dans l'espace académique. C'est donc le premier hommage à rendre aux organisateurs que d'avoir ouvert un « chantier » sur ces questions, qui s'est structuré autour de 3 thèmes : les parcours de professionnalisation (processus dynamiques et pluriels) ; la question de l'« utilité » des sciences sociales (recherche, intervention, action) ; et celle des enjeux liés aux demandes sociales (imbrications productives).

Pour illégitime qu'ait longtemps été le sujet de la professionnalisation, la première table ronde, *Parcours de professionnalisation : des processus dynamiques et pluriels*, rendait néanmoins compte d'initiatives, de trajectoires et de postures individuelles témoignant de sa grande pertinence.

L'intervention de Moritz Hunsman (doctorant CEMI-EHESS), initiateur il y a quelques années d'un séminaire et d'un groupe de travail entre doctorants à l'EHESS Paris sur « Les aspects concrets de la thèse » rendait compte d'une réflexion collective sur la formation à la recherche et l'insertion professionnelle où il était notamment question de réfléchir aux manières de transmettre un savoir-faire et de se concevoir en tant que doctorant. Non sans ironie, Moritz Hunsman a souligné que la fréquentation du séminaire suscitait quelque jalousie, puisqu'avec près de 70 personnes il est un des mieux remplis de l'EHESS Paris... Mais au-delà, l'entreprise était d'emblée articulée avec une réflexion critique sur ce que les doctorants « incorporent » dans le cadre de la socialisation académique. Reprenant des termes bourdieusiens, l'intervenant a fait référence à la prégnance d'une idéologie du « don » favorisant les « élus » les plus conformes, du fait de leur histoire sociale, ainsi qu'aux normes et critères d'excellence véhiculés dans l'espace académique. Cela contribue à nourrir une auto-exclusion, en tout cas à des formes variées d'estime de soi, du fait de l'adage selon lequel « soit l'on est très bon et on va trouver un poste, soit on ne réussit pas et c'est normal car on n'est pas bon... ». Adage plébiscité et perpétué aussi car il sert les intérêts de ceux qui sont « installés ».

Pour sortir de cette impasse il est important d'être clair sur les nombreuses raisons de s'engager dans une thèse, outre le fait qu'on s'attache à un sujet dont on devient spécialiste. Une thèse est l'occasion d'acquérir une diversité de compétences (analyse critique, écriture articulée, travail en autonomie / en équipe, détermination, etc.), qui sont valorisables en termes d'insertion professionnelle. Il s'agit donc de transformer ces connaissances en compétences, de considérer la thèse comme un travail et la professionnalisation comme un processus. Moritz Hunsman a par ailleurs rappelé que pour la qualification au CNU, les publications et les pratiques d'enseignement sont prises en compte ainsi que l'expérience administrative ; il s'agit donc de valoriser l'organisation de séminaires, de journées et de colloques.

La critique de l'espace académique, de ses limites et de ses impensés en termes de professionnalisation a été transversale au cours de la journée, mais son acmé a sans doute été

Journée d'étude  
« La professionnalisation  
des doctorants en  
sciences sociales de la  
santé »

organisée par le réseau de  
doctorants Santé et  
Société,

14 janvier 2010, MSH Paris-  
Nord

Sandrine Musso  
sandrinemusso@gmail.com

Mathilde Couderc  
mathoune@hotmail.com

Réseau de doctorants Santé et Société



l'intervention de Fernando Bertolotto, consultant en santé publique, qui nous a confié faire partie de ceux qui n'avaient jamais fini leur thèse. Après une formation initiale d'infirmier, celui-ci s'est engagé dans un cursus de sociologie de la santé sans achever de doctorat mais en optant pour une formation complémentaire en santé publique. *A posteriori*, il présente ce choix comme éminemment lié à la violence symbolique en cours dans l'espace académique, insistant sur l'« énorme gâchis » pour un pays comme la France de payer aussi cher la formation de jeunes chercheurs alors que peu est fait pour penser leur insertion professionnelle. Les causes de cet état de fait sont liées à l'existence d'un système de reproduction qui entretient cette rareté d'accès et contribue à constituer ce monde de chercheurs en un monde d'élus qui fonctionne désormais sur le registre des privilèges. Bien qu'il n'ait pas terminé sa thèse, cette expérience lui a apporté la rigueur, un réseau de connaissances et des capacités pour aborder la complexité du monde actuel.

Il a déploré le fait que face à une demande sociale importante, les sociologues ne soient pas toujours prêts à y répondre, dénotant par-là la surdité et l'aveuglement des chercheurs, même quand les ressources financières existent (constat également énoncé par Marc Dixneuf - Sidaction). Il s'est notamment étonné de l'absence des sciences sociales dans les problématiques de santé publique. Pour lui, il est important d'intégrer toutes les dimensions de la sociologie dans la sociologie académique et de se confronter au monde réel ; ce qui passe par une nécessaire révolution politique et culturelle dans les institutions. Il a expliqué que le fait d'être hors-académie n'empêche pas d'avoir une démarche éthique et critique quand il s'agit de répondre à une commande et a insisté sur l'importance de sa responsabilité politique en tant qu'acteur social.

Nathalie Lydié, chargée d'études à l'Inpes<sup>1</sup> a quant à elle présenté un parcours singulier et son expérience de travail au sein d'une agence sanitaire. Alors que son parcours la destinait a priori à épouser le choix d'une carrière universitaire ou de chercheur (thèse en géographie, puis diplôme du CESAM (Centre d'enseignement statistique appliqué à la médecine et à la biologie médicale) et un post-doc à Montréal) elle a fait le choix d'intégrer ce poste. Comme l'orateur précédent, son expérience a montré le parti à tirer d'une compétence plurielle (Santé Publique, Epidémiologie, etc.), déterminante en termes d'insertion professionnelle.

La deuxième table ronde *Comment servent les sciences sociales ? Recherche, intervention, action*, réunissait trois acteurs travaillant dans des institutions (OMS, ORS) ou des associations (Epi-ethno santé), faisant usage

de la recherche en sciences sociales de la santé.

S. Halfen a expliqué le mode de fonctionnement de l'ORS en précisant qu'il ne s'agit pas d'un organisme dédié à la recherche mais qu'il consiste à répondre aux demandes des financeurs avec comme objectif d'aboutir à une aide à la prise de décision (visée opérationnelle). Elle a énoncé certaines contraintes de ce fonctionnement telles que les demandes des financeurs qui sont parfois vagues (« état des lieux », « indicateurs de suivi », etc.) concernant les thématiques traitées et les objectifs. De même, les délais de réalisation sont courts et la valorisation des recherches repose sur des formats où les résultats sont rapidement accessibles (tableaux, atlas de la santé, etc.), au détriment d'articles scientifiques.

J. Sommerfeld (OMS, responsable du programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales : UNICEF, PNUD, Banque Mondiale), après une thèse en ethnologie sur le pluralisme médical en Haïti, a cherché à orienter sa carrière vers l'épidémiologie dans l'objectif de trouver des perspectives plus appliquées et a effectué une maîtrise en santé publique. Après avoir relevé la rareté des chercheurs en sciences sociales au sein de cette institution, il a expliqué que selon la politique de l'OMS, on ne recrute pas des chercheurs en sciences sociales mais des « experts dans la solution des défis sociaux ».

P. Gaillard Olokose a présenté les activités de l'association Epi - Ethno Santé qui se situent le domaine de la Recherche-Action. Selon elle, ce type de recherche doit être intégré de la construction du projet et de sa méthodologie à la restitution des données. Les chercheurs en sciences sociales doivent s'impliquer dans une participation active à un effort de définition d'un cadre de référence et à l'élaboration/l'usage/l'adoption d'un langage commun dans le but de poser des recommandations pour construire une action pertinente. Cette association vise la pérennité des actions de développement, notamment à travers un travail d'équipe pluridisciplinaire (anthropologues, sociologues, médecins) au plus près du terrain.

La troisième table ronde, *A quelle(s) demande(s) sociale(s) répondons-nous ? Imbrications productives*, réunissait trois représentants associatifs (AIDES, Sidaction et Association française de sociologie).

Marc Dixneuf (Sidaction) a rappelé que le chercheur doit souvent se formater à une conception particulière de la recherche en fonction des institutions et des demandes sociales. Le chercheur doit comprendre le milieu dans lequel il intervient et les attentes qui y sont associées, il doit également veiller à effectuer un travail d'explicitation sur ce qu'est et en quoi consiste la recherche en sciences sociales vis-à-vis de l'institution d'accueil.

JM Le Gall (AIDES), dit avoir été frappé par la méconnaissance mutuelle entre les chercheurs et les « personnes enquêtées organisées » et a présenté une typologie des chercheurs par ces enquêtés qui montre la nature des relations entre ces deux acteurs :

1) le chercheur et son bocal, 2) la collaboration instituée (permet une appropriation des résultats par les enquêtés).

« [...] face à une demande sociale importante, les sociologues ne soient pas toujours prêts à y répondre, dénotant par-là la surdité et l'aveuglement des chercheurs, même quand les ressources financières existent. »

Selon lui, le chercheur doit avoir une compréhension de la dynamique de l'association qu'il étudie ainsi qu'être conscient qu'il va être co-acteur d'une « transformation sociale ».

F. Bouchayer et L. Velpy ont présenté le réseau de sociologie de la santé RT19 qui fait partie de l'association française de sociologie (AFS). Ce réseau a notamment organisé deux journées d'étude sur « sociologie de la santé et demande sociale ». Après une thèse en sociologie, F. Bouchayer a cumulé des contrats de recherche et d'enseignement (interventions écoles d'infirmières, poste à la MIRE, etc.). Elle a souligné la place importante prise par la contractualisation en précisant que si d'un côté, elle oriente vers certaines grandes thématiques avec le risque de formater la recherche, d'un autre côté, cela contribue à un rapprochement entre recherche appliquée et recherche académique.

L. Delpry (sociologue, maître de conférences à Paris 8), a souhaité faire part des conséquences de l'obtention du statut de maître de conférences car pour elle, le statut de chercheur académique change « rien et tout à la fois ». Le principal avantage tient à la possibilité de construire une activité intellectuelle qui a sa propre dynamique, et d'avoir en conséquent une grande liberté de travail. Elle explique qu'elle a fait cet effort car seul ce statut pouvait lui éviter d'avoir toujours à se justifier, comme elle a pu l'expérimenter dans ses nombreuses expériences professionnelles précédentes.

Les débats au cours de la journée ont porté, entre autres, sur les tensions inhérentes aux stratégies de publications dans les revues « classées » (coût important en termes de temps alloué, vocabulaire parfois hermétique, etc.). La question d'une « identité multiple » du doctorant a également été évoquée avec pour objectif de faire prendre conscience de la boîte à outils dont on dispose et de nous encourager à créer son propre emploi, à innover, à avoir une vision de ce qui n'est pas encore fait, à élargir son réseau de connaissances et pas seulement à attendre les offres d'emploi.

Cependant, si cette journée avait le mérite d'ouvrir le débat sur les enjeux de la professionnalisation en sciences sociales de la santé et de permettre de prendre connaissance des différents organismes potentiellement intéressants en tant que débouchés, il apparaît que ce sont surtout des profils quantitativistes qui sont recrutés. Ainsi, au delà de l'opposition quantitatif / qualitatif, est ce qu'une maîtrise des outils statistiques et épidémiologiques suffit à représenter un sésame pour un futur emploi ? A titre personnel (M. Couderc), cette volonté d'acquérir une double compétence s'est soldée par un échec il y a déjà plus de

sept ans lorsque je me suis inscrite dans un DESS spécifiquement pour l'option Santé publique qu'elle proposait. Le jour de la rentrée, on nous annonçait que cette option avait tout simplement disparu du programme ... Cette anecdote pour montrer que les institutions ont encore des efforts à faire pour associer les sciences sociales au domaine de la Santé Publique ; idem pour la Santé Publique qui est plutôt orientée vers les travaux en économie de la santé.

On aurait également souhaité entendre plus d'itinéraires « hors académie » (consultant, cabinet d'étude), justement pour comprendre les façons de s'y engager, les statuts juridiques, les modes d'organisation, les relations avec la recherche académique, les laboratoires institutionnels, les bailleurs, etc.

Bien d'autres discussions ont ponctué cette journée et montré combien le débat ne fait que commencer. Les enjeux de la professionnalisation en sciences sociales soulevés ces derniers mois dans le cadre du mouvement social du monde de la recherche (2009) sont plus que jamais à l'ordre du jour et il apparaît crucial que les jeunes chercheurs s'emparent de ce débat. Le réseau des doctorants Santé et société, fort des discussions et des attentes du public, a d'ailleurs commencé à réfléchir de manière collective à des activités à mettre en place pour que cette préoccupation reste à l'ordre du jour et trouve des solutions pérennes. Nous vous encourageons donc vivement à lire le compte-rendu officiel de cette Journée d'étude consultable à l'adresse :

[http://doctorants.mshparisnord.org/actualite/article.php?id\\_article=1290](http://doctorants.mshparisnord.org/actualite/article.php?id_article=1290). ■

<sup>1</sup> L'Inpes est une agence sanitaire créée en 2002. C'est un établissement public sous la tutelle du ministère de la Santé qui emploie 140 personnes pour mettre en œuvre des programmes de santé publique sur des champs d'expertise divers (prévention des addictions, nutrition et santé, maladies infectieuses, qualité de vie, etc.). Trois types d'activités sont menés à l'Inpes : les études-recherches (production de données à visée opérationnelle, ex : le Baromètre-Santé) ; l'évaluation de campagnes de communication ainsi que de programmes et d'actions locales ; la conduite des projets : dans ce cadre, les coordinateurs de programme veillent à la cohérence des actions menées et travaillent avec une approche transversale et multidisciplinaire. Ce travail nécessite de créer un langage commun entre les acteurs de différents horizons.

« [...] la contractualisation [...] oriente vers certaines grandes thématiques avec le risque de formater la recherche, [mais] contribue à un rapprochement entre recherche appliquée et recherche académique. »



First meeting of the EASA  
Medical Anthropology  
Student Network

Université Libre de Berlin,  
Allemagne,  
11 & 12 février 2010

Claire Beaudevin  
claire@beaudevin.net

Susann Huschke  
susann.huschke@gmail.com



L'association Européenne des Anthropologues Sociaux (EASA; <http://www.easaonline.org>) comporte un Réseau d'Anthropologie Médicale, piloté par un comité élu. Ledit comité comprend deux représentantes étudiantes, Susann Huschke et Claire Beaudevin, qui ont créé en 2009 un réseau étudiant européen (aujourd'hui appelé MAYS, Medical Anthropology Young Scholars), dont ce compte rendu présente la première réunion.

The first meeting of the EASA Medical Anthropology Student Network took place in Berlin, Germany, on February 11<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup>, 2010. The meeting was organized by Susann Huschke (Freie Universität Berlin, Germany) and Claire Beaudevin (Université Paul Cézanne, Aix-Marseille, France), student representatives within the committee of the EASA Medical Anthropology Network. The Institute for Social Anthropology, Freie Universität Berlin, hosted the two-day event.

The EASA Medical Anthropology Student Network was established in May 2009 and has since then grown to the size of more than 150 members, studying in more than 15 different European countries. The Berlin meeting offered a possibility for students of Medical Anthropology to introduce their research to peers, get in contact with other young researchers, and create networks.

In total, about 40 young scholars participated, 19 of them presented their research questions, designs, or results in short papers. Participants came from all over Europe: France, UK, Netherlands, Denmark, Czech Republic, Poland, Germany, Austria, Spain, and Italy; one of the speakers even flew all the way from Uganda to participate in the meeting. Presentations covered a wide range of topics in Medical Anthropology, reflecting current trends in the field. Common themes included the anthropology of pharmaceuticals; migrant health; fertility, and reproduction; HIV/AIDS, ARVs and state policies; public health discourses; spiritual healing in the context of medical pluralism; mental health; anthropological research in hospitals; disability; and ethics and responsibilities of anthropological fieldwork.

In addition to paper presentations, an interactive workshop on Applied Medical Anthropology was offered on the second day by Rachael Goberman-Hill, senior research fellow at the University of Bristol (UK) and committee member of the EASA Medical Anthropology Network, and Kathryn Tomlinson, researcher for the British Ministry of Defense. This workshop was a precious opportunity to collectively discuss various aspects of the job quest for young scholars in medical anthropology: what kind of institutions may hire medical anthropologists; how to read and answer a job announcement; how to introduce oneself during an audition; etc.

The workshop participants enjoyed the opportunity provided by this conference: to discuss many practical aspects of doctoral research with peers, and present their work in a critical, yet cooperative and stimulating atmosphere. Research topics and discussions showed thematic similarities beyond the variability of European university "landscapes".

A group discussion on future plans, improvements, and goals of the EASA Medical Anthropology Student Network brought up the following issues:

- The name of the network should be changed in order to include Postdocs as well as B.A., M.A. and Ph.D. students (*NB - A vote has been organized since then and we are now named "MAYS, Medical Anthropology Young Scholars"*).
- The next meeting will have a different format. Instead of many short presentations, papers will be grouped into parallel workshops on central themes, allowing for more focused exchange of ideas and more productive discussions.
- Possible place for the next meeting in 2011 is Warsaw, Poland.
- Every other year, the young scholars meeting should be integrated into the EASA conference in order to render travel/funding arrangements less difficult.
- We need to look into opportunities to receive travel grants and additional funding for meetings like this one from EASA and other organizations.
- There is a need for English native-speakers who could and would offer their proof-reading abilities to non-native speakers. So far, no concrete ideas were developed on how to foster an exchange.
- We're looking into an (online) publication of the papers presented at the meeting in Berlin.

Two upcoming events will allow network members to further strengthen the contacts and collaborations developed during this first exciting meeting:

- Workshop on *Medical Anthropology, Interdisciplinarity and Public Space* in Oxford, UK on July 3<sup>rd</sup> 2010, co-organized with the Oxford University Anthropological Society (CFP and registration form at <http://tinyurl.com/MAYS-Oxford-registration>).
- Network meeting at the EASA conference in Maynooth, Ireland, in August 2010. ■

For questions, please contact student representatives via [mays.easa@gmail.com](mailto:mays.easa@gmail.com)  
To join the network, visit <http://tinyurl.com/MAYS-EASA>



► **Sakoyan Juliette**, « **Les parcours de soins de femmes comoriennes pour leur enfant. De la circulation des représentations à la circulation des corps** », **Séminaire « Accès aux soins et protection des migrants : les enjeux et aléas de la santé mentale »**, MSH Paris - Nord, 04

février 2009

Cette intervention est l'occasion pour moi de mettre en perspective des données issues de deux recherches différentes. La première, menée entre 2002 et 2004 portait sur les itinéraires de soins et les représentations de l'autisme auprès de mères originaires des Comores et vivant à Marseille. Une ethnographie auprès des mères des enfants et de leur famille élargie en Grande Comore a mis en évidence comment les représentations de la maladie sont plastiques et évolutives et comment elles se transmettent en situation transnationale. La seconde recherche est menée depuis 2004 dans le cadre de ma thèse en anthropologie et porte sur les migrations sanitaires entre l'archipel des Comores et la France métropolitaine. Elle consiste à suivre des trajectoires migratoires de familles originaires de l'Union des Comores qui ont un enfant gravement malade.

La construction comparative du propos permet de mettre en scène des itinéraires de soins « à sens inverse » : des parents originaires de Grande-Comore vivant à Marseille rentrent pendant les vacances au village pour effectuer des soins traditionnels. D'autres vivant aux Comores indépendantes tentent d'en partir pour faire bénéficier leur enfant d'une prise en charge adaptée.

Ainsi, on voudrait insister sur l'intérêt de penser la santé mentale en termes d'espace politique et plus seulement d'espace symbolique. Ce dernier se rapporte à une approche des représentations de la maladie et du pluralisme médical. C'est un espace avant tout de significations. L'espace politique, quant à lui, est une cartographie des mouvements des personnes et des agencements entre centre et périphérie sanitaires. Il est physique et se compose de différentes frontières auxquelles les personnes malades se confrontent immanquablement.

L'exemple de la maladie mentale est particulièrement pertinent parce que c'est un thème qui a longtemps monopolisé en sciences sociales des approches sur la question du sens. Cela étant, une approche en termes d'espace politique n'exclut pas de prendre en compte les choix individuels dans les trajectoires de soins et notamment le fait que les obstacles aux mouvements se situent aussi, quelquefois, dans l'intimité des relations. En outre, la construction comparative amènerait à insister sur la différence, dans un contexte de mondialisation, entre la circulation des représentations et la circulation des personnes. A l'évidence, même si leur contenu ne reste jamais identique, les premières circulent plus aisément que les secondes.



**Colloque International Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques, Toulouse (16, 17 /09/09) & Dakar (25/09/09)**

*Certaines des communications sont disponibles en vidéo à l'adresse <http://amades.hypotheses.org/1444>*

► **Patrice Cohen, Aline Sarradon-Eck, Coralie Caudullo, Emilie Legrand, Clémentine Raineau ; « Diffusion des approches non conventionnelles du cancer en France : Des systèmes alternatifs à la diffusion scientifique officielle ? »**

La communication propose d'interroger les processus de communication et de diffusion des approches non conventionnelles du cancer en France, à partir d'une ethnographie de la « conférence » comme événement élémentaire et significatif de la diffusion de ces approches. Les conférenciers sont ici des personnages charismatiques, médecins ou anciens médecins, ayant développé des théories alternatives ou des approches non conventionnelles pour le traitement et la prévention du cancer. La mobilité des conférenciers est révélatrice de systèmes de diffusion plus larges et organisés. La mobilité est analysée ici comme un mode de contournement de la domination du savoir scientifique et biomédical, et de la cancérologie officielle, une modalité de diffusion d'une pensée médicale, thérapeutique, de prévention alternative à la diffusion des connaissances scientifiques officielles, et une voie de construction d'un réseau de reconnaissance professionnelle et de légitimité.

► **Juliette Sakoyan, « Migration et mobilité sanitaires en contextes institutionnel et profane : différentes formes de « voyages » sanitaires d'enfants originaires des Comores »**

Cette intervention est fondée sur un travail de thèse en anthropologie portant sur des migrations de soins de familles originaires de l'Union des Comores induites par la maladie d'un enfant, et plus particulièrement sur des trajectoires familiales entre l'Union des Comores, Mayotte, la Réunion et la métropole. On propose de décrire différentes formes de « voyages » (traduction du terme employé par les familles) sanitaires d'enfants à l'extérieur des frontières nationales. Qu'est-ce qui détermine le cadre institutionnel ou profane d'une mobilité sanitaire et dans quelle mesure se transforme-t-elle en migration sanitaire, c'est à dire, découle-t-elle sur une installation induisant le plus souvent un réagencement biographique et familial?

Dans un premier temps on décrira le contexte géographique, historique et migratoire de l'archipel des Comores (Union des Comores et Mayotte). D'une part son positionnement de carrefour dans le canal du Mozambique et son histoire coloniale avec la France ont dessiné un espace politico-sanitaire singulier structuré par différents types de frontières (politiques, administratives, insulaires, culturelles) d'échelles et de territorialités variables. D'autre part, les Comoriens et particulièrement les Grand-Comoriens, ont accumulé un savoir pratique migratoire et disposent aujourd'hui de divers réseaux en Afrique de l'ouest, de l'est, dans divers pays arabes, dans l'océan indien et surtout en France métropolitaine. Ainsi les mobilités pour raisons sanitaires - sans pour autant représenter un flux quantitativement significatif si tant est qu'elles soient quantifiables - bénéficient-elles d'un savoir migratoire préexistant tout en se confrontant à un espace de circulation fortement contraint.

Dans un second temps on proposera une catégorisation des mobilités sanitaires de familles originaires de l'Union des Comores à partir de deux dimensions non exclusives. La dimension contextuelle de la trajectoire de soins concerne le cadre dans lequel le voyage sanitaire de l'enfant s'effectue. Il peut être institutionnel et encadré par le dispositif d'évacuation sanitaire existant entre Mayotte, la Réunion et la métropole mais aussi d'assise plus précaire entre l'Union des Comores et

Mayotte ; ou profane c'est à dire être initié et organisé par les familles et la communauté comorienne. Bien souvent une trajectoire d'enfant commence dans un cadre profane et se poursuit institutionnellement à partir de Mayotte. La dimension biographique de la trajectoire de soins amène pour sa part à distinguer entre une mobilité sanitaire et une migration sanitaire. La première correspond à un aller-retour de l'enfant et des membres l'ayant éventuellement accompagné. La seconde correspond à des trajectoires plus complexes où, entre le village d'origine et l'établissement de soins le plus éloigné (en métropole), des ancrages quelquefois définitifs interviennent s'accompagnant de réajustements biographiques individuels et familiaux.

Le troisième temps consistera à faire la genèse de ces trajectoires complexes et plus largement à analyser les liens entre les quatre formes de « voyages » sanitaires identifiées (migration institutionnelle, migration profane, mobilité institutionnelle, mobilité profane). Il s'agira de montrer comment ces différentes trajectoires sont fonction de la manière dont s'articulent l'espace politico-sanitaire dans lequel elles s'inscrivent avec les choix éthiques et biographiques des acteurs qui les conduisent.

### ► Céline Dumas, « Notes de recherche sur les mobilités transnationales entre le Cambodge et le Vietnam pour le traitement des hépatites virales »

L'épidémiologie des hépatites virales B et C est mal connue au Cambodge, cependant les premières estimations laissent penser que la prévalence de la première (prévalence Ag Hbs 8-9%) est similaire à celle retrouvée dans la plupart des pays limitrophes, alors que l'hépatite C semble bien plus fréquente (prévalence Ag VHC 6-8%) que dans les pays frontaliers.

Depuis quelques années, leur prise en charge (suivi biologique, traitements selon les recommandations internationales) est possible à Phnom Penh et se pratique principalement dans les cliniques privées d'hépatologues spécialisés en infectiologie. Cependant, l'espace de soins et de prise en charge des hépatites virales ne se limite pas au territoire national. Il apparaît qu'une partie des personnes atteintes reçoit (ou a reçu) des soins à l'étranger, essentiellement en Asie du Sud-est, principalement à Hô-Chi Minh Ville, Bangkok, Singapour. Mais on retrouve également des déplacements en fonction des liens avec les diasporas (France, Amérique de Nord) ou les liens familiaux (Chine).

Notre présentation, qui se limite aux mobilités pour la prise en charge d'hépatites virales (B ou C) entre le Cambodge et le Vietnam, et particulièrement vers Hô-Chi-Minh, a pour objectif de décrire quelques parcours de soins hors des frontières nationales, d'analyser l'effet « miroir » de cet aller-retour sur les perceptions du système de soin cambodgiens et de ses médecins.

Cette recherche a été menée dans le cadre du projet ANRS 12102 lors d'un terrain de trois mois à Phnom Penh et dans la province de Prey Veng en 2008 où des entretiens avec des malades et des professionnels de santé ont été menés à l'aide d'une assistante de recherche.

Tout d'abord, nous rappellerons quelques particularités, dans le contexte des relations khméro-vietnamiennes, de l'histoire sociale du système de santé cambodgien depuis la fin du régime des Khmers Rouges. Ensuite, nous exposerons le parcours de malades et les raisons qui les ont décidé à obtenir un traitement au Vietnam. Les cas rapportés ressortent tous du déplacement volontaire, assis sur une décision personnelle, s'appuyant sur des réseaux de connaissances.

Alors que Cambodgiens et Vietnamiens entretiennent des relations conflictuelles héritées de l'Histoire, où le Vietnam est souvent présenté comme « le frère ennemi », la santé semble être un domaine qui ne prend pas en compte ces inimitiés. Les médecins vietnamiens semblent correspondre à des stéréotypes laudatifs déjà anciens, développés par les colons français et paradoxalement repris par les malades cambodgiens. Les discours sur la prise en charge au Vietnam, les lieux de soins et les médecins vietnamiens permettent d'entrevoir comment sont perçus le système de santé et les médecins cambodgiens et sur quoi la concurrence pour les soins peut se jouer.

En conclusion, nous discuterons à travers cet exemple khméro vietnamien, de l'importance relative des aspects de mondialisation et de globalisation en lien avec la santé d'une part, et de l'ancrage socioculturel et historique d'autre part au cœur des questions de déterritorialisation-reterritorialisation des espaces de santé

### ► Alice Desclaux, « Babosa » capverdienne, « pulpe » américaine, « African herbal antiretroviral »: Circulations et significations d'une plante de la pharmacopée sénégalaise au temps de la mondialisation. »

A côté de l'entrée du Centre de Recherche Clinique du Service de maladies infectieuses de l'hôpital national universitaire de Fann, qui héberge de nombreux protocoles d'études cliniques transnationales obéissant aux exigences scientifiques de niveau international, quelques pots de conserve hébergent des pieds d'Aloe vera, sous la surveillance, à leurs moments perdus, d'un « intervenant communautaire » et d'un gardien qui travaillent au centre. Cette plantation privée n'a rien d'exceptionnel : les feuilles charnues de cette liliacée peuvent être aperçues en de très nombreux lieux sur la presque île occupée par la ville de Dakar, où sa popularité est due à son statut de « remède » appartenant à la pharmacopée sénégalaise, que lui attribuent les personnes que nous avons interrogées dans la banlieue voisine de Pikine. Ses connaisseurs la qualifient plus précisément de « remède des capverdiens », installés en nombre à Dakar. Intégrée dans les usages domestiques, cette plante venue des îles voisines est-elle pour autant confinée à une utilisation thérapeutique pragmatique dans le secteur populaire, favorisée essentiellement par son accessibilité et relevant du *care* plutôt que du *cure* ?

Si l'on passe la porte du centre de recherche et l'on écoute quelques membres des associations de personnes vivant avec le VIH, la plante est également présente parmi les traitements consommés en parallèle aux antirétroviraux, cette fois sous son nom botanique : certains consommeraient des « produits » à base d'Aloe vera. Transformée par une firme multinationale basée aux Etats-Unis, la plante est présentée comme très attractive pour les personnes séropositives, notamment du fait de sa distribution dans un système de vente qui fait du consommateur un distributeur prosélyte. On retrouve également l'Aloe vera, plus loin de l'hôpital, parmi les ingrédients de plusieurs traitements qui guérissent l'infection à VIH revendus par une organisation panafricaine de thérapeutes traditionnels ; dans ce cas, la plante est investie du savoir traditionnel légitimé par des essais cliniques « alternatifs » et diffusée dans le cadre de relations revendiquées comme thérapeutiques. L'Aloe vera fait également l'objet, dans une relation plus distante avec les personnes vivant avec le VIH, de programmes de développement de la culture des plantes médicinales menés par une ONG sénégalaise à dimension internationale. L'Aloe vera, sous diverses formes et interprétations, traverse ainsi plusieurs secteurs du système de soin sénégalais. L'analyse de cette diffusion locale nous permettra de discuter la pertinence du concept de « chaînes du médicament » utilisé par Lévy et al. Par ailleurs, chacune des formes socialisées de la plante est associée à une forme de mobilité (importation, déterritorialisation-reterritorialisation), au moins symbolique, passant par le Cap Vert, les Etats-Unis, le Kenya ou le Sénégal. Ces formes signifiées de l'Aloe vera renvoient à des acceptions particulières des notions de « Nature » d'une part, de « Culture » d'autre part, qui renseignent sur un aspect de la « géographie symbolique » des thérapeutiques au Sénégal.

► **Khoudia Sow, « Childbearing on Anti Retroviral Therapy: the experience of women living with HIV in Senegal »**

After some psychological trauma, women living with HIV recover health when on antiretroviral treatment. Their matrimonial or love relationships have been strongly affected with a more or less long abstinence phase. Recovering health exposes those young women to social norms regarding reproduction to their own wish to be parents or to pressure by their family for parenthood. Some women who may be leaders of associations decided to have children after receiving advice from health professionals or AIDS activist from developed countries. The birth of the first healthy "ARV babies" reduced the fear about the toxicity of ART believed to make women sterile. For Women living with HIV have a child may fear multiple meaning including danger, risk and happiness. This experience including suffering due to fear of transmitting HIV to ones infant of jeopardizing one's own health. It also brings back social dignity and hope for the future. Maternity is the symbol of recovering fecundity which is a victory upon a bad social and medicinal forecast. Facing those situations health workers specialized in HIV care initially denounced these practices, after tolerated and finely sometimes support them. This paper explains rationality of the procreative practices of Women living With HIV on ARV.

► **Pascale Hancart Petitet, « Social Construction and Social Production of Abortion. Some insights from Cambodia »**

In Cambodia, despite the implementation of governmental reproductive health care activities since 1994, contraception prevalence rate remains very low. Many women undergo chemical or mechanical abortion. Indeed, abortion has been legalized in Cambodia in 1997; however there is a lack of awareness regarding the legality of abortion and a lack of provision of safe abortion services. Unsafe abortion remains one of the most common causes of maternal death. Thus, we may wonder why, how and to which extends cultural values, gender norms, social organization of care and political will to tackle the problem head-on as well as individual experiences and attitudes regarding unwanted pregnancies shape abortion practices. We will investigate those issues in cross-crossing various perspectives levels. Firstly, we will give some historical elements related to abortion legalization and policies in Cambodia. Secondly, we will analyze how social organization of care shapes legal and illegal abortion practices. Thirdly, we will describe determining factors that lead women to seek abortion. Finally, we will investigate how abortion event makes sense in their reproductive lives. Thus, our findings may raise relevant issues for public health perspective, provide mirrored views on Cambodian Contemporary Society as well as bring various theoretical insights for anthropology.



► **Pascale Hancart Petitet, « Vasectomy, Renegotiation for Masculine Identities » International conference (Re) Figuring Sex: Soma technical (Re) Visions, 19-20 novembre 2009, Macquarie University, Sydney, Australie**

Vasectomy is a surgical procedure performed to men that aims to occlude the vas deferens in order to achieve permanent sterility. Since the 1970's, this method has been promoted by Feminists and Scientifics as a birth spacing "equal sharing of responsibility". This paper aims to investigate how users, caregivers and stakeholders' representations of masculinities influence practices around vasectomy in Cambodia. Ethnographic investigations were conducted in urban and rural areas with couples' whose men undergo for vasectomy, caregivers in charge to implement counseling and surgery procedures, social workers responsible to recruit candidates and vasectomy program directors. Broader interviews related to contraceptives uses were carried out in 2008. The analysis enlightens the representations of masculinities that steer health stakeholders and caregivers to promote vasectomy and that lead men to undergo this surgical procedure. In Cambodia, the use of modern contraceptives is very low. The "male involvement in population control" recent concept developed by international agencies and "simplicity and cost effectiveness" biomedical rhetoric related to male sterilization versus female sterilization shape reproductive health local policies and practices. Sometimes, it leads stakeholders and caregivers to opt, to some extend, for coercive method in order to achieve their objectives. From this perspective, we describe, firstly, how during the counseling session preceding surgery for instance, no other option than to acquiesce is given to the "targeted" man. Secondly, we present a biographic portrayal of a "vasectomy community motivator" employed by an international organization. Thus, we describe and analyze which factors led him to undergo for vasectomy. Lastly, new representations of masculinities that male sterilization implies for the user will be discussed. The aim of this paper is to explore how the image of man as "caring and responsible" in matters of contraception is reflecting contemporary understandings of the body as the incarnation of historically and culturally specific discourses and practices on masculinities in Cambodia.

► **Desclaux Caroline, Desclaux Alice, De Cenival Marie, « Providing adapted information to participants in medical research : an experiment to move from advocacy towards experience-based implementation », Conference Internationale AIDS Impact, Gaborone, 22-25 septembre 2009**



*Aim:* As health research is developing in resource-poor settings, advocacy for participants' informed consent is claimed, particularly in international regulations. But the content of the information that should be delivered and its modes of transmission raise many questions, especially in populations with low literacy rates. Evidence- or experience-based practices are still lacking and practices are heterogeneous at field level. Based on an experimental information program using community participation in Senegal, this presentation aims at providing insights about the content and medium of information favored by research participants and adapted to their needs.

*Method / Issue:* In Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF), Dakar, a study was held in 2008 regarding the needs for information of participants felt by medical, social and community teams and by participants in clinical research projects themselves. Several issues were identified regarding uses of blood, advantages and risks related to participation, conditions after the end of research projects, meanings of research. In 2009, an experimental project was proposed in CRCF to the participants of a cohort study on long-term use of ART. They could choose between an individual session of information, a collective session, or usual modalities of information provided by the physician during a medical encounter before discussing pre-inclusion consent. The content and shape of the information delivered were defined with a diversified team (medical doctors, ethics mediator, community agents, social scientists, association delegates, translator/linguist). At various stages of participants' itineraries, evaluations were proposed in order to identify factors for choice and adherence, to follow improvement of knowledge and to identify elements that favor or hinder transmission of information and perception of agency in consent decision.

*Results / Comments:* The analysis of participants choices will be presented as well as declared reasons for choice amongst several information patterns. Results will be discussed in the light of advantages and difficulties identified for each pattern, regarding for instance confidentiality, interactive dimension of exchanges, issues of comprehension, organizational and structural challenges related to implementation of this intervention as related to a medical research project.

*Discussion:* This experiment reveals a set of issues and difficulties when moving from advocacy to intervention. However, ethical issues were less sharp in this long-term cohort study than they might be in clinical trials or prevention studies. These results provide an adequate basis for further studies in different research contexts, which conclusions might be compared.



► Juliette Sakoyan, « Politiques de l'enfance, politiques du care. Les migrations de soins infantiles Comores-France », Séminaire inter-laboratoires St Charles, Enfances et construction de l'individu, 26 mars 2010

Cette intervention présente un volet de ma thèse qui porte sur les migrations de soins d'enfants et de leur famille entre l'archipel des Comores et la France et plus particulièrement sur le dispositif d'évacuations sanitaires Mayotte-Réunion-métropole. Le terme de migrations sanitaires est volontairement englobant, il désigne un déplacement avec franchissement d'une frontière (spatiale, administrative, socio-culturelle et technique) à visée thérapeutique et/ou diagnostique, dans un contexte informel versus institutionnel (évacuations sanitaires). Les trajectoires dont il est question concernent des familles comoriennes vivant soit à Mayotte, soit aux Comores indépendantes et vont se conjuguer avec le dispositif d'évacuation sanitaire Mayotte-Réunion-métropole. Une partie du corpus d'enfants concerne des maladies cancéreuses notamment des leucémies. Cette intervention porte sur les politiques de l'enfance et du *care*<sup>1</sup> à l'œuvre dans les évacuations sanitaires entre Mayotte, la Réunion et la métropole. D'une part elle s'attache à décrire le processus de transformation de l'identité de l'enfant au fur et à mesure qu'il parcourt les sites hospitaliers. L'ethnographie de la « chaîne hospitalière » met en effet en exergue différents registres d'identité (juridique, psycho-affectif, de l'altérité, médical) qui se modulent et sont représentés de manière différente à Mayotte, la Réunion et en métropole. D'autre part, il s'agit de montrer que ces registres d'identité expriment tout autant qu'ils produisent des formes d'attention, d'empathie et de soin c'est-à-dire des formes de care – profanes et professionnelles - autour de l'enfant.

<sup>1</sup> On s'appuie ici sur les travaux publiés en France relatifs à la sociologie du care. A minima, le care renvoie à « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (Tronto, 2008 : 144).



► Claire Beaudévin, « The Blood of "Sinbad's Descendants": Political and Social Stakes of Inherited Blood Disorders in Oman, Revealing Local and Transnational Dynamics », *International Workshop "Regionalizing Oman. Political, Economic and Social Dynamics"*, Institute for Oriental Studies, Leipzig University, Allemagne, 25-26 mars 2010

Health issues constitute a relevant starting point to investigate the Sultanate's regional integration and its bonds with Africa and Asia: this field includes flows of technologies and liquid assets as well as ideas and individuals. This paper is based on a social anthropology ethnographic research, focused on the particular case of inherited blood disorders — also called haemoglobinopathies — in Oman, and more specifically on sickle cell and thalassaemia. These serious genetic diseases are frequently stigmatized as consequences of a so-called "traditional" behaviour that encourages local consanguineous marriages — symbolically linked to the interior of Oman —, as opposed to "respectable" modernism advocating avoidance of endogamy — supposedly characteristic of the urban areas. Thus, social representations of these diseases are embodied in the country's geography itself; furthermore, the diagnosis process of haemoglobinopathies, their different treatments, and even the patients' survival involve numerous local and / or regional interactions one can observe at macro as well as microsocial scale. Actually, the ethnographic study of these diseases in Oman, dealing with different communities and social fields, reveals some of the Sultanate's past and present inscriptions in transnational dynamics. Using the haemoglobinopathies as example, this paper aims at describing the trans and multinational networks Oman belongs to, whether one considers health migrations (of patients as well as health professionals); the social stakes of population genomics research and gene testing; implementation of WHO policies regarding genetic health; biosocialities linked to these diseases or transnational genealogical reconstructions.

## Compte rendu de lecture

P. Hancart Petitet,  
*Maternités en Inde du Sud  
(des savoirs autour de la  
naissance au temps du  
sida)*, Edilivre, 2008

Marie-Laure Cadart  
marie-laure.cadart@wanadoo.fr



En se donnant pour objectif de présenter une anthropologie des savoirs autour de la naissance en Inde, dans le contexte de l'épidémie de sida, Pascale Hancart Petitet nous plonge dans la société indienne contemporaine et sa complexité. Sans prétendre faire une approche exhaustive dans ce pays immense, multiple, contrasté et en pleine mutation, elle nous fait pénétrer de façon fine dans la réalité de la maternité des femmes indiennes pauvres soumises à des croisements de rationalités et à des choix limités.

La première partie explore le contexte de la naissance (fait social et biologique fortement empreint de croyances et de rituels) dans une communauté d'intouchables d'un village d'Inde du Sud, dans l'Etat du Tamil Nadu. La description des pratiques médicales et sociales lors de la naissance permet d'éclairer certains aspects de l'organisation sociale. Dans cette société holiste traditionnelle, tout est lié : les rites de fécondité, les représentations de l'engendrement mais aussi les rapports de genre, les rapports de parenté, le statut de la femme, etc.

La deuxième partie concerne les matrones. Celles-ci n'apparaissent pas comme une institution mais comme un groupe hétérogène d'individus aux trajets divers et aux pratiques de soins variées incluant les rites de naissance. Elles bénéficient d'une reconnaissance sociale au sein de la population liée autant à leur statut qu'à leur expérience. D'un point de vue de santé publique et dans un contexte de très forte mortalité maternelle et infantile, elles sont envisagées comme des actrices incontournables de toute action en faveur de la santé des mères et des enfants mais les points de vue divergent à ce sujet : elles sont perçues soit comme des marâtres dont les pratiques archaïques doivent être contrôlées, soit comme des ressources humaines intéressantes pour les actions de développement en raison de leur localité, de leur insertion dans les communautés rurales et de leur faible coût.

Elles ont bénéficié de programmes de formation (qui n'ont pas pris en compte leurs savoirs traditionnels) dont les résultats sur la diminution de la mortalité n'ont pas été probants. L'analyse de P. Hancart montre cependant que les nouveaux savoirs des matrones sont recomposés

par les matrones formées qui expliquent les apports, les limites et les incohérences de ces formations (matériel jetable non renouvelé par exemple), les mettant en difficultés dans leurs pratiques.

La troisième partie étudie la naissance en milieu biomédical. Quel choix du lieu de son accouchement a réellement la femme, soumise à différents motifs : économique (jusqu'à une période récente, les femmes accouchaient à la maison car les prix des matrones étaient modérés) ; pratique (accouchement à la maison surtout la nuit, si le village est loin etc) ; contextuel (ce peut être la mère ou la belle-mère qui décide etc.), symbolique ?

Au Tamil Nadu, les indicateurs de santé maternelle sont bien meilleurs que dans le reste de l'Inde et 60% des femmes ont recours aux services biomédicaux (centres de santé primaire, hôpitaux généraux ou cliniques privées). Beaucoup de femmes accouchent dans le centre de santé primaire local mais l'hôpital constitue, pour la plupart, la référence. Si les femmes accouchent à l'hôpital pour être « modernes », les femmes de basse caste y sont mal considérées et vues comme « arriérées » ! Dans ce lieu, s'effectue un tri des patientes en fonction essentiellement de leur statut social et non de leur état de santé... Elles y font l'expérience de la solitude et de l'isolement et des usages abusifs de la technique avec routinisation de procédures (contrôle permanent des naissances par les soignants avec « prime à la ligature » et tenue de registres statistiques), taylorisation de la naissance (épisiotomie par un médecin, réparation dans une salle différente par une personne différente, etc)

Des logiques se croisent illustrées par l'exemple de la césarienne : certains médecins abusent de la césarienne dans une logique d'argent ; des femmes la demandent pour ne pas souffrir ; de plus, la logique des astres interfère pour assurer à l'enfant attendu et à sa famille une naissance sous un ciel astral de bon augure...

La quatrième partie aborde la question de naissance et VIH et les enjeux médicaux, sociaux et politiques de la transmission mère-enfant. Cette partie est éclairée par les trois précédentes qui permettent de rendre compte de la complexité de la situation et de comprendre comment le traitement social du sida est un révélateur des rapports entre logiques sociales et système de soins.

L'épidémie de VIH a été longtemps niée en Inde. Le retard de reconnaissance de la maladie et le maintien d'un discours moralisateur et conservateur sur l'épidémie ont retardé les actions et la mise en œuvre de programmes de prévention et de soins. Actuellement des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) sont en place car la transmission de la mère à l'enfant lors de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement constituent la part essentielle des contaminations de l'enfant. Cependant, l'épidémie reste « invisible » et la maladie est peu connue des femmes en zone rurale qui en connaissent l'existence mais pas les moyens de transmission ni de protection ; le sida apparaît comme un problème secondaire face à l'ensemble des problèmes liés à la pauvreté. De plus les femmes sont considérées comme responsables quant à la diffusion de la maladie et pour elles, le risque du VIH peut être faible par rapport au risque social de rejet de la famille : « il ne s'agit pas tant de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre. »

Du côté des professionnels, malgré la mise en place de programmes de prévention (PTME), il persiste des réticences à prendre en charge les femmes enceintes infectées par le VIH, réticences qui s'expliquent non seulement par la peur de la contamination mais aussi par tous les changements d'habitudes et d'organisations imposés par la mise en place d'un tel programme. De plus, les pratiques médicales ne dépendent pas toujours de la seule rationalité biomédicale mais d'une combinaison de facteurs divers parmi lesquels la connaissance de la respectabilité de la famille, ou encore la représentation de la maladie en tant que sanction et conséquence du non-respect des normes sociales qui entraîne une logique sous-jacente de discrimination envers les personnes malades.

Quel rôle ont les matrones dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? Certaines pratiques de matrones augmentent les risques de transmission alors que d'autres ont tendance les limiter. Faut-il inclure les matrones dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant en Inde du Sud ? Selon P. Hancart, cela serait possible et intéressant du fait de leur statut favorable dans cet État ; cependant, ceci n'est défendu ni par les représentants des organisations visant à la promotion des médecines traditionnelles ni par les autorités sanitaires de l'État, constat qui semble illustrer deux aspects fondamentaux de la naissance dans le contexte de l'Inde contemporaine : la persistance de l'ambiguïté de la réponse gouvernementale face au sida et l'absence de pertinence des défenseurs de l'accouchement « naturel » en ce qui concerne les aspects sanitaires de la naissance en Inde rurale.

Pour conclure, P. Hancart aborde le concept de « savoir d'autorité » comme étant un « outil pertinent pour une anthropologie critique de la naissance », ouvrant sur d'autres perspectives de recherches. ■

## Publications

► Hancart Petitet P., 2009. — « Traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Études de cas en Inde du Sud » *Sciences Sociales et Santé*, 27 (2), pp. 9-35.

**Résumé** - Aujourd'hui en Inde, pour de nombreuses femmes des zones rurales, le sida reste une maladie peu connue. La plupart ont entendu parler de cette maladie. Cependant, peu connaissent les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger. Par ailleurs, les personnes infectées par le VIH sont souvent victimes de stigmatisation et d'actes de discrimination. Cet article a pour objectif de rendre compte de certaines dimensions sociales autour de la lutte contre le sida en Inde du Sud. En premier lieu, nous décrivons certains aspects de la gestion de l'épidémie à VIH au niveau national. Ensuite, nous verrons comment s'articule en contexte et « en actes » un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Nous verrons que la mise en œuvre des activités de soins a pour effet de faire apparaître des formes de confrontations diverses entre les acteurs en présence, soignants et patients, et entre les valeurs qui déterminent les pratiques de prévention et de traitement. Cette ethnographie du traitement social de la naissance propose donc une lecture de l'agencement des normes, des valeurs et des intérêts divers que l'épidémie de sida vient révéler.





*Présentation de l'éditeur* : Comment dans une Inde contemporaine se vivent les questions de santé ? Cet ouvrage collectif inspiré par ce questionnement entend apporter trois pistes de réflexion à partir d'études anthropologiques et géographiques.

Les cas spécifiques du VIH/sida, des hépatites ou encore de la santé mentale montrent de façon convergente que la société indienne procède à de complexes et de multiples adaptations à des concepts internationaux de santé. Des voies d'appropriation voire d'indigénisation sont au centre de revendications identitaires locales et nationales qui établissent de nombreux liens entre les conceptions biomédicales et les médecines traditionnelles ou les ethnomédecines.

Les soins de proximité tant dans les zones rurales qu'urbaines sont toujours marqués par des recours à des spécialistes populaires qui se revendiquent d'une tradition. Toutefois, les exemples décrits ici - rebouteux, guérisseurs de la jaunisse, castes de chants de guérison, matrones - illustrent que des transformations sociales récentes complexifient leurs fonctions sociales et leurs savoirs.

Enfin, comment les conceptions du corps et de la santé en viennent-elles à structurer une identité communautaire ? Les analyses sur les communautés décrites ici - milieu rural en Andhra Pradesh, communauté de lépreux au Rajasthan, Français Pondichériens - montrent que les rapports au corps et à la santé sont le produit de l'histoire sociale du groupe. Associés aux rapports de genre, ils servent de matrice à la construction sociale de l'identité communautaire

**Contribution de P. Hancart Petitet :**

**« Transformations contemporaines des savoirs et pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry » (pp.195-214)**

En Inde, malgré une tendance à la bio médicalisation et de la standardisation des soins obstétricaux, en particulier dans certains États, de nombreuses femmes continuent d'accoucher à domicile avec l'aide d'une matrone. Dans les zones rurales desservies par les services biomédicaux ce choix de recours est aisément explicable. Cependant, en ville, où les soins fournis par les maternités publiques sont géographiquement et économiquement accessibles certaines femmes enceintes (ou leur famille) optent pour des soins d'accouchement à domicile. C'est ce « système de naissance » que ce chapitre propose d'explorer à partir du portrait de Satchadie, une matrone exerçant en milieu urbain au Tamil Nadu, un État de l'Inde du Sud. A partir d'études de cas ethnographiques, ce chapitre décrit la façon dont cette matrone intègre, devant les changements observés ou recommandés par les formateurs biomédicaux, les différentes composantes de l'action de soin — le contexte, le produit, la pratique antérieurement pratiquée, la pratique apprise et la demande de la patiente — afin de recomposer une pratique de soin la mieux adaptée à une situation, à une patiente et à un temps donnés.

► Bila B, Kouanda S, Desclaux A, 2008. — « Des difficultés économiques à la souffrance sociale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso ». *Cahiers Santé*, 18(4) [paru en 2009], pp. 187-191

*Résumé* : Une étude qualitative, réalisée fin 2006, montre qu'au Burkina Faso de nombreuses personnes vivant avec le VIH (PvVIH) et placées sous traitement antirétroviral (ARV) expriment des difficultés à faire face aux frais liés à leur prise en charge. Cette analyse anthropologique explicite leurs perceptions, les causes et les répercussions sociales de ces difficultés économiques. Cette recherche a reposé sur des entretiens semi-structurés auprès de 35 personnes infectées par le VIH, contactées à travers des structures de prise en charge à Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Ouahigouya. Les entretiens enregistrés et transcrits ont été indexés puis traités. Même lorsqu'elles ne devaient pas payer le traitement ARV, presque toutes les personnes interrogées expriment des difficultés à faire face aux frais de suivi bioclinique, de transport ou d'autres dépenses. Ces difficultés arrivent alors que les PvVIH ont déjà été éprouvées financièrement du fait de la longueur, de la complexité et du caractère onéreux des itinéraires thérapeutiques avant le test qui a permis de diagnostiquer l'infection à VIH. Les nouvelles exigences alimentaires associées au traitement ARV augmentent également leurs dépenses. De plus, les difficultés professionnelles, souvent induites par la maladie (baisse des rendements au travail, incapacité à travailler, perte d'un emploi), ont déjà réduit les revenus des personnes lorsqu'elles sont mises sous traitement. Il ne leur est pas facile de retrouver des ressources équivalentes à celles dont elles disposaient avant la maladie, même lorsque le traitement leur permet de retrouver une activité professionnelle. Un point important reste l'épuisement financier qui conduit à la fréquente exclusion des PvVIH de leurs anciens réseaux de solidarité, notamment parce qu'elles ne peuvent plus participer aux contributions collectives ou rendre ce qui leur a été donné lorsqu'elles étaient dans une situation de dépendance absolue. L'analyse de ces discours montre la pertinence de la notion de « souffrance sociale » pour rendre compte des effets sociaux provoqués par les difficultés économiques de nombreuses PvVIH sous traitement ARV, même quand celui-ci est subventionné.



► P. Cathébras, 2009. — « Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie » *La Revue du rhumatisme*, 76 : 517-521.





► Desclaux A., Msellati P., Walentowitz S., 2009. — Women, Mothers and HIV care in resource-poor settings. Introduction to special issue, *Social Science & Medicine*, 69(6):803-806

► Msellati P., 2009. — « Improving mothers' access to PMTCT programs in West Africa: A public health perspective. » *Social Science & Medicine*, 69(6):807-812

*Résumé* : Despite technical means and apparent political will, the percentage of pregnant women involved in preventing mother-to-child transmission (PMTCT) interventions is not increasing as fast as public health authorities would expect. This is even more striking when compared to the scaling up of access to antiretroviral treatment. It seems important to analyze the successes and failures of the programs and the “scaling-up” of PMTCT programs. This is a major issue for women at two levels: women are very concerned about the health of their children, and they are the ones who implement prevention in collaboration with health services. A review of achievements and failures described from a public health perspective may lead to greater understanding of the social aspects involved in PMTCT program achievements and failures. This paper is based on the combination of a literature review and empirical evidence collected during 15 years of PMTCT implementation, childcare research and treatment programs in West Africa. The analysis aims to identify the social issues that explain the gap between PMTCT program aims and achievements in order to encourage research in the social sciences regarding relationships between mothers and the care system. We find it is possible to build programs at the national level that have a high degree of acceptance of testing and intervention, with a progressive decline in HIV infection among children. However, many obstacles remain, highlighting the necessity to broaden access to HIV screening, develop mass campaigns on testing for couples and improve HIV care and training for caregivers. Because HIV-infected pregnant women are experiencing great psychological distress, healthcare providers must use an approach that is as friendly as possible.

► Desclaux A., Alfieri C., 2009. — « Counseling and choosing between infant-feeding options: Overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon). » *Social Science & Medicine*, 69(6):821-829

*Résumé* : As part of prevention of HIV mother-to-child transmission (PMTCT) strategies, HIV-positive women are asked to choose between two options regarding infant feeding: replacement feeding or exclusive breastfeeding with early weaning. Health services must offer women counseling, guidance, and support to enable them to make an informed choice. This article aims to shed light on the content of counseling and its adaptation to local situations, including women's perceptions, in three resource-poor countries with different infant feeding patterns (Burkina Faso, Cambodia, and Cameroon). The qualitative study included observations in health facilities and interviews with HIV-positive mothers and health workers. The results show that counseling practices vary, including prescriptive counseling proposing only one option to all women, an option based on the mother's economic level assessed by health care providers, and the choice between options. While health workers consider economic aspects first, women mostly consider social aspects related to the risk of being stigmatized as a “bad mother” or as HIV-positive. Overall trends identify some limits to counseling effectiveness when considering women's perceptions and needs, such as: the content of information provided by health care providers, duration and timing of counseling, discrepancies between information provided during counseling and from the health system, and ranking of preventive options by health workers. Women's agency for feeding choices is related to local practices and local authorities' abilities to provide more or less comprehensive counseling based on the organization of the health and aid system. Local practices also depend on institutions' interpretations of international recommendations based on public health considerations regarding standard of care and women's and the health system's respective responsibilities. Beyond structural constraints that hinder the adoption of preventive infant feeding patterns, addressing these issues may help improve counseling practices.

► Bila B., Egrot M., 2009. — « Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso. » *Social Science & Medicine*, 69(6): 854-861

*Résumé* : Anthropological research in Burkina Faso indicates that more HIV-positive women than HIV-positive men are attending care facilities for people living with HIV/AIDS (PLWH) and accessing antiretroviral medicine. This article, situated in the field of study of interactions between gender and AIDS, offers a description of this asymmetry and an anthropological analysis of the socio-cultural determinants, through analysis of data from ethnographic research among PLWH and health actors. Examining social representations of femininity and masculinity in Burkinabe society and the organisation of the healthcare system in connection with gender shed light on the decision-making processes of both sexes around therapeutic choices and the itinerary of care. On the one hand, the social values attached to femininity, maternity and the status of wife create conditions for women that favour their attendance at care facilities for PLWH and encourage a widespread practice where wives take the place of their husbands in healthcare queues. Moreover, health policies and the effects of women's empowerment within the healthcare system strengthen women's access to health services. On the other hand, representations of masculinity are fully implicated in the cultural construction of men's reluctance to attend care facilities for PLWH. The values associated with this masculinity cause men to run great health, economic and social risks, not only for themselves, but also for their wives and children. By better understanding the interaction between gender, the experience of HIV and the institutional organisation of healthcare, we can identify ways to reduce men's reluctance to attend care facilities for PLWH and improve both prevention and treatment-oriented programmes.

- Tijou Traoré A., Querre M., Brou H., Leroy V., Desclaux A., Desgrées-du-Loû A., 2009. — « Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast » *Social Science & Medicine*, 69 (6):830-837

*Résumé* : In Sub-Saharan Africa, prevention of HIV pediatric infection due to breastfeeding requires turning to alternatives to prolonged breastfeeding: artificial feeding or exclusive breastfeeding with early weaning. Choosing a preventive option and applying it does not only depend upon the mother but also on the father and more specifically on couple interactions. To date, not enough studies have considered this question. In Abidjan, Ivory Coast, HIV-positive women and their infants were followed over two years in Ditrane Plus, a prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) project. Using data from this project and from interviews conducted with couples and women, we analyzed the construction of decisions and practices concerning the application of preventive infant feeding options. Differences may be found between women and men in discourses regarding their attitudes, which are in part related to their conceptions of motherhood and fatherhood. We found that when men know their wife is HIV positive and are involved in the PMTCT project, they play an active role in applying the advice received. However, women do not always need the support of their spouse to undertake preventative behaviour. The project team also plays an important role in the adoption of such by women and men. The implementation of preventive options is a complex process in which three groups of actors (women, men and the project team) interact. In order to optimize PMTCT programs for couples, it is essential that this dynamic be taken into account.

- Pellegrini I., Sarradon-Eck A., Ben Soussan P., Lacour A.-C., Largillier R., Tallet A., Tarpin C., Julian-Reynier C., 2009. — « Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view ». *Psycho-Oncology* (DOI 10.1002/pon.1593)

*Résumé* : L'article présente les résultats d'une étude conduite auprès de femmes traitées par tamoxifène (médicament ayant une action anti-ostrogénique, provoquant des effets indésirables comparables à la ménopause), en adjuvant, pour un cancer du sein, dont l'objectif était d'analyser comment leurs représentations du médicament et leur expérience des effets indésirables influencent l'observance du traitement. Il souligne les dimensions symboliques autour de ce médicament perceptibles dans la confusion que font les femmes entre "hormone" et tamoxifène (qui a une activité anti-hormonale), et dans le paradoxe d'avoir à prendre un médicament qui les maintient en vie tout en ayant des effets "vieillissant" (ménopausant).



- Sarradon-Eck A., 2009. — « Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps », in Cousson-Gélie F., Langlois E., Barrault M. (dir.), *Faire face au cancer. Image du corps, image de soi*, Tikinagan, pp. 273-300

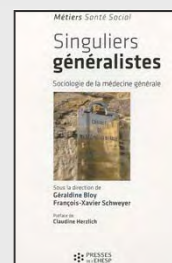


*Résumé* : Les représentations et théories profanes du malheur dans les sociétés occidentales accordent une place importante à l'interprétation psychosomatique des maladies. Aucune maladie n'échappe à la mise en cause du psychisme dans sa genèse ou son évolution, et plus particulièrement la maladie cancéreuse tant cette relation de causalité est omniprésente dans les modèles étiologiques populaires. Pourquoi, dans la société française contemporaine, la maladie cancéreuse appelle-t-elle les individus malades ou bien portants à repenser l'unité fondamentale de l'être et les liens entre le corps et l'esprit ? Interroger cette interprétation du cancer, c'est explorer l'imaginaire du corps soumis à l'épreuve de la maladie. Examiner les formes de causalités mobilisées et mises en récit par les personnes, c'est analyser, au-delà des expériences singulières dont elles rendent compte, une grammaire des interactions entre psychisme et corps malade qui s'inscrit plus globalement dans une vision des rapports de l'individu à son corps et au monde culturellement déterminée. Ce texte propose donc d'examiner le modèle étiologique profane de la psychogenèse du cancer, qui attribue à une certaine activité psychique (relevant de l'esprit, de l'intelligence et de l'affectivité) l'origine ou le déclenchement de la maladie cancéreuse, en tant que construction sociale en analysant sa dynamique et les conditions culturelles de son élaboration. Il vise à explorer comment une interprétation collective du cancer peut influencer l'expérience individuelle de la maladie.

- Bloy G., Schweyer F.X. (dir), 2010. — *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes, Éditions EHESP.

- Sarradon-Eck A., « Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue », pp.99-115.

*Résumé* : En suivant l'approche « dramaturgique » théorisée par E. Goffman, l'exploration de l'espace du cabinet médical révèle comment les généralistes s'engagent dans une relation sociale – la relation médecin-patient –, maintiennent leur statut dans l'interaction, et se positionnent au sein de leur profession. Les généralistes se construisent un décor d'expert, rôle dans lequel ils sont détenteurs d'une part d'un savoir scientifique, et d'autre part d'un savoir sur le patient. En effet, ils mettent en exergue la connaissance approfondie du patient acquise au cours d'interactions répétées dans la durée avec le patient et son entourage, et la relation interpersonnelle construite au fil du temps. Cette double expertise légitime de leur point de vue la fonction de « pivot » du réseau informel de soin que beaucoup revendiquent, tout en étant ambivalents à l'égard des tâches administratives et de coordination qu'elle implique. Le second rôle que les généralistes entendent exercer est celui de médecin de famille qui a conduit la plupart d'entre eux à choisir la médecine générale et la pratique libérale en zone rurale ou semi-rurale. Proximité sociale, « don de soi », dimension relationnelle de l'activité, en sont les principales caractéristiques que l'on peut lire dans l'organisation des espaces et des temps de travail, ainsi que dans les protections symboliques et dans les défenses professionnelles que le généraliste se construit au quotidien. Les exemples de description ethnographique présentés dans ce texte n'épuisent pas les logiques sociales et culturelles sous-jacentes aux pratiques médicales que recherche l'enquête de terrain. Ils illustrent néanmoins la portée heuristique de ce type d'approche empirique qui offre les possibilités de démêler la complexité des trajectoires individuelles et les contextes d'énonciation des discours, qui permet de saisir les constituants du rôle de généraliste et les éléments composant l'identité professionnelle.



► Sarradon-Eck A., « "Qui mieux que nous?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », pp. 253-270.

L'article analyse dans un premier temps, la position des médecins face à l'option médecin référent, dispositif qui a mis en actes l'idée du généraliste-pivot avant la convention du 12 janvier 2005. Puis il documente empiriquement quelques-unes des difficultés des généralistes à occuper cette place dans le système de soins, et les analyse au travers des représentations que les généralistes se font de leur rôle et de leurs représentations du travail en équipe

☞ Une présentation de l'ouvrage complet est disponible ici :

<http://crecss.mmsch.univ-aix.fr/lettre/documents/singuliersgeneralistes.pdf>

► Desclaux A., Kouanda S., Obermeyer Makhlof C., 2010. — « Stakeholders' participation in operational research on HIV care: insights from Burkina Faso. » *Special Issue: Learning and doing: Operational research and antiretroviral treatment in Africa. AIDS, 24, S79–S85*



**Résumé :** Operational research (OR) has been identified as a key component of the scaling-up of antiretroviral therapy provision in resource-limited settings. OR is usually defined through its concern for applied issues and the participation of local stakeholders. Who the stakeholders should be or what their participation entails has seldom been precisely defined, and there are variations among guidelines about the conditions of their participation in the research process. The scope, achievements and limits of stakeholders' participation is analyzed here, with reference to an OR project on care practices for AIDS patients at various levels and in various sectors of the health system in Burkina Faso. The overall objectives of the project were to ameliorate care practices and to reinforce the collaboration between caregivers in non-governmental organizations, public, private, faith and community-based facilities. A large number of stakeholders was involved in the advisory committee and the research team and participated in the research from formulation to dissemination. This helped define research questions that were relevant for each sector and facilitate the acceptance of the study in the field. Some disadvantages also appeared, such as an overly broad scope of the project, delays in implementation, difficulties in coordination and unequal involvement of team members. The experience analysed here shows that effective participation of stakeholders at all stages can make a difference to the relevance, quality and implementation of OR. There may, in addition, be an optimal level of stakeholders' participation, both in terms of the numbers and composition of the group, beyond which disadvantages become apparent.

► Gnep Y., 2009. — « Impliquer la communauté : modalités et ambiguïtés de la participation des personnes vivant avec le VIH/sida dans la lutte contre l'épidémie en Chine ». *Perspectives chinoises, 2009/1, Numéro spécial : Facing Aids in China: Social Responses and the Cultural Politics of Knowledge/Practice in AIDS Research, pp. 8-15*

**Résumé :** Cet article analyse l'émergence de nouvelles formes de mobilisation sociale contre le VIH/SIDA en Chine, dans le cadre des changements récents de la politique de santé publique gouvernementale. Le contexte actuel d'engagement des autorités centrales chinoises et d'ouverture à l'influence du secteur de l'aide internationale encourage depuis peu les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PvVIH) à participer au processus de prise en charge et de lutte contre l'épidémie. Les impératifs de développement participatif et l'histoire du militantisme anti-SIDA qui relèvent d'une dynamique globale font intervenir une revendication démocratique que les PvVIH chinoises se réapproprient en l'adaptant à leur cause et au contexte autoritaire qui limite leur action, ou censure leur discours. Il s'agira de rappeler le contexte d'émergence de cette revendication et de mettre en lumière quelques modalités de son expression à travers l'exemple du processus de représentation des PvVIH au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA en Chine.



► Dumas C., Hancart-Petit P., Faurand-Tournaire A.-L., Desclaux A., 2009. — *Rapport final du projet de recherche ANRS 12102 « La transmission des VIH, VHB, VHC dans les lieux de soins. Dimensions socioculturelles de l'hygiène au Cambodge. », CReCSS, 214 p.*

**Résumé :** Ce projet de recherche en anthropologie vise à produire des connaissances sur la transmission iatrogène des VIH, VHB, VHC en s'intéressant aux dimensions socioculturelles de l'hygiène au Cambodge. Les modalités de la transmission nosocomiale des VIH, VHC et VHB, estimée importante au Cambodge, et les logiques socioculturelles sous-jacentes qui la favorisent sont assez mal connues et peu étudiées. Ce travail vise à décrire et analyser : la diversité des pratiques d'hygiène en vigueur dans divers lieux de soins ; les représentations locales de l'hygiène et son impact sur les rapports entre soignants et patients ; les perceptions par les soignants du risque infectieux qui le menacent et qui menace les malades.

Quatre enquêtes spécifiques ont été menées au cours de ce projet :

Les *kamacor* dans l'hôpital cambodgien. Ethnographie des ouvriers de nettoyage autour des notions socioculturelles de l'hygiène dans un service de maternité à Phnom Penh (Céline Dumas).

Accouchements en milieu hospitalier et risque infectieux au Cambodge. Une approche anthropologique (Anne Laure Faurand-Tournaire).

Dimensions socioculturelles de l'hygiène en santé de la reproduction au Cambodge (Pascale Hancart Petit).

Représentations du risque, de la maladie et de la prévention (professionnels de santé, hépatites, normes d'hygiène) (Céline Dumas).

La recherche est basée sur des enquêtes ethnographiques approfondies, réalisée dans deux hôpitaux de Phnom Penh, dans des lieux de soins provinciaux ou encore dans des lieux de soins informels. Ainsi, cette recherche a été menée principalement en milieu hospitalier (service de médecine générale ou infectieuse, maternité), mais également dans des centres de santé primaires et dans des cliniques ou consultations privées



de soins (thérapeutes traditionnels, matrones).

Ce travail met en avant la disparité des conditions matérielles de la mise en pratique de l'hygiène en fonction des lieux de soins et des connaissances sur l'hygiène des soignants exerçant dans ces différents lieux. Au-delà de ces critères structurels, de nombreux autres critères doivent être pris en compte dans la mise en place de l'hygiène dans les lieux de soins au regard des résultats de cette étude : le manque de visibilité et de valorisation des tâches en lien avec l'hygiène, l'organisation sociale (formelle et informelle) dans les structures de soins, l'organisation du travail soignant (hiérarchisation médicale et sociale), le rapport de pouvoir dans la relation soignant-soigné, les représentations du risque infectieux dans la pratique soignante.

La production de connaissances socio-anthropologiques de cette recherche permet de mieux comprendre les logiques qui façonnent le système de soins cambodgien.

► **Couderc M., 2010. — « La pratique ethnographique à l'épreuve de l'éthique biomédicale. Usages, limites et ajustements de la procédure de « consentement éclairé » in Chabrol F. & Girard G. (dir.), *VIH/sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*. ANRS, Coll. Sciences Sociales, pp.59-86.**

*Présentation de l'ouvrage par l'éditeur* : Exposer les difficultés rencontrées pour mener à bien son enquête de terrain, qu'elles soient d'ordre méthodologique, éthique ou politique ne va pas de soi. C'est pourtant un exercice essentiel dans le processus de connaissance en sciences sociales. Les contributions des jeunes chercheurs réunies dans cet ouvrage ont toutes en commun d'aborder les enjeux du VIH à travers des approches qualitatives. Cette démarche d'enquête les a conduit à questionner, individuellement, puis de façon collective leur implication et leur positionnement sur le terrain. Et en somme, par delà la diversité des thèmes et des contextes, ces articles reflètent des manières de s'engager, via la recherche, en vue de produire des données utiles pour tous les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH-sida.

*Résumé de la contribution* : De plus en plus fréquemment, les chercheurs en sciences sociales qui travaillent sur des questions de santé doivent soumettre leur projet de recherche à l'évaluation de comités d'éthique, fondée sur l'éthique de la recherche médicale et souvent réduite à l'obligation d'obtenir un consentement préalable des participants à la recherche. Cet article s'appuie sur une enquête ethnographique menée au Sénégal (2005-2006) dans le cadre d'une thèse sur les dimensions socioculturelles de la recherche clinique sur le VIH, qui a mis en application les recommandations de deux instances éthiques (charte ANRS/comité national d'éthique du Sénégal). Il interroge les conséquences de l'application de la procédure du « consentement éclairé » sur la pratique ethnographique et analyse les contraintes formelles (modification du discours des informateurs et impossibilité d'obtenir un consentement pour chacun d'eux, altération de la qualité de la relation d'enquête, etc.), auxquelles l'auteure s'est retrouvée confrontée. Ce questionnement, élargi au dispositif d'information des participants en général, permet de souligner les difficultés d'application du cadre éthique recommandé, et d'élaborer les contours de principes éthiques plus contextualisés.



# Informations utiles IFEHA/GReCSS

## ► Rappel des coordonnées de l'IFEHA/GReCSS

IFEHA/GReCSS  
MMSH  
5, rue du Château de l'Horloge  
13094 Aix-en-Provence cedex 2 - France

Bureau A284  
Courriel : [secretariat.pas@mmsh.univ-aix.fr](mailto:secretariat.pas@mmsh.univ-aix.fr)  
Tél. : 00.33(0)442.524.934

## ► Secrétariat de l'IFEHA/GReCSS

Des contraintes extérieures nous privent de secrétariat jusqu'à nouvel ordre.



## Direction de la publication

Alice Desclaux

Jean-Luc Bonniol

## Rédaction

Claire Beaudevin

Jean-Luc Bonniol

Mathilde Couderc

Alice Desclaux

Pascale Hancart Petitet

Susann Huschke

Aline Mercan

Sandrine Musso

Ashley Ouvrier

Aline Sarradon-Eck

Khoudia Sow

## Composition

Claire Beaudevin

## Vous souhaitez...

signaler un changement de courriel

vous abonner / désabonner

nourrir les colonnes de *La Lettre du GReCSS* :

**une seule nouvelle adresse :**

**[lettre.grecss@gmail.com](mailto:lettre.grecss@gmail.com)**

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

## Instructions aux auteurs et correspondants

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

**Pour vos envois d'informations, merci de bien vouloir :**

- leur joindre les logos des institutions concernées, ou toute iconographie pertinente, de préférence au format jpeg.
- mettre en forme vos documents personnels en police arial 9, simple interligne, sans espace entre les paragraphes.