

# **Producing knowledge, governing populations**

## **Anthropology, science studies and health policies**

*International Symposium*

Lyon, ENS

10 - 13 September 2013

### **Organizers**

Charlotte Brives (LAM – UMR5115), Frédéric Le Marcis (IRD & ENS-Lyon) & Josiane Tantchou (LAM-UMR5115)

### **Scientific Committee**

Jean-Pierre Dozon (EHESS), Didier Fassin (IAS of Princeton & EHESS), Wenzel Geissler (U. Oslo & LSHTM), Marc-Eric Gruénais (U Bordeaux), Bruno Latour (Sciences Po – Paris), Anne-Marie Moulin (CNRS), Vinh Kim Nguyen (U Montréal), Kaushik Sunder Rajan (U. Chicago), Laurent Vidal (IRD)

Research in what is called the anthropology of health (in France) and medical anthropology (in the English speaking world) share a common concern for how bioscience, biotechnology, and biomedicine raise issues at the heart of contemporary society. Francophone and Anglophone anthropologists have worked theoretically side by side (but sometimes in ignorance of each other) to examine health inequalities, patterns of resort, pharmaceutical developments, public health policies, interventions on populations. They have placed the body in context and decentered biomedical notions of health and illness as they have revealed changing definition of old age and death or the patenting of life. These developments index a transforming relationship between humanity and health, one made visible in the relationship between subjectivity, misfortune –embodied or not – and the forms of political engagement these incite. This research, sensitive to how life is not at the heart of our ways of thinking and doing politics, remains haunted by Foucault’s works on biopower and, increasingly, the care of the self.

Science and technology studies (STS) has over the past 30 years shown how scientific production creates new standards and values, how such works fans out through complex networks, each time redefining the world in which we live. STS research on biomedicine has also grown, but often isolated from conversations and debates in the anthropology of health and medical anthropology. These two disciplinary solitudes (medical anthropology and STS) have been maintained by critics that accuse STS of inadequate fieldwork and a heavy-handed approach to forcing data to fit pre-established theoretical framework, or critics of medical anthropology who complain that rich accounts of local illness knowledge and practice are too often opposed to a monolithic and “black-boxed” version of biomedicine. Yet can we still do without a real exchange between these two disciplines?

While the paradigm of evidence-based medicine seems to enjoy unquestioned legitimacy today, everyone agrees that this legitimacy is the byproduct of ongoing work engaging life

sciences experts, health specialists and of the mobilization of social and political dynamics. Thus evidence-based medicine is the result of an effort which, although taking the appearance of evidence, is the result of a process aiming at building its own legitimacy. Based on processes rather than given facts, evidence-based medicine is at the heart of the debate we hope to develop during this meeting. The foundations of such omnipresence of evidence-based medicine has to be studied, in that it allows the understanding of the logic of practices associated with it in contemporary societies. The primary objective of this conference is therefore to open, or rather to broaden, the space for exchanges between anthropology of health and science studies around evidence based-medicine: what are its contributions, its limitations, but also its constraints? How does it produce, impose or recompose within its everyday activities norms and standards of care? How does it redefine our conceptions of health, body and ailments afflicting us? How does it change our system of values? How does it influence the politics defining policies implemented within our health systems?

As a rough guide we suggest three main questions that will define our meeting. Although we invite papers to enroll concerning these three questions, they are far from exhaustive.

### **Making evidence**

In most developing countries research activities are conducted within health systems. Clinical trials, scaling up interventions, and various tests and trials are inscribed into multiple dimensions. On the one hand they take part in the production of knowledge at a global level and turn research frameworks into spaces within which many questions are examined. Furthermore, this knowledge produced by researchers from the South (often in collaboration with researchers from the North) is mobilized to help a particular policy along, to defend such or such modification of an international recommendation (e.g. WHO). The problematic link between knowledge produced in these contexts, even from an operational logic standpoint, is rarely discussed. How does one go from protocol, from a test by its very nature "beyond real life" (as scientists like to put it) to public health recommendations and to practical implementations in the field? What are the rationales at stake, what are the operations of translation? What are the negotiations involved between researchers, public health specialists and political actors from global to local stances? It seems to us quite useful to read these negotiations through the lenses of the historical development of medical evidence (Marks 1999). Trial participants are indeed people who remain with their own history and daily life. Health workers have their own conception of medicine and care, which they developed through their experiences. Political, economic and social contexts vary, so do the schools of thoughts. Within trial set ups, trajectories and ontologies are multiple and the production of facts adds further to the different social worlds into which individuals are inscribed. Therefore the issue is not only to understand the production of biomedical facts in the light of the context (presence of other types of medicines, influence of religion and of the socio-political), but also to understand how this production comes to construct ontologies, professional environments, and ways of life. What does it imply for individuals, patients or health professionals? What ontologies of the body, health or disease are emerging from these practices and what is their impact? What consequences can this specific practice of medicine have on the actors involved, willingly or not? And how can we from this questioning conceive ethics or at least try to reframe some of its foundations, or else notice some inadequacies of its standardization? It is clear from these lines that we stand here far from the reductionist label attached to science, quite the opposite. We would rather understand how a new wealth and complexity find their origins in these practices, how within the space of clinical trials it is not so much the opposition of two worldviews which is displayed, rather it is their productive encounter.

### **Making bodies comparable**

The rise of biology as a discipline, the development of statistics, and the practice of care, helped make bodies commensurable and standardizable, condition sine qua non for the development of biomedicine. However this configuration is by no means fixed. It is in fact constantly changing. Indeed, bodies are not comparable in nature and it is biomedicine's tour de force along with sciences in general to let us think they are (Latour 1997). Research carried out in Medical Anthropology highlights the idiosyncrasies peculiar to the living, and understand the materiality of the body as the product of history, social change and ongoing interactions between humans, their environment and the context in which they live, what Lock and Nguyen have summarized by forging the term "local biologies" (Lock and Nguyen 2010). When one considers human beings as unique both in terms of their genomes as in terms of their everyday experiences, there is reason to believe that the biological sciences can only produce partial pictures, snapshots of the materiality of bodies. This observation allows us to offer another reading of biomedical failures and permits a better understanding of some of the problems associated with the implementation of biomedical and clinical research results originating from different contexts. Moreover it also allows for further reflection on the consequences of the biomedicalization of life and its impact on subjectivities, on the relationship that individuals have with themselves, with their image, their body, or their identity. The question of both the commensurability of the body and the generalization of data is at the heart of the issues we wish to see addressed during our meeting: while clinical trials along with the emergence of new technologies, and biomedical experiments in general are geographically and historically situated, their results can be generalized to give rise to public health policy. We are interested in all the dimensions of this journey: how, at the experimental level, is the body turned comparable to the point of adding them up, one to another? How do we produce the data? How does one objectify the living? However, this journey cannot account for its 'success', or rather cannot give an answer the age old question "why does it work", a question we must immediately replace with "how does it work." How does one render bodies comparable? How does one produce knowledge, how does one generalize to the point of making recommendations sometimes leading to real public health policies? And what are the consequences? An approach articulating science (in its most concrete modalities) and politics (at the more global scale) is strongly expected.

### **Standardizing practices, practicing standards**

We all know that standardization is at the heart of the production of scientific statements, whether it be practices (Berg, 1997), protocols (Timmermans and Berg, 2003), or even living entities such as cells (Landecker, 2009) or organs (Hogle, 2009). This standardization aims at making facts transportable to other places, with other actors, to make them immutable mobiles (Latour). However, science studies have taught us that such standardization is never complete, never perfect. This is due to the many idiosyncrasies of the living on the one hand, and on the other to the fact that the reproducibility of a result, of a technology or statement lies foremost in the reproducibility of the conditions of their production, and therefore in the standardization of a large number of elements. Therefore, once produced, how are such data, facts, tools, technologies treated to be translated, transported, and distributed? And how are they received? Many studies in medical anthropology underline the richness and diversity of contexts in which they must take root, which sometimes means a temporary or permanent inconsistency between proposed health policies and local contexts in which we want to implement them. How are these contexts "redefined" by these policies and technologies, and with what consequences? How do experiences of populations, health, and people in the interface between science and politics fit? Of course, on this topic historians are probably better equipped than anthropologists to address this issue (Packard 1989, Vaughan 1991;

Jochelson 2001) although anthropologists are not totally out of the picture (Dozon 1985, Carton 2003). People themselves are not a passive receptacle for biomedical technologies, practices, or even health policies, policies that carry the characteristic of being based on a type of amnesia when people on their side do remember (Fassin 2006). Today's recommendations may be echoing previous policies (i.e. indoor residual spraying and community mobilization in the fight against malaria). To forget this means not taking into account the history of health policies nor the memory of the people or contexts. How do patients cope with, bypass, reinvent, adapt or adjust pragmatically to implemented medical practices and technologies? How is history mobilized to understand the present? What are the continuities (or breaks) between the colonial and postcolonial eras that matter? For the African continent we invite the panelists to try and answer the question of the place and status of life science in times of necropolitics (Mbembe).

Our meeting in its purpose and questioning is inherently interdisciplinary. We claim therefore an interdisciplinary openness and invite representatives from various disciplines to propose papers (history, political science, anthropology, sociology, science studies but also clinical research, public health ...). Although the fieldwork of conference organizers mainly takes place on the African continent, papers based on other continents are most welcome.

Beyond the relevance and quality expected for papers in an international symposium, their selection will be based on the appreciation of their grounding in a real fieldwork. We give to fieldwork a broad meaning: it may be archival or ethnographic. We expect original contributions based on work in progress or recently completed. We will pay particular attention to research including a historical dimension. Indeed we consider it necessary to articulate ethnography with a reflection based over a long time period. Research based on the use of archives will therefore be most welcome.

**Deadline for abstract submission (500 words) : December 15th, 2012.**

**Notification of acceptance : March 1st, 2013**

**Deadline for papers : July 1st, 2013.**

**[colloquehssa@gmail.com](mailto:colloquehssa@gmail.com)**

# **Produire du savoir, gouverner des populations**

## **Anthropologie, science studies et politiques de santé**

*Colloque international*

Lyon, ENS

10 - 13 Septembre 2013

### **Organisateurs**

Charlotte Brives (LAM – UMR5115), Frédéric Le Marcis (IRD & ENS-Lyon) & Josiane Tantchou (LAM-UMR5115)

### **Comité scientifique**

Jean-Pierre Dozon (EHESS), Didier Fassin (IAS of Princeton & EHESS), Wenzel Geissler (U. Oslo & LSHTM), Marc-Eric Gruénais (U Bordeaux), Bruno Latour (Sciences Po – Paris), Anne-Marie Moulin (CNRS), Vinh Kim Nguyen (U Montréal), Kaushik Sunder Rajan (U. Chicago), Laurent Vidal (IRD)

Parmi la quantité d'études produites par ce que l'on peut nommer de manière générale l'anthropologie de la santé (en France) et la medical anthropology (dans le monde anglosaxon), une part non négligeable d'entre elles ont en commun le fait de discuter de questions inscrites au cœur de nos sociétés contemporaines. Sur des terrains diversifiés au Nord comme au Sud, l'anthropologie étudie les inégalités face à l'accès aux soins, les parcours thérapeutiques multiples, la production de molécules par l'industrie pharmaceutique, les politiques de santé publique, la gestion des populations, mais aussi la conception des corps, de la santé et de la maladie, les redéfinitions de la vieillesse et de la mort eu égard aux avancées scientifiques, ou encore le brevetage du vivant. Ces développements récents embrassent différentes dimensions du rapport de l'homme à la santé. On peut ainsi citer les dimensions les plus intimes du rapport à la maladie ou au malheur et à ses définitions biomédicales (dimensions subjectivantes, déplacement des frontières délimitant ce qu'est la vie, la mort ou la filiation), et les formes d'engagement politique qu'elles induisent (biosocialités). Il convient également de souligner l'importance des travaux d'inspiration foucauldienne et interrogeant le fonctionnement des biopolitiques où la façon dont une définition de la vie est à présent au cœur de notre façon de penser et de faire le politique.

D'un autre côté, les réflexions menées depuis maintenant plus de 30 ans par les tenants des Science studies sont riches, et les travaux sur la biomédecine, de plus en plus nombreux, permettent de comprendre comment les productions scientifiques créent de nouvelles normes et de nouvelles valeurs, et les diffusent au travers de réseaux complexes, redessinant chaque fois le monde dans lequel nous vivons. Les critiques sont souvent simplistes entre les tenants de l'une ou l'autre des approches : les *science studies* ne feraient pas assez de terrain et feraient « violence » aux données en leur imposant un cadre d'analyse pré-établi, alors que

l'anthropologie médicale ne ferait qu'opposer au savoir profane une biomédecine plus fantasmée que réelle, sans jamais interroger les logiques et les conditions de la production du savoir biomédical. Pourtant, pouvons-nous encore aujourd'hui faire l'économie d'un véritable échange entre ces deux courants ? En effet, si le paradigme de l'evidence-based medicine semble bénéficier aujourd'hui d'une légitimité incontestée, tout le monde s'accorde à dire que cette légitimité fait l'objet d'un travail de reconstruction permanent, engageant experts en sciences du vivant et de la santé et mobilisant dynamiques sociales et politiques. L'evidence-based medicine fait donc l'objet d'un *travail* qui, quoique prenant l'apparence de l'évidence, n'apparaît telle qu'en raison d'une légitimité toujours menacée. Processus plutôt que donnée, l'evidence-based medicine est au cœur de la réflexion que nous souhaitons voir se développer dans cette rencontre. Les fondements mêmes d'une telle omniprésence de l'evidence-based medicine doivent être étudiés, en ce qu'ils permettent de comprendre les ressorts des pratiques qui y sont liées dans les sociétés contemporaines. Ce colloque se donne donc comme objectif principal d'ouvrir, ou plutôt d'élargir un espace d'échanges entre tenants de ces deux courants que sont l'anthropologie de la santé et les *science studies* autour de l'evidence based-medicine : quels sont ses apports, ses limites, mais aussi ses contraintes ? Comment vient-elle chaque jour produire, imposer ou recomposer les normes et les standards de soins, redéfinir nos représentations de la santé, du corps, des maux qui nous affligent ou changer nos systèmes de valeur ou les politiques qui définissent les actions mises en place par nos systèmes de santé ?

Nous proposons à titre indicatif trois grandes questions qui structureront notre rencontre. Si nous invitons les communications à s'inscrire dans ces trois questions, celles-ci ne sont pour autant pas limitatives.

### **Produire des données « scientifiques »**

Dans la plupart des pays du Sud on rencontre dans les systèmes de santé des activités de recherche menées en leur sein. Essai clinique, essai opérationnel de mise à l'échelle, ces divers essais s'inscrivent dans de multiples dimensions. D'une part ils participent à la production du savoir à l'échelle internationale. Ils font ainsi de ces cadres de recherche, d'essais, des espaces au sein desquels de nombreuses questions sont « travaillées ». D'autre part ce savoir produit par des chercheurs du Sud comme du Nord est mobilisé pour faire avancer telle ou telle politique, pour défendre telle ou telle modification d'une recommandation internationale (type OMS). Le lien problématique entre un savoir produit dans le cadre de ces essais, même dans une logique « opérationnelle » n'est que rarement discuté. Comment passe-t-on du protocole, d'un essai hors des conditions réelles, ou d'un essai opérationnel (mais par sa nature même déjà « hors de la vraie vie ») à une recommandation de santé publique et à une traduction par des pratiques sur le terrain ? Quelles logiques en jeu, quelles opérations de traduction, quelles négociations entre chercheurs, politiques du global au local et acteurs de la santé publique sur le terrain ? Lire ces négociations au regard de l'histoire du développement de la médecine des preuves (Marks 1999) nous paraît tout à fait heuristique. Les participants aux essais restent en effet des gens avec une histoire et un quotidien qui leurs sont propres, les personnels soignants ont une conception de la médecine et du soin qu'ils ont développés au travers de leur expérience, les contextes politique, économique et social varient, tout comme les traditions de pensée. Les trajectoires sont multiples, les ontologies également, et la production des faits vient ajouter encore aux différents mondes sociaux dans lesquels les individus évoluent. Il s'agit donc non seulement d'appréhender la production des faits biomédicaux en tenant compte du contexte (présence d'autres types de médecines, influence des religions, du contexte socio-politique),

mais également de comprendre comment cette production vient construire, changer ou faire évoluer les ontologies, les environnements professionnels. Que cela implique-t-il pour les individus, patients ou professionnels de santé ? Quelles ontologies du corps, de la santé ou de la maladie émergent de ces pratiques, et que viennent-elles modifier ? Quelles conséquences peut avoir cette pratique de la médecine des preuves sur les acteurs impliqués, volontairement ou non ? Et comment, à partir de ces questionnements, peut-on concevoir l'éthique ou du moins tenter d'en reformuler certains des fondements, ou relever les inadéquations de sa normalisation ? On l'aura compris, nous sommes loin ici de l'étiquette de réductionnisme accolée aux sciences, bien au contraire. Nous voudrions plutôt comprendre comment une richesse et une complexité nouvelles prennent origine dans ces pratiques, comment dans l'espace de l'essai clinique se jouent pas tant l'opposition de deux visions du monde mais leur rencontre productive.

### **Rendre les corps comparables**

Si la formation de la biologie comme discipline, alliée à l'essor de la statistique mais aussi au développement de la clinique, ont pu permettre à un certain moment une commensurabilité et une standardisation des corps, condition sine qua non du développement de la biomédecine, cette configuration n'est en aucun cas figée, et est même en perpétuelle évolution. En effet, les corps ne sont pas comparables par nature, et c'est un des tours de force de la biomédecine, et des sciences en général que de le laisser penser (Latour 1997). Les travaux menés en anthropologie de la santé mettent d'ailleurs en avant les idiosyncrasies propres au vivant, et font de la matérialité des corps le produit de l'histoire, des changements sociaux et des interactions continues entre les humains, l'environnement et le contexte dans lesquels ils évoluent, ce que Lock et Nguyen ont pu résumer en forgeant l'expression « local biologies » (Lock and Nguyen 2010). Dès lors que l'on considère les êtres humains comme uniques tant en ce qui concerne leurs génomes que leurs expériences quotidiennes, on est fondé à penser que les sciences biologiques ne peuvent produire que des images partielles, des 'snapshots' de la matérialité des corps. Ce constat permet de proposer une autre lecture des échecs et de mieux comprendre certains des problèmes posés par l'application des résultats issus des travaux de recherches biomédicales et des essais cliniques dans des contextes différents. Il permet également d'approfondir la réflexion concernant les conséquences de la biomédicalisation de l'existence et son impact sur les subjectivités, sur le rapport que les individus entretiennent avec eux-mêmes, avec leur image, leur corps, ou leur identité. La question de la commensurabilité des corps et de la généralisation des données est au cœur des questions que nous souhaitons voir abordées lors de ces journées : alors que les essais cliniques, l'émergence de nouvelles technologies, et les expérimentations biomédicales en général sont géographiquement et historiquement situées, leurs résultats peuvent se voir généralisés jusqu'à donner lieu dans certains cas à des politiques de santé publique. C'est ce parcours qui nous intéresse, dans toutes ses dimensions : comment, au niveau expérimental, rend-on les corps comparables au point de pouvoir les additionner ? Comment produit-on les données ? Comment objective-t-on le vivant ? Cependant, ce parcours ne peut rendre compte de ses 'réussites', ou plutôt ne peut permettre de donner de réponse à cette vieille question : 'pourquoi ça fonctionne', question que nous devons immédiatement remplacer par un 'comment ça fonctionne'. Comment rend-on les corps comparables ? Mais aussi comment produit-on un savoir, comment le généralise-t-on jusqu'à pouvoir faire des recommandations aboutissant parfois à de véritables politiques de santé publique ? Et quelles en sont les conséquences ? Une approche articulant sciences (dans ses modalités les plus concrètes) et politiques (à l'échelle la plus globale) est donc vivement souhaitée.

## Standardiser les pratiques

On le sait, la standardisation est au cœur de la production des énoncés scientifiques, qu'il s'agisse de pratiques (Berg, 1997), de protocoles (Timmermans et Berg, 2003) ou même d'entités vivantes telles que des cellules (Landecker, 2009) ou des organes (Hogle, 2009), et ce afin de pouvoir rendre les faits transportables dans d'autres lieux, avec d'autres acteurs, d'en faire des mobiles immuables (Latour, 1989). Cependant, les *science studies* nous ont également appris que cette standardisation n'est jamais totale, jamais parfaite, et ce en raison des nombreuses idiosyncrasies propres au vivant d'une part ; et d'autre part que la reproductibilité d'un résultat, d'une technologie, ou d'un énoncé tient avant tout à la reproductibilité des conditions de leur production, et donc de la standardisation d'un grand nombre d'éléments. Une fois produits donc, comment ces données, ces faits, ces outils, ces technologies sont traités pour pouvoir être transposés, transportés, diffusés ? Et comment sont-ils accueillis ? De nombreux travaux en anthropologie de la santé viennent nous rappeler la grande richesse et la diversité des contextes dans lesquels ceux-ci doivent prendre racine, ce qui implique parfois une incompatibilité, temporaire ou définitive, entre les politiques de santé proposées et les contextes locaux dans lesquels on veut les insérer. Comment ces contextes sont-ils « retravaillés » par ces politiques, ces technologies, et avec quelles conséquences ? Comment dans l'articulation de la science et du politique se jouent des expériences de santé de population, d'individus ? Bien sûr ici les historiens sont sans doute mieux armés que les anthropologues pour traiter de cette question (Packard 1989 ; Vaughan 1991 ; Jochelson 2001) même si les anthropologues ne sont pas totalement en reste (Dozon 1985 ; Carton 2003). Les populations elles-mêmes ne se font pas le réceptacle passif des technologies biomédicales, des pratiques, ou même des politiques de santé, politiques qui ont la particularité de reposer sur une forme d'amnésie alors que les populations, elles, se souviennent, (Fassin 2006). Les recommandations d'aujourd'hui peuvent faire échos à des politiques précédentes (comme c'est le cas pour l'aspersion intra-domiciliaire ou la mobilisation des communautés dans le cadre de la lutte contre le paludisme). Oublier cela c'est ne pas tenir compte, ni de l'histoire des politiques de santé, ni de la mémoire des populations, ni des contextes. Comment les patients résistent-ils, contournent, réinventent, s'adaptent ou s'ajustent de manière pragmatique aux pratiques et technologies médicales mises en place ? Quelles mobilisations de l'histoire par les populations pour saisir le présent mais également quelles continuités (ou ruptures) entre le colonial et le post-colonial ? Pour le continent africain on pourra tenter de répondre à la question de savoir quelle place (et quel statut) donner à la science de la vie en temps de néropolitique (Mbembé).

Notre rencontre, de par son objet et ses questionnements, est par nature interdisciplinaire. Nous revendiquons donc une grande ouverture interdisciplinaire. Nous invitons ainsi les représentants de diverses disciplines à proposer une communication (histoire, sciences politiques, anthropologie, sociologie, science studies mais également recherche clinique, santé publique...). Même si les travaux des organisateurs du colloque se déroulent pour une grande part sur le continent africain, les communications ne reposant pas sur le terrain africain sont les bienvenues.

Au-delà de la pertinence et de la qualité attendues pour un colloque international, la sélection des communications reposera sur l'appréciation de l'appui du propos sur une véritable enquête de terrain. Nous donnons au terrain une signification large : il peut aussi bien s'agir d'un terrain ethnographique ou archivistique. Nous attendons des contributions originales reposant sur des travaux en cours ou récemment réalisés. Nous accorderons une attention



particulière aux travaux comportant une dimension historique. Nous estimons nécessaire d'articuler une ethnographie du présent avec une réflexion sur la longue durée. Un travail historique reposant sur l'exploitation d'archives sera de ce fait bienvenu.

**La date limite de réception des abstracts (500 mots) est le 15 décembre 2012**

**Les résultats seront diffusés le 1<sup>er</sup> mars 2013**

**Le texte des communications devra parvenir aux organisateurs le 1<sup>er</sup> juillet 2013.**

**[colloquehssa@gmail.com](mailto:colloquehssa@gmail.com)**