



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

74 | 2008
74

Prix de thèse AMADES 2007



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/500>

DOI : 10.4000/amades.500

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2008

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

« Prix de thèse AMADES 2007 », *Bulletin Amades* [En ligne], 74 | 2008, mis en ligne le 01 juin 2009, consulté le 14 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/500>

Ce document a été généré automatiquement le 14 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Prix de thèse AMADES 2007

- 1 Le prix de thèse amades 2007 a été attribué à **Guillaume LACHENAL** pour sa thèse « *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994. Technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve* », Thèse d'épistémologie, histoire des sciences et des techniques, Université Paris7
- 2 Nous remercions tous les candidats qui ont brillamment participé à l'édition 2007 du prix qui concernait les thèses soutenues durant l'année 2006.
- 3 Nous remercions également le jury de l'édition 2007 composé de Sylvie Fainzang, Janine Pierret, Emmanuelle Simon, Yannick Jaffré et Dominique Desplats.
- 4 En 2008, le prix est reconduit, pour la quatrième année consécutive et connaît un vif succès auprès des impétrants.
- 5 Nous reproduisons dans les colonnes du bulletin les résumés des thèses ayant concouru.

« *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994. Technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve* », Guillaume Lachenal, Université Paris 7

- 6 Dans les anciennes colonies françaises d'Afrique sub-saharienne, la décolonisation s'est manifestée d'une manière bien étrange sur le plan médical : les médecins coloniaux français, au lieu de « rentrer à la maison » au moment des indépendances, ont au contraire vu leur nombre augmenter en Afrique pendant les années 1960 et 1970. C'est paradoxalement après les indépendances, à travers le système de la Coopération, que la médecine coloniale française a connu son âge d'or. Un paradoxe qui dit beaucoup de la manière dont la médecine a constitué, pendant et après la période coloniale, un lien solide et ambivalent entre la France et l'Afrique. Ce travail explore les différentes dimensions de ce lien, à travers une série d'études ancrées dans une ancienne colonie française, le Cameroun. La démarche choisie emprunte à l'histoire sociale des sciences, à l'anthropologie de la médecine et à la micro-histoire.

- 7 La première partie concerne la période souvent considérée comme celle qui annonce la « décolonisation », entre 1945 et 1960. Cette période voit la France mener au Cameroun une action à la fois violente (par la répression sévère des mouvements indépendantistes) et particulièrement volontaire en ce qui concerne la politique sociale et sanitaire. Pour étudier les tensions qui travaillent ce moment, une approche originale est utilisée : l'étude de la biographie d'un médicament massivement utilisé au Cameroun pendant les années 1950 dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil, la Lomidine. Ce médicament, dangereux et peu efficace, a provoqué accidents tragiques et révoltes populaires, tout en suscitant la ferveur des médecins coloniaux : sa « biographie » sert de point d'entrée pour étudier les ambitions et les ambivalences parfois tragiques du « colonialisme modernisateur ». Entre optimisme réformateur et réaction coloniale, l'action médicale incarne une époque ambiguë, loin de constituer une transmission du pouvoir planifiée et pacifique.
- 8 Le deuxième axe de recherche a concerné le rôle des médecins français et camerounais dans la décolonisation proprement dite, c'est-à-dire dans la négociation de l'indépendance entre la France et l'élite camerounaise. La médecine fut au Cameroun un domaine éminemment politique. La profession médicale a notamment contribué à inspirer, au moment de l'indépendance, la redéfinition officielle du lien colonial franco-camerounais comme une relation conjuguée au futur de la décolonisation, et fondée sur la fraternité et l'aide technique et scientifique. Omniprésent sur la scène politique au moment de l'indépendance (1960), le corps médical franco-camerounais a joué un rôle privilégié dans l'imagination et l'organisation des relations postcoloniales entre la France et le Cameroun dans le cadre du système de la « Coopération ». Pour le saisir, la thèse s'arrête sur les commémorations dont le personnage d'Eugène Jamot, le « héros » de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun a fait l'objet au moment de l'indépendance, de la part des pouvoirs coloniaux mais aussi des élites camerounaises.
- 9 La troisième partie analyse le fonctionnement de la « Coopération » après l'indépendance (1960-1994). Elle s'organise autour de l'ethnographie historique d'une institution de recherche médicale liée à la France, l'Institut Pasteur du Cameroun, qui associe expatriés français et personnel camerounais. Vue depuis les laboratoires, la décolonisation des pratiques médicales et scientifiques ne se fait pas sans contretemps. Au quotidien, les intentions généreuses s'articulent aussi à la reproduction des visions et des divisions raciales héritées de la médecine coloniale. La coopération médicale, en France et en Afrique, devient par ailleurs un enjeu politique majeur, géré au sommet des Etats. L'affirmation de médecins camerounais et la « camerounisation » de l'institution ne se fait donc pas sans conflits, sans difficultés : à travers cette histoire, c'est l'itinéraire de la mondialisation et de la « créolisation » de la science biomédicale qu'il est possible d'interroger.

Les soins palliatifs en équipe mobile : de la dénaturation à la reconfiguration d'un modèle, Emilie Legrand, Université de Rouen

- 10 Cette thèse s'inscrit dans la continuité d'une tradition d'étude sociologique portant sur la mort et plus particulièrement sur la fin de vie telle qu'elle se déroule dans le

contexte des soins palliatifs, dispensés dans une configuration organisationnelle innovante : une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

- 11 La question transversale de ce travail consista à se demander dans quelle mesure un système organisationnel est susceptible d'induire – ou pas – une construction différente de l'objet soins palliatifs.
- 12 Au terme de cette recherche, il apparaît qu'un modèle de soins, ici le modèle canonique des soins palliatifs, se trouve dénaturé puis reconfiguré lorsqu'il se trouve mis à l'épreuve, en raison d'une part, des contraintes organisationnelles, et d'autre part du développement de stratégies de légitimation, dont les modalités et le contenu changent pour que les soins palliatifs puissent intervenir en « externe » (dans les services référents).
- 13 Ce qui nous conduit à postuler en faveur de l'émergence d'un segment plus souple, en regard du segment orthodoxe dominant dans le modèle canonique, dans le monde social des soins palliatifs, qui s'est construit au travers d'ajustements et de compromis par rapport au modèle d'origine. C'est donc une version plus modeste des soins palliatifs qui s'est développée, mais qui semble plus facilement conciliable et transposable dans les services référents.
- 14 Il apparaît alors que dans cette forme organisationnelle, le modèle canonique des soins palliatifs a été dénaturé – largement réduit à l'aspect technique – puis reconfiguré – plus proche du modèle dominant classiquement dans les services de soins (silence au mourant par exemple) – pour être plus acceptable par l'institution hospitalière. Ce qui signifie, et c'est l'un des apports centraux de cette thèse, que, de façon paradoxale – et alors que l'objectif initial du mouvement des soins palliatifs était de faire de la mort une préoccupation centrale, voire de proposer un nouveau modèle de ritualisation – celle-ci continue d'être escamotée.

Immigration, médicalisation et changement social entre les Soninke : le cas de Dramane (Mali), Berta Mendiguren, Université Rovira i Virgili (Taragone)

- 15 Les mouvements migratoires constituent un phénomène structural au sein de la société soninké de la Région de Kayes (Mali), affectant les principes fondamentaux de son système culturel. Un des mécanismes à travers lesquels cette société tente de réguler le changement social provoqué par la migration est la médicalisation.
- 16 Le système sanitaire malien, basé sur les Soins de Santé Primaires, est beaucoup plus développé dans la Région de Kayes, et ceci grâce aux ressources envoyées par les immigrés installés en France. Ce qui permet donc, une prolifération des centres de santé dans leurs villages d'origine. Cependant ce système se confronte dans cette Région, à un phénomène de saut de niveau dans la pyramide sanitaire, causé par les parents des immigrés soninké qui refusent de se faire soigner dans les centres de santé communautaires de leur zone sanitaire pour des maladies qui devraient être traités à ce niveau. Parallèlement, ils surchargent les services d'Urgences des Hôpitaux et Cliniques Privées de la capitale. Ce phénomène, si simple en apparence, se nourrit d'une multiplicité de facteurs générateurs parmi lesquels on peut signaler : la lutte entre les pouvoirs traditionnels au sein de la société soninké ; le développement de l'émancipation de la femme en milieu rurale (le saut de niveau concerne surtout les

femmes soninké en âge de procréation) et les rivalités entre co-épouses dérivées de la polygynie, accentuées par l'absence de leur mari en immigration ; le conflit entre les différentes conceptions de la biomédecine – celle qui veut développer l'Etat sous la surveillance du FMI et des pays donateurs, et celle transmise par le témoignage des immigrés en Europe – ou l'intérêt des immigrés (en Europe et à Bamako) de rester en contact avec leurs villages d'origine à travers de leur implication dans les processus santé/maladie/soins.

- 17 L'étude du processus d'institutionnalisation de la biomédecine dans une communauté rurale soninké de l'Ouest du Mali (zone sanitaire de Dramane) nous a permis d'appréhender comment cette société s'approprie ledit processus pour gérer ses propres fractures sociales, ses rivalités actualisées par l'immigration, et comment chaque acteur social se sert de son implication solidaire dans les processus santé/maladie/soins pour rééquilibrer sa position sociale.

L'application de la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDAW) en Amérique Latine : le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie, Virginie Rozée, Université de Paris 3

- 18 L'étude doctorale consistait, à partir d'une question théorique (l'injonction internationale en matière de droits humains des femmes), à observer dans les réalités politiques et sociales l'application, les répercussions et la réappropriation des principes de la Convention étudiée en Amérique Latine en général, concernant les droits reproductifs et sexuels en Bolivie en particulier. Cette thèse repose essentiellement sur une étude de terrain de 5 ans, menée dans un premier temps à Buenos Aires, Montevideo et Lima, où furent rencontrés et observés de nombreux groupes de femmes pour se familiariser et se sensibiliser à la question des femmes dans la région ; puis, dans un deuxième temps en Bolivie où nous sommes restée plus de trois ans. Cette recherche, qui s'inscrit dans la sociologie de la santé, la science politique, les études de genre et l'anthropologie, est le résultat de nombreux entretiens menés auprès d'une centaine d'acteurs et actrices politiques, sociaux et médicaux, au sein de la société civile organisée, d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et internationales implantées en Bolivie. Elle est également le fruit de conversations et d'observations participantes dans les services gynécologiques et obstétricaux d'hôpitaux publics de La Paz et El Alto, où nous avons rencontré plus de 180 femmes hospitalisées, parturientes et consultantes extérieures. Nous avons parallèlement organisé des ateliers sur le thème de la santé féminine et maternelle dans des groupes de femmes de La Paz et El Alto.
- 19 Cette investigation a montré et surtout rappelé que les femmes pacéniennes et alténiennes consultées étaient en permanence soumises à des dominations politiques, sociales, culturelles et médicales qui ne leur permettaient pas de décider de leur vie reproductive et sexuelle : les politiques mises en place, soumises en permanence à des pressions financières et idéologiques, n'abordent pas le thème de façon intégrale, et s'intéressent principalement au binôme « mère-enfant » ; les droits reproductifs et sexuels sont liés aux conditions socioéconomiques et éducatives des femmes, au

système de genre basé sur la domination masculine, et sont exposés à des dépréciations culturelles ; en imposant des choix, en ne respectant pas les attentes des patientes, notamment celles qui reposent sur les préférences culturelles, et le libre choix informé, l'attention médicale réduit l'autonomie et la liberté des femmes quant à leur sexualité et leur reproduction. Cette étude a souligné que le rôle reproductif des femmes, pourtant entités complexes et plurielles, restait une source de discrimination. La domination masculine et l'image de la « mère-épouse » imposée par la société, la norme politique, la religion et par les femmes elles-mêmes, condamnent ces dernières à négliger leur propre santé, les rend totalement responsables de la reproduction, sans pour autant les considérer comme les principales arbitres de leurs corps. Parallèlement, la reproduction et la sexualité des femmes, à travers l'exercice de leurs droits reproductifs et sexuels, pourraient être des facteurs d'émancipation : à de plus amples liberté et autonomie reproductives et sexuelles correspondent un meilleur pouvoir d'agir (*empowerment*) éducatif, socioéconomique et politique. Grâce à la mobilisation de la société civile organisée, à la pression internationale, aux enquêtes qui dénoncent une réalité sociale *inquiétante vis-à-vis* de la santé reproductive et sexuelle des femmes, la Bolivie fait preuve d'avancées en matière d'énoncés politiques relatifs à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité. Cependant, ces progrès normatifs ne sont pas toujours accompagnés des conditions politiques, économiques, sociales et culturelles nécessaires à leur application. Il existe donc un certain décalage entre les exigences politiques et la nécessité sociale, entre les aspirations de la population et ce qu'elle rencontre comme opportunités, entre la reconnaissance et la négation des droits reproductifs et sexuels des femmes boliviennes.

***Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins.
Étude en France métropolitaine et en Guyane française,
Estelle Carde, Université Paris XI***

- 20 Le résumé de la thèse d'Estelle Carde a été publié dans le N° 69 (décembre 2006) du Bulletin d'AMADES.
- 21 Une partie des résultats et réflexions développées dans cette thèse sont insérés dans le dossier qu'elle a rédigé pour ce numéro.