

L'ÉTHIQUE, AU-DELÀ DE LA RÈGLE

Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud

Didier Fassin

Presses de Sciences Po | *Sociétés contemporaines*

2008/3 - n° 71
pages 117 à 135

ISSN 1150-1944

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2008-3-page-117.htm>

Pour citer cet article :

Fassin Didier, « L'éthique, au-delà de la règle » Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud,
Sociétés contemporaines, 2008/3 n° 71, p. 117-135. DOI : 10.3917/soco.071.0117

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Didier Fassin

MÉTIER

L'ÉTHIQUE, AU-DELÀ DE LA RÈGLE RÉFLEXIONS AUTOUR D'UNE ENQUÊTE ETHNOGRAPHIQUE SUR LES PRATIQUES DE SOINS EN AFRIQUE DU SUD *

Quelle différence y a-t-il entre les deux processus suivants : Suivre une sorte d'inspiration et suivre une règle ? Car ils ne sont certainement pas identiques.

Dans le cas de l'inspiration, j'attends la directive. Je ne pourrai pas enseigner à quelqu'un d'autre ma « technique » pour suivre la ligne. À moins que je ne lui enseigne une sorte d'écoute, de réceptivité.

Mais je ne peux naturellement pas exiger qu'il suive la ligne comme moi.

Wittgenstein, *Recherches philosophiques*, 2004, § 232

Résumé : Les travaux de sciences sociales font de plus en plus souvent l'objet d'évaluations a priori de leur conformité à des normes éthiques par des instances fonctionnant dans le référentiel de la recherche biomédicale. Si cette pratique n'existe pas dans le contexte français, il est vraisemblable que les choses changent à court terme avec l'harmonisation des procédures scientifiques, notamment au niveau européen. Une enquête conduite sur les soins aux malades dans un grand hôpital d'un township sud-africain permet d'explorer deux questions : les difficultés de mise en œuvre du consentement éclairé, tel que prescrit par le comité médical d'éthique ; les problèmes rencontrés dans la détermination de la responsabilité des chercheurs, telle qu'affirmée par le code éthique de la profession anthropologique. Finalement, plutôt que de s'en remettre à la formalisation des comités ou à la normalisation par les codes, cette expérience invite à considérer l'éthique comme un processus de construction au cours duquel les chercheurs explicitent les questions, en explorent les enjeux et en négocient les réponses.

L'ongtemps, les projets de sciences sociales que j'ai soumis pour financement à des institutions françaises n'ont pas inclus de rubrique spécifiquement dévolue aux questions éthiques. La seule exception concernait les agences impliquées dans la recherche biomédicale dont les dossiers comportaient toujours une interrogation sur les aspects éthiques de la proposition scientifique déposée. Le résultat était toutefois le même puisque j'y répondais invariablement par la formule : « sans objet » (Fassin, 2006a). Je n'étais assurément pas le seul et, pour avoir occupé des fonctions d'évaluation dans plusieurs instances d'administration de la recherche, je n'ai pas

* Cette analyse se nourrit de l'expérience d'une recherche financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida. Je remercie mes collègues français, Julien Grard et Frédéric Le Marcis, et sud-africains, Duane Blaauw, Tebogo Gumede, Loveday Penn-Kekana et Helen Schneider, pour les discussions riches et intenses que nous avons eues autour des enjeux éthiques de notre enquête. J'exprime également ma reconnaissance aux personnels et aux responsables des services d'urgences et d'admissions de l'hôpital que j'ai choisi de ne pas nommer pour respecter une règle d'anonymat introduite a posteriori dans notre recherche.

souvenir que, jusqu'à une période récente, des projets de sciences sociales aient mentionné les problèmes éthiques se posant aux chercheurs. La question, lorsqu'elle était évoquée dans des débats au sein de nos disciplines, semblait appeler une même réponse : « sans commentaire » (Copans, 1999). Cette absence ne signifiait certes pas que ces problèmes fussent ignorés ou négligés par les anthropologues et les sociologues porteurs de ces projets, mais ils étaient considérés comme relevant d'un colloque singulier de l'enquêteur avec ses enquêtés dans une sorte d'impénétrable intimité de son terrain. En somme, l'ethos du chercheur fondait l'éthique de sa recherche.

On chercherait en vain, dans les grands textes anthropologiques ou sociologiques français, mention explicite de ces questions éthiques exposées en tant que telles. Lorsque la position de l'ethnographe sur son terrain l'amenait à une certaine réflexivité, c'était le plus souvent dans le registre épistémologique (statut de vérité de ses analyses) ou politique (forme d'engagement au regard du contexte local) qu'elle s'exprimait. Certes, il va sans dire que des ouvrages comme *Les mots, la mort, les sorts* (Favret-Saada, 1977) ou *Nous sommes tous dans le brouillard* (Pétonnet, 1979), pour s'en tenir aux sciences sociales françaises, sont traversés et même pétris d'enjeux éthiques que ne méconnaissent pas leurs auteurs, mais ils demeurent comme pris dans un filigrane du texte : ces dernières ne s'y arrêtent pas. Si l'on se limite à la seule anthropologie, le contraste est manifeste avec les situations des États-Unis, où les premiers codes éthiques de la discipline sont rédigés à la fin de la seconde guerre mondiale, et même de la Grande-Bretagne, où sont édictés des principes normatifs dans le contexte de la décolonisation de l'empire britannique (Mills 2003). Du reste, la mise à l'épreuve de l'éthique s'actualise dans la littérature des sciences sociales de langue anglaise à travers une série de controverses, telles celles qu'ont suscitées, dans des contextes divers et pour des raisons différentes, la parution de *Small town in mass society* (Vidich et Bensman, 1958), *The Children of Sanchez* (Lewis 1961) ou *The Mountain people* (Turnbull, 1972). La France demeure, elle, à l'écart de cette dynamique, refusant toute formalisation de règles et se défiant même de tout exercice de réflexivité, à de rares exceptions près (Association française des anthropologues, 1993). Dans ces conditions, les chercheurs français ont longtemps pu éluder les enjeux éthiques de leurs recherches, au moins au regard des diverses institutions qui les employaient, les finançaient ou les accueillaient, et qui se contentaient, semble-t-il, de l'assurance de la rigueur méthodologique des travaux et de la bonne foi de leurs auteurs.

Cette insouciance à l'égard de toute formalisation éthique avec laquelle, comme bien d'autres, je conduisais mes recherches s'est

trouvée ébranlée à l'occasion d'une enquête que j'ai récemment menée dans un grand hôpital situé au cœur d'un township noir d'Afrique du Sud. J'ai été en effet pour la première fois confronté à la nécessité d'en passer par l'autorisation formelle d'un comité d'éthique dont les exigences se sont avérées très contraignantes au regard de la pratique habituelle de l'ethnographie. Mais parallèlement, je faisais l'expérience de difficultés de nature éthique que n'avaient pas prévues les instances d'évaluation de notre protocole et auxquelles il s'est avéré encore plus délicat de faire face. C'est à cette double épreuve que je consacre mon analyse ici : aux obstacles qui nous ont été opposés par les dispositifs bureaucratiques et aux problèmes complexes qu'ils n'avaient pas même envisagés. Il s'agit ainsi de montrer la double inadéquation – par excès et par défaut – des procédures actuelles de normalisation éthique, non pour contester le principe de ces procédures mais pour suggérer la nécessité de les adapter aux réalités contemporaines de l'exercice des sciences sociales, bien éloignées de celles des expérimentations biomédicales et des essais cliniques, mais également irréductibles à la mise en œuvre des codes spécifiquement établis par l'anthropologie et la sociologie.

L'anecdote qui sert de prétexte ici – à savoir la découverte de contraintes formelles qui m'avaient jusqu'alors été épargnées et auxquelles me soumettait un comité d'éthique – s'inscrit dans un contexte plus large de déploiement de dispositifs énonçant des principes éthiques et en vérifiant l'application pour toutes les recherches impliquant des « sujets humains » (Jacob et Riles, 2007). En Amérique du Nord, ces dispositifs ont pour nom Institutional Review Boards, ou IRB, et sont devenus un passage quasi-obligé pour les chercheurs en sciences sociales, y compris lorsqu'ils réalisent des travaux ne faisant pas l'objet de financements publics (Schweder, 2006). La forme nouvelle de contrôle qu'ils exercent sur les recherches ethnographiques a été récemment dénoncée par de nombreux auteurs (Lederman, 2006). En France, ces dispositifs sont absents, mais il n'est pas exclu que, dans le cadre de l'harmonisation des politiques européennes de la recherche et plus généralement sous l'effet de la circulation transnationale des modèles de bonne conduite scientifique, de tels dispositifs voient le jour. Sans attendre qu'ils nous soient imposés de l'extérieur ou d'en haut, nous avons donc intérêt à réfléchir sur les problèmes éthiques que nous rencontrons et sur la manière dont nous pourrions y faire face à la fois individuellement et collectivement sans nécessairement en passer par des règles qui nous sont simplement transposées du monde de la biomédecine.

La thèse que je défends dans ce texte est qu'au formalisme de comités examinant, sur la base de critères définis a priori, des

protocoles avant la réalisation de l'enquête, il faut préférer l'inconfort consistant à affronter, dans la durée de la recherche et par la négociation avec celles et ceux qui y participent, des questions éthiques, parfois imprévues, souvent prévisibles, qui surgissent avant, pendant et après le temps de l'enquête. Aux normes qui fondent une doctrine et qu'on applique mécaniquement, il s'agirait ainsi de substituer l'analyse des enjeux éthiques, chaque fois pris dans des configurations singulières. Au-delà de la règle, pour paraphraser Wittgenstein, l'inspiration, l'écoute, la réceptivité.

ENTRE RECHERCHE SUR L'ÉTHIQUE ET ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Les sciences sociales ont commencé à s'intéresser à l'éthique médicale à peu près au moment où l'éthique médicale semblait s'imposer comme paradigme pour les sciences sociales.

Par une coïncidence significative, les sciences sociales ont commencé à s'intéresser à l'éthique médicale à peu près au moment où l'éthique médicale semblait s'imposer comme paradigme pour les sciences sociales. Plutôt que d'y voir une sorte de réaction – dans un sens ou dans un autre – on peut considérer que cette double demande d'« ethnographie de la bioéthique » et d'« éthique de l'ethnographie » (Parker, 2007) procède au fond d'une même logique ou d'un même phénomène. Pour utiliser un vocabulaire foucauldien, on pourrait dire que la gouvernementalité contemporaine suppose le déploiement d'un registre éthique avec ses formes de justification et d'évaluation (Pels, 2000). Dans la pratique scientifique comme dans l'exercice médical – et l'on peut étendre le propos à la politique, à l'économie, à l'art ou au sport – il faut se prévaloir de cet « acteur social » qu'on appelle l'éthique et des « nouvelles responsabilités » qu'il implique (Strathern, 2000). Tardivement concernées par cette demande d'éthique, les sciences sociales s'y sont donc engagées, d'une part, en explorant les réalités empiriques de l'éthique médicale là où le discours de la bioéthique semblait saturer l'espace public de sa philosophie normative (Kleinman, 1999), d'autre part, en s'efforçant de construire leurs propres normes éthiques pour partie comme mode de résistance à l'imposition de codes éthiques sur le modèle biomédical (Caplan, 2003). Double dynamique en quelque sorte en miroir qui a mis les questions éthiques au cœur des sciences sociales.

L'expérience que je relate ici s'inscrit à l'intersection de ces deux mouvements : d'un côté, l'enquête conduite en Afrique du Sud traite de ce que j'ai proposé d'appeler « l'éthique comme pratique » (Fassin, 2008a), par opposition à l'habituelle approche éthicienne

en termes de principes ; de l'autre, la discussion développée ici concerne l'éthique de l'ethnographie et plus précisément ce que signifie « répondre de sa recherche » (Fassin, 2008b), dans un contexte sud-africain où l'éthique s'inscrit dans des dispositifs extérieurs aux sciences sociales. Cette singularité a une double conséquence pour mon propos. D'une part, à un niveau pratique, il nous a été nécessaire, puisque nous avions pour objet d'étude des professionnels et des institutions de santé, de passer par des comités d'éthique qui n'étaient pas seulement inspirés par le monde médical : ils en relevaient même institutionnellement et imposaient donc leurs règles du jeu comme pour n'importe quel essai clinique qui leur aurait été soumis. D'autre part, sur un plan théorique, nous nous sommes trouvés confrontés à des tensions entre l'évaluation à laquelle nous étions soumis et l'évaluation que nous produisions nous-mêmes : nous réfléchissions aux enjeux éthiques d'une recherche portant précisément sur des pratiques éthiques.

Le programme scientifique développé en Afrique du Sud sous l'intitulé « *Moral sentiments and local justice* » concernait en effet les conditions de prise en charge des malades à l'hôpital et plus particulièrement sur la mobilisation d'affects de la part des professionnels de santé et sur l'allocation de ressources dans un contexte de pénurie de moyens. Il s'agissait en somme de voir comment on « traite » des patients, à la fois au sens précis des soins qu'on leur administre et dans l'acception plus large de la manière de se comporter à leur égard. Plusieurs enquêtes avaient révélé l'existence de mauvais traitements à l'encontre notamment de femmes enceintes dans les maternités (Jewkes, Abrahams et Mvo, 1998) et de malades mentaux dans les services psychiatriques (Lucas et Stevenson, 2006). Ces travaux avaient toutefois procédé essentiellement par questionnaires administrés aux patients, ce qui conduisait, d'une part, à ne retenir que les faits les plus graves, et de surcroît tels qu'ils avaient été vécus par les personnes qui les avaient subis plutôt que tels qu'ils s'étaient effectivement produits, et d'autre part, à dissocier les actes des logiques et des contextes dans lesquels ils se produisaient, ce qui permettait mieux de les dénoncer que de les interpréter. Pour pallier, au moins en partie, ces limites, nous proposons donc de procéder à la fois par observation participante dans plusieurs services de médecine et par entretiens semi-directifs auprès des personnels. Plutôt que de montrer des violences, dont on pouvait penser qu'elles étaient relativement rares, il s'agissait de mettre en évidence des manquements banals aux principes éthiques des soins. Plutôt que de stigmatiser les personnels, qui se défendaient alors en arguant de la mauvaise foi des patients, il s'agissait de rendre compte des justifications que les professionnels mettaient

en avant et de les confronter avec des interprétations que le travail empirique nous permettait de valider. Aux drames dont les médias faisaient volontiers des scandales, nous préférions une « descente dans la vie ordinaire » (Das, 2007) – dans le quotidien du traitement des malades à l'hôpital.

Cette recherche faisait suite à deux programmes scientifiques que j'avais coordonnés sur les enjeux politiques du sida, dans le cadre notamment de la controverse violente qui avait suivi le ralliement du président sud-africain Thabo Mbeki aux thèses hétérodoxes concernant l'étiologie de la maladie et l'efficacité des antirétroviraux, et sur l'expérience des malades, et plus largement d'une société sud-africaine pénétrée de suspicion et de ressentiment dès qu'il était question de l'épidémie (Fassin, 2006b). Elle impliquait, outre moi-même, deux chercheurs français (en sciences sociales) et quatre collègues sud-africains (deux en santé publique et deux en sciences sociales) avec lesquels je collaborais depuis plusieurs années (Fassin, 2004). Ce n'était pas tout à fait la première fois que nous étions confrontés à des validations par des comités d'éthique, mais pour les recherches précédentes, qui n'impliquaient que très peu le monde médical puisqu'elles portaient sur les politiques et les expériences du sida, les autorisations, délivrées par des administrations, avaient été assez formelles sur la base de documents généraux de présentation de nos projets (pour l'une d'elles, conduite dans le nord du pays, nous avions fait plusieurs centaines de kilomètres pour obtenir le laissez-passer officiel d'une autorité sanitaire provinciale sans même avoir à nous présenter devant un comité d'éthique). Cette fois, c'était un protocole précis que nous étions tenus de soumettre aux instances sud-africaines, et singulièrement au Medical Committee for Research on Human Subjects de l'Université de Witwatersrand. Nous pouvions cependant bénéficier de l'antécédent d'un programme de recherche conduit par nos collègues sud-africains sur la surveillance de l'épidémie de sida qui résultait d'une commande publique de la province du Gauteng et dont nous affirmions que la présente recherche n'était que le prolongement. Cet antécédent avait d'ailleurs donné à nos collègues une certaine expérience de l'évaluation par ce comité d'éthique et leur permit d'anticiper un certain nombre de points sur lesquels ce dernier risquait d'émettre un avis négatif. Si elle fut ainsi grandement facilitée et considérablement accélérée par cette situation de « free rider » scientifique (le projet antérieur sur le sida) et cette position de « cultural broker » de la recherche (les interconnaissances préexistantes de nos collègues dans le milieu médical), l'autorisation de ce comité ne s'avéra toutefois pas aisée et entraîna des contraintes inattendues.

■ L'ETHNOGRAPHIE SAISIE PAR LA BUREAUCRATIE ÉTHIQUE

MÉTIER

Le document de référence pour la « recherche sur les sujets humains » est le rapport Belmont rédigé à la demande du Department of Health, Education and Welfare des États-Unis et devenu quelques années plus tard la référence en matière d'éthique pour la totalité des services fédéraux et agences publiques (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Rappelant le code de Nuremberg dans son préambule, il définit trois principes pour toute recherche de cette nature : le respect des personnes (« les personnes doivent être traitées comme des agents autonomes et les personnes avec une autonomie diminuée ont droit à une protection ») ; la bienfaisance (« ne faites pas de tort, maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles ») ; la justice (« traiter les gens égaux de manière égale »). Ces trois principes se déclinent de manière plus précise dans les termes suivants : pour le premier, c'est le « consentement fondé sur l'information » ; pour le second, l'« évaluation des risques et des avantages » ; pour le troisième, « la sélection des sujets ». Dans l'application de ces règles des sciences biomédicales aux sciences sociales, c'est essentiellement le premier aspect qui est pris en compte, dans la mesure où les questions des « risques et avantages » et de « sélection des sujets » ont une moindre pertinence – a priori du moins, comme on le verra – dans une enquête ethnographique que dans un essai clinique. Le « consentement éclairé », reposant sur l'information et le volontariat des personnes impliquées, est ainsi devenu la pierre angulaire de l'évaluation des travaux de sciences sociales par les comités d'éthique, qu'il s'agisse d'approches qualitatives (Miller et Boulton, 2007) ou quantitatives (Martin et Marker, 2007). Ainsi en fut-il pour notre recherche sud-africaine sur les soins hospitaliers.

Coutumiers de cette norme par leurs enquêtes antérieures en santé publique, nos collègues sud-africains avaient devancé l'attente du comité médical qui devait examiner notre dossier. Le protocole qui lui était présenté comportait, sous la rubrique « research ethics », un triple niveau de consentement éclairé : de la part des autorités provinciales, de l'administration hospitalière, des responsables médicaux et des cadres infirmiers qu'il s'agissait de saisir successivement pour leur soumettre le projet ; ensuite, de la part de l'ensemble des membres des services concernés qui devaient donner collectivement leur accord de principe à la conduite de l'observation participante, puis le renouveler oralement à titre individuel, de

même que le patient, pour chaque situation observée ; enfin, de la part des professionnels de santé et des malades interrogés sous la forme de deux documents qu'ils étaient tenus de signer pour donner leur accord à la réalisation de l'entretien d'une part, à son enregistrement de l'autre. Le refus opposé par un enquêté au fait d'être observé ou interrogé, était-il indiqué, ne serait connu que des chercheurs et n'aurait donc pas de conséquences pour la personne concernée. Par ailleurs, l'anonymat et la confidentialité se trouvaient garantis, avec notamment un système transformant les noms en numéros pour les entretiens transcrits et assurant la destruction des cassettes une fois la transcription effectuée. Enfin, avant publication ou diffusion des résultats, l'enquête devait faire l'objet d'une restitution aux personnes qui y avaient participé. Le protocole ainsi rédigé fut accepté par le comité d'éthique. Il fallut plusieurs semaines pour obtenir les accords successifs de l'ensemble des partenaires administratifs, médicaux et infirmiers. Les difficultés liées aux contraintes que nous nous étions données pour anticiper les exigences des instances évaluatives ne tardèrent cependant pas à apparaître. Elles étaient de deux ordres.

Premièrement, les situations d'observation pouvaient difficilement donner lieu à la sollicitation d'assentiments, même sous forme orale, de la part des professionnels de santé et surtout de la part des patients ou de leur famille. Bien sûr, s'agissant des premiers, nous disposions d'un accord de principe pour l'enquête, mais le protocole stipulait que toute observation d'une interaction entre soignants et soignés devait faire l'objet d'une nouvelle demande, et s'agissant des seconds, leur acceptation devait simultanément être obtenue. Les conditions effectives de l'enquête ne le permettaient guère. Dans le cas du service d'urgences, par exemple, la succession rapide des consultations dans des salles communes et l'état clinique des malades souvent très dégradé rendaient matériellement impossibles et moralement problématiques l'explication de l'enquête et l'obtention d'un assentiment : il était assurément difficile de s'approcher d'un brancard dans l'agitation fébrile des nombreux professionnels présents pour expliquer au patient geignant ou somnolent le protocole de la recherche et obtenir son approbation. Accessoirement, le fait que la plupart des médecins n'avait pas de blouse et qu'une partie des infirmières ne portait pas l'uniforme traditionnel en raison d'une grève avait pour conséquence que notre présence en tenue civile était presque invisible et donc n'appelait pas d'interrogation de la part des malades. Très vite, il fut évident que l'exigence du consentement éclairé, si elle était respectée, empêcherait tout travail ethnographique et poserait même, paradoxalement, des problèmes éthiques.

Nos collègues sud-africains souhaitaient toutefois se tenir à cette exigence, non seulement par principe, afin de respecter notre engagement vis-à-vis des instances médicales, mais aussi pour des raisons de conscience politique et d'habitus professionnel : s'agissant de patients noirs qui avaient été historiquement discriminés, ils considéraient en effet qu'il fallait à tout prix éviter de reconduire l'habituel manque de respect de leurs droits ; de plus, ayant surtout conduit des études statistiques dans lesquelles l'observation n'existe généralement pas, ils étaient peu familiers des modalités des enquêtes ethnographiques. Pour les chercheurs français en revanche, le renoncement à l'observation participante ne pouvait qu'affecter la qualité de l'enquête : logeant au sein même de l'établissement hospitalier, ils avaient, eux, la possibilité de passer de longues périodes de temps, de jour comme de nuit, dans les services, ce qui leur permettait d'entrer peu à peu dans la routine de l'activité quotidienne et d'obtenir progressivement la confiance des agents ; solliciter, à chaque interaction avec un malade, une autorisation signifiait rompre cette relation patiemment établie et rappeler à tout moment leur présence, au risque de provoquer des interférences perturbant non seulement leur recherche mais aussi le travail des soignants. Il était éthiquement plus acceptable de se tenir en retrait comme observateur que de se manifester pour informer sur l'enquête et demander un consentement. Cet argument fut finalement accepté par nos collègues sud-africains et notre recherche dérogea donc systématiquement à la règle que nous avions nous-mêmes formulée, puisque l'observation fut conduite sans l'autorisation expresse des patients.

Deuxièmement, les entretiens avec les professionnels de santé conduisirent à des difficultés presque symétriques. Le consentement éclairé pouvait en effet être d'autant plus facilement sollicité que les conditions de leur réalisation amenaient de toute façon à la création d'une situation artificielle, coupée physiquement et temporellement du déroulement ordinaire de leur activité : la nécessité de trouver un moment propice et de s'isoler du reste de l'équipe soignante, l'existence d'un guide d'entretien qu'il avait fallu soumettre au comité d'éthique et la présence du magnétophone formalisaient la rencontre ; dans ce contexte, demander la double autorisation écrite pour l'entretien et son enregistrement ne posait pas de problème technique et nous suivîmes scrupuleusement le protocole. Il fallait donner à lire un texte de deux pages rappelant l'objet de l'enquête ainsi que les droits de l'enquêté de refuser de participer ou de s'interrompre à tout moment dans le cours de l'échange. Les deux documents devaient alors être signés avant de commencer l'entretien.

Cette procédure ne manqua toutefois pas de susciter des inquiétudes de la part de nos interlocuteurs, notamment parmi les infirmières et aides-soignantes. D'une part, la multiplication des précautions énoncées dans le texte, par exemple le fait d'expliquer qu'on pouvait ne pas répondre à certaines questions ou qu'un refus de participation ne serait pas transmis à son autorité hiérarchique, loin de rassurer, induisait un sentiment d'anxiété chez nos enquêtés : qu'allait-on leur demander ? de quoi devaient-ils se méfier ? pour quoi mentionnait-on leurs supérieurs ? D'autre part, le document lui-même paraissait moins protéger leurs droits que les lier contractuellement : à quoi s'engageaient-ils vraiment en signant ? à qui s'en remettaient-ils par ce geste ? La tension suscitée par ce moment de présentation de l'enquête (qui avait pourtant donné lieu préalablement à des explications moins formelles) et de sollicitation de leur accord écrit (quand un assentiment tacite existait déjà) était perceptible lors des entretiens. Dans plusieurs cas, elle aboutit à un refus de la part de personnes avec lesquelles les échanges étaient jusqu'alors faciles. Dans d'autres, elle renforça le caractère artificiel de la situation et induisit une certaine raideur dans le dialogue avec nos interlocuteurs. Relisant a posteriori les transcriptions de la trentaine d'entretiens, il apparaît qu'au-delà des informations proprement factuelles qu'on peut en tirer, sur les parcours professionnels par exemple, les réponses à la plupart des questions, sur le travail ou sur les patients notamment, paraissent contraintes et finalement peu utilisables. Avec le consentement éclairé dans sa version formalisée, la confiance semblait ébranlée. Alors même que le statut et les objectifs de la recherche avaient été énoncés et discutés au départ, le geste bureaucratique intervenant après des semaines de présence et d'échanges venait rompre la qualité de la relation d'enquête en rappelant les protagonistes à l'ordre institutionnel. Au bout du compte, il nous fut bien plus profitable de tirer parti des conversations quotidiennes que nous pouvions avoir avec les professionnels de santé au long des journées et des nuits d'enquête, en rediscutant d'un patient ou en parlant de leur métier, autour d'une tasse de thé.

**La production
du document
signé traduit
souvent moins
le souci de
protéger la
personne que
de protéger le
chercheur.**

Le recours au consentement éclairé, s'il représente une exigence raisonnable de l'éthique scientifique, ne se résume certainement pas à l'obtention d'un accord formel obtenu par écrit au début d'une observation ou d'un entretien (Burgess, 2007). Il est même probable que la production du document signé traduit souvent moins le souci de protéger la personne et de garantir ses droits que de protéger le chercheur et de lui assurer de la soumission de son interlocuteur, ce que le caractère parfois illisible et souvent incompréhensible des documents remis tend à suggérer dans le cas des protocoles biomédicaux (Jacob 2007). Les enquêtés eux-mêmes, lorsqu'ils ont le

moyen et l'occasion de s'exprimer à ce sujet, montrent qu'ils ne sont pas dupes d'une formule qui leur est imposée et qu'ils contestent volontiers (Shannon, 2007). Il serait alors éthiquement plus cohérent et rigoureux de penser en termes de « consentement ethnographique », c'est-à-dire d'un « processus relationnel et séquentiel plutôt que d'un accord contractuel », impliquant donc une redéfinition permanente tout au long de la recherche (Murphy et Dingwall, 2007). Ce processus repose sur l'établissement dans la durée d'un rapport de confiance avec les agents permettant d'accéder à des discours et des pratiques qui manifestent l'ordinaire de leur activité et ses enjeux. Prétendre résumer l'exigence éthique au formalisme d'un accord signé dans un échange inégal entre l'enquêteur et l'enquêté, c'est ôter son contenu à ce rapport pour lui préférer la sécurité légaliste d'un contrat, c'est renoncer à l'ambiguïté du travail ethnographique, toujours objet de négociation et d'interrogation, pour lui substituer la fausse assurance d'une attestation institutionnelle.

Pour autant, il ne faut certainement pas plus surestimer la portée des contraintes liées à l'application de règles formelles qu'elles soient imposées par les comités d'éthique ou anticipées par les chercheurs eux-mêmes, qu'il ne faut sous-estimer la capacité des chercheurs à déployer des tactiques de contournement (Katz, 2006). Dans le cas de notre enquête sud-africaine, nous avons fini par conduire l'observation telle que nous l'avions initialement imaginée, y compris sans en informer les malades compte tenu des difficultés à le faire, et nous avons pour partie pallié les problèmes des entretiens, en nourrissant notre enquête des propos recueillis informellement pendant nos longues périodes de présence dans les services de médecine. Il ne s'agit pas de s'en glorifier, mais de reconnaître la pratique scientifique pour ce qu'elle est. La plupart des critiques adressées à l'encontre des Institutional Review Boards semble oublier ou occulter le fait que l'ethnographie est souvent un art de l'esquive.

**L'ethnographie
est souvent un
art de l'esquive.**

■ L'ÉTHIQUE COMME ENJEU DE LA PRATIQUE ETHNOGRAPHIQUE

Si l'évaluation des protocoles de recherche de sciences sociales par des comités d'éthique inspirés par le modèle biomédical, voire constitués de biologistes et médecins comme dans notre cas, tend à devenir la norme dans de nombreux pays, les associations professionnelles de sociologie et d'anthropologie n'ont toutefois pas été en reste pour produire leurs propres codes éthiques sans attendre qu'on les leur impose. Bien avant l'introduction des *Institutional Review*

Boards tant décriés (Bosk, 2007), les ethnologues en particulier se sont dotés de « guidelines », les premiers ayant été formulés par les praticiens de l'anthropologie appliquée aux États-Unis, fortement mis à contribution pendant et après la Seconde guerre mondiale (Society for Applied Anthropology, 1949). C'est cependant le document rédigé en 1971 et révisé en 1986 sur les « principes de responsabilité professionnelle » qui établit la doctrine de l'anthropologie, dans un contexte où les persécutions du Maccarthysme et la guerre du Vietnam ont laissé des blessures profondes dans la communauté académique des sciences sociales (American Anthropological Association, 1971). Ce texte établit les enjeux éthiques de la discipline autour du seul principe de la responsabilité qui se décline par rapport à six ensembles d'individus et d'institutions : « celles et ceux qu'ils étudient » ; « le public », en tant que « consommateurs présumés de leurs efforts professionnels » ; « la discipline et ses praticiens » dont ils doivent défendre la « bonne réputation » ; « les financeurs » de leur recherche ; « leur gouvernement et celui du pays hôte ». Parmi ces agents, les premiers représentent une priorité absolue d'engagement du chercheur : « Lorsqu'il y a conflit d'intérêt, ce sont ces individus qui passent d'abord. Les anthropologues doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour protéger leur bien-être physique, social et psychologique et honorer leur dignité et leur intimité ». C'est au titre de cette responsabilité à l'égard de « those he studies » que l'information sur les buts de la recherche et l'anonymat des personnes sont garantis, de même que la communication des résultats de la recherche et l'absence d'intéressement financier, mais aussi, sur un plan politique, la défense des causes des dominés et des opprimés (Berreman, 1968). La formulation du code éthique en termes de responsabilité est donc bien distincte de son énonciation par les comités biomédicaux, même si l'on en retrouve au second plan les principes d'autonomie (information) et de bienfaisance (protection), voire de justice (défense des causes). Elle a d'ailleurs donné lieu à d'intenses débats au sein de l'association professionnelle, notamment en raison de l'engagement de nombre d'anthropologues au service du gouvernement des États-Unis et parfois même de ses objectifs militaires, mais à la différence de ce qui se joue avec les Institutional Review Boards qui agissent comme des évaluateurs externes avec pouvoir de décision (autorisation ou interdiction de la recherche), les codes éthiques des anthropologues ont valeur de recommandation sans effet de sanction (ni a priori, ni a posteriori). L'association professionnelle établit des principes que chacun doit respecter en conscience.

La responsabilité à l'égard de celles et ceux qu'on étudie, qui est en somme le principe de premier ordre, n'est toutefois pas si simple

dans sa mise en œuvre effective. C'est ce que notre recherche sud-africaine nous a permis de découvrir. L'observation des pratiques des professionnels de santé – principalement médecins et infirmières – dans plusieurs services hospitaliers révélait des déviations importantes par rapport aux normes éthiques énoncées par les agents lorsque nous les interrogeons et rappelées sur les affiches qui tapissaient les murs de l'hôpital. Les patients ne recevaient presque jamais d'information sur le diagnostic posé, les examens complémentaires envisagés et les procédures thérapeutiques à venir. Ceux qui présentaient des douleurs ne bénéficiaient ni de priorité dans la file d'attente, souvent de plusieurs heures, au service des urgences, ni de traitement antalgique pour les soulager, l'expression de leur souffrance étant volontiers disqualifiée comme une simulation pour attirer l'attention des personnels. Ceux qui manifestaient des signes d'agitation, souvent en raison d'une anxiété quant à leur état, se trouvaient entravés par des liens qui les maintenaient sur leur brancard et leurs efforts pour s'en délivrer faisaient parfois l'objet de moqueries de la part des professionnels qui assistaient à la scène. Ceux pour lesquels le diagnostic de sida était porté se voyaient relégués dans des structures extérieures sans que des explorations médicales ne soient conduites et sans que des médicaments antirétroviraux ne leur soient prescrits, le pronostic réputé désespéré de leur maladie faisant renoncer par avance à toute investigation clinique et conduisant même, paradoxalement, à ne pas leur proposer de soins palliatifs. La nuit, dans les services d'hospitalisation, les personnels montaient le son de la radio pour ne pas entendre les appels des malades ou s'installaient loin des patients pour dormir tranquillement. Pourtant, lorsque nous évoquions avec les médecins et les infirmières leur activité auprès des patients, le langage professionnel de la rigueur (faire des diagnostics valides pour les uns, distribuer les médicaments pour les autres, par exemple) et du dévouement (soigner des malades qui devaient d'autant plus bénéficier de leur sollicitude qu'ils étaient défavorisés et discriminés) prévalait dans une sorte d'indifférence aux faits constatés. Ces écarts que nous observions par rapport aux principes affirmés, et que minimisaient nos interlocuteurs en les qualifiant de phénomènes marginaux, étaient mis sur le compte soit du déficit de ressources humaines (alors même que nous en étions témoins dans tous les services, y compris ceux relativement bien dotés en personnel), soit de l'attitude des patients (volontiers stigmatisés comme trichant sur la gravité de leur état, responsables de leur maladie, agressifs et ingrats envers les soignants). La première restitution de nos résultats de recherche à une équipe de médecins fut houleuse, notre analyse étant critiquée comme à la fois partielle (considérée même comme occidentalocentrique et finalement peu distincte de la production de la presse

sud-africaine toujours friande de scandales sur les hôpitaux) et partielle (négligeant à la fois les aspects positifs de l'activité de soins et les raisons objectives des déviations). Pour les deux réunions suivantes, une version « diplomatique » fut présentée aux autres personnels médicaux et infirmiers : les réactions furent cette fois chaleureuses, mais la question de notre responsabilité n'en demeurerait pas moins posée.

En effet, si l'on admet – au moins provisoirement – que la responsabilité du chercheur est engagée à l'égard de celles et ceux qu'il étudie, de qui parle-t-on ici ? L'enquête portait sur les soignants et les soignés, et peut-être plus précisément sur leur interaction. Devions-nous considérer notre responsabilité engagée vis-à-vis des médecins et des infirmières ou vis-à-vis des patients et de leurs proches ? La question peut sembler oiseuse à qui estime que le travail ethnographique consiste à restituer une certaine « vérité des faits », indépendamment de ce que les agents en pensent. Elle ne l'était toutefois pas pour nous sur le terrain et donna lieu à des tensions fortes au sein de notre équipe de recherche. Ces tensions se manifestèrent notamment au moment de l'écriture d'un article scientifique que je rédigeai pour rendre compte de notre enquête et que nous devions signer collectivement. Alors que nous avions constaté à peu près les mêmes faits (l'équipe française conduisant l'enquête sur des périodes plus longues, y compris de nuit, étant toutefois plus exposée que l'équipe sud-africaine à la banalité et parfois à la gravité des conduites déviantes), les divergences se manifestaient moins sur les interprétations (nos collègues tendaient à adhérer plus facilement que nous aux justifications des agents et notamment à l'argument du « burn out » des personnels) que sur les stratégies à adopter en matière de publication (nos collègues considéraient que nous ne pouvions pas rendre publiques nos observations car elles risquaient de mettre en difficulté les professionnels de santé qui nous avaient accordé leur confiance et aussi donner une mauvaise image du système de soins sud-africain, déjà ébranlé par les controverses successives autour du sida). Malgré l'assentiment du chef du département de médecine qui reconnaissait l'utilité de la recherche tout considérant que les lieux observés n'étaient pas représentatifs de l'ensemble de la réalité de l'hôpital et malgré l'encouragement à publier que nous adressa une sociologue sud-africaine experte de ces questions (que nous avions tous deux sollicités pour obtenir leur avis sur le texte), nos collègues décidèrent de ne pas co-signer l'article et nous demandèrent même de rendre anonyme le lieu de l'enquête, contrairement à ce que nous avions écrit dans le protocole de recherche et les documents de consentement remis aux personnels. À l'évidence, notre appréciation de la responsabilité éthique qui nous incombait

différait assez radicalement : pour les chercheurs sud-africains, cette responsabilité les liait d'abord aux professionnels de santé dont ils voulaient améliorer les pratiques sans risquer de les choquer et ensuite à leur pays dont ils craignaient de renforcer la stigmatisation ; pour les chercheurs français, cette responsabilité les engageait tout autant vis-à-vis des patients dont ils constataient les mauvais traitements et, à un niveau plus abstrait, au regard des sciences sociales dont ils défendaient une certaine rigueur dans la description des faits.

Cette expérience est instructive à plusieurs niveaux. Premièrement, elle montre, au-delà des divergences, l'existence de prémices éthiques partagées entre l'ensemble des membres de notre équipe : l'ethnographie implique une responsabilité. L'assertion peut sembler aller de soi, mais elle n'est pas nécessairement consensuelle au sein des sciences sociales. Surtout si l'on considère que cette responsabilité n'est pas seulement épistémologique (à l'égard de l'objectivité scientifique) mais également politique (vis-à-vis des sujets de la recherche). Deuxièmement, notre désaccord révèle l'inscription historique et sociale du sens éthique : la position de l'ethnographe influe sur l'appréciation de la responsabilité. En l'occurrence, être sud-africain engagé dans des enjeux locaux immédiats de relations avec des collègues et des institutions, mais aussi de transformations de la société, donne une lecture du contenu que l'on peut donner à la notion de responsabilité différente de celle que peut avoir un étranger impliqué de manière plus lointaine. Les réflexions conduites autour de l'éthique des sciences sociales tendent souvent à construire une relation dialogique entre le chercheur et les sujets de sa recherche : on voit ici que le champ des premiers est différencié tout comme l'est le monde des seconds.

L'impératif de responsabilité ne se résume pas à l'application procédurale de codes définissant des règles de bonne conduite de la discipline, mais implique une « attention engagée à l'égard de l'autre » (Giri, 2000). L'histoire des sciences sociales, et singulièrement de l'anthropologie en tant qu'elle se fonde précisément sur la rencontre avec l'autre, montre que cette responsabilité s'inscrit dans des rapports de pouvoir mais aussi des formes de différenciation auxquels il n'est pas possible d'échapper (Asad, 1973). Dès lors, les conflits de loyauté et les divergences d'appréciation en matière d'éthique ne sont pas de simples accidents qu'il faudrait éviter, mais des réalités structurellement inscrites dans l'aporie fondamentale de la relation ethnographique et des engagements moraux multiples qu'elle suscite (Pels 1990). En conséquence, il ne s'agit pas de chercher naïvement à résoudre les problèmes éthiques tels que ceux

L'impératif de responsabilité ne se résume pas à l'application procédurale de codes définissant des règles de bonne conduite.

évoqués à propos de notre enquête, mais de s'efforcer de les formuler de manière pertinente afin d'en saisir les enjeux théoriques tout autant que politiques. On ne dépasse pas une aporie : on l'explore.

En l'occurrence, pour ce qui est de la publication, il n'a pas été possible de trouver, entre les membres français et sud-africains de l'équipe de recherche, un terrain d'entente éthique, c'est-à-dire une grille de lecture commune nous permettant de trancher sur ce qu'était la bonne posture éthique. Il est vrai que l'écriture ethnographique a toujours posé des dilemmes moraux (Silvermann, 2003). Pour autant, quelque douloureux qu'aient été les problèmes rencontrés et l'échec final, il n'y en a pas moins eu un processus éthique qui s'est traduit à la fois par la reconnaissance des différences de perspective et par la prise en considération, au moins partielle, de ces différences : plusieurs réécritures de l'article en question en témoignent et, s'il n'est évidemment pas possible de savoir si le texte en a été ainsi amélioré, au moins garde-t-il la trace de ce que fut la négociation de son contenu.

■ CONCLUSION

L'application aux sciences sociales du formalisme institutionnel des comités d'éthique fondé sur le modèle biomédical repose sur une prémisse fautive et une antiphrase révélatrice. Premièrement, elle implique l'idée d'un « protocole de recherche », autrement dit d'une forme impliquant une démarche hypothético-déductive, un questionnement stabilisé, une temporalité figée, un échantillon prédéfini d'enquêtés (Lederman, 2007). Or le travail ethnographique procède souvent par une démarche inductive, construit les questions au fur et à mesure de la recherche, distingue difficilement le temps de l'enquête du temps qui lui serait extérieur, implique des personnes au gré des relations de confiance qui s'établissent. Deuxièmement, les comités d'éthique parlent de « sujets humains », dont ils affirment défendre l'autonomie et la dignité, alors même que, dans les expérimentations biomédicales qui servent de référence à ces comités, les chercheurs tendent à considérer celles et ceux qu'ils étudient comme un matériau humain (Petryna, 2007). À l'inverse, l'enquête ethnographique suppose, indépendamment même de toute intention du chercheur, que l'on se trouve impliqué dans une relation avec des individus se considérant comme des personnes et se comportant comme des acteurs : venant des sciences biomédicales, l'injonction adressée aux sciences sociales de traiter les individus comme des sujets est donc en soi paradoxale.

déontologie
nt ont besoin
les sciences
ciales réside
ns le travail
explicitation
es questions
éthiques,
exploration
leurs enjeux
et de
gociation de
réponses
locales et
provisoires.

Pour autant, il n'est pas certain que les comités d'éthique représentent la principale difficulté de mise en œuvre de la recherche anthropologique et sociologique aujourd'hui. Dans notre cas, il a été au bout du compte relativement facile d'accéder aux exigences de celui qui a examiné notre dossier et, moyennant quelques aménagements dans les deux sens (en nous soustrayant à l'obligation de consentement éclairé des patients mais en accroissant la contrainte d'anonymat), nous avons pu mener à bien notre enquête comme nous le souhaitions. En revanche, c'est au cœur même de la recherche et de son écriture que les questions les plus délicates se sont posées à nous (en termes de responsabilité, notamment). Celles-ci, nous ne sommes pas parvenus à les résoudre, au moins pour ce qui est de la publication évoquée. Mais cette déconvenue relative n'a pas signifié un renoncement éthique, bien au contraire. On peut penser que les problèmes abordés, les débats suscités, les éléments de solution apportés ont constitué ce que l'on peut appeler un processus de construction éthique de la recherche. Si l'on accepte cette analyse, alors la déontologie dont ont besoin les sciences sociales ne relève pas plus de comités externes qu'elle ne procède de codes professionnels. Elle réside dans le travail d'explicitation des questions éthiques, d'exploration de leurs enjeux et de négociation de réponses locales et provisoires.

Didier Fassin

IRIS – CNRS – Inserm – EHESS –

Université Paris 13

96, boulevard Raspail 75 006 Paris

dfassin@ehess.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 1971 Principles of Professional Responsibilities, Washington, D.C., AAA, <http://www.aaanet.org/stmts/ethstmnt.htm>.
- ASAD T., 1973 Introduction, in : T. Asad, *Anthropology and the colonial encounter*, Amherst, N.Y. : Humanity Books, p. 9-19.
- ASSOCIATION FRANÇAISE DES ANTHROPOLOGUES, 1993 Éthique professionnelle et expérience de terrain, *Journal des Anthropologues*, n° 50-51.
- BERREMAN G., 1968 Is Anthropology alive ? Social responsibility in social anthropology, *Current Anthropology*, vol. 9, n° 5, p. 391-396.

Didier Fassin

MÉTIER

- BOSK C., 2007 The New bureaucraties of virtue or when form fails to follow function, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 192-209.
- BURGESS M., 2007 Proposing modesty for informed consent, *Social Science and Medicine*, vol. 65, p. 2284-2295.
- CAPLAN P., 2003 Anthropology and ethics, in : P. Caplan dir., *The Ethics of anthropology. Debates and dilemmas*, Londres : Routledge, p. 1-33.
- COPANS J., 1999 Comment to Pels' Professions of duplexity, *Current Anthropology*, vol. 40 n° 2, p. 116-118.
- DAS V., 2007 *Life and words. Violence and the descent into the ordinary*, Berkeley : University of California Press.
- FASSIN D. dir., 2004 *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, coll. Hommes et sociétés, Paris : Karthala.
- FASSIN D., 2006a The End of ethnography as collateral damage of ethical regulation ? *American Ethnologist*, vol. 33, n° 4, p. 522-524.
- FASSIN D., 2006b *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, coll. Armillaire, Paris : La Découverte.
- FASSIN D., 2008a The Elementary forms of care. An empirical approach of ethics in a South African hospital, *Social Science and Medicine*, sous presse.
- FASSIN D., 2008b Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses « autres », in : D. Fassin et A. Bensa, *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris : La Découverte, sous presse.
- FAVRET-SAADA J., 1977 *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris : Gallimard.
- GIRI A., 2000 Audited accountability and the imperative of responsibility. Beyond the primacy of the political, in : M. Strathern dir., *Audit cultures*, Londres : Routledge, p. 173-195.
- JACOB M.A., 2007 Form-made persons : Consent forms as consent's blind spot, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 249-268.
- JACOB M.A., RILES A., 2007 The New bureaucraties of virtue. Introduction, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 181-191.
- JEWKES R., ABRAHAMS N., MVO Z., 1998 Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services, *Social Science & Medicine*, vol. 47, p. 1781-1795.
- KATZ J., 2006 Ethical escape routes for underground ethnographers, *American Ethnologist*, vol. 33, n° 4, p. 499-506.
- KLEINMAN A., 1999 Moral experience and ethical reflection : Can ethnography reconcile them ? A quandary for « the new bioethics », *Daedalus*, vol. 128, n° 4, p. 69-97.
- LEDERMAN R., 2006 Anxious borders between work and life in a time of bureaucratic ethics regulation, *American Ethnologist*, vol. 33, n° 4, p. 477-481.
- LEDERMAN R., 2007 Comparative "research". A modest proposal concerning the object of ethics regulation, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 305-327.

- LEWIS O., 1961 *The Children of Sanchez*, New York : Random House (traduction française : 1963, *Les enfants de Sanchez*, Paris : Gallimard).
- LUCAS M., STEVENSON D., 2006 Violence and abuse in psychiatric in-patient institutions. A South African perspective, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 29, n° 3, p. 195-203.
- MARTIN J., MARKER D., 2007 Informed consent. Interpretations and practice on social surveys, *Social Science and Medicine*, vol. 65, p. 2260-2271.
- MILLER T., BOULTON M., 2007 Changing constructions of informed consent. Qualitative research and complex social worlds, *Social Science and Medicine*, vol. 65, p. 2199-2211.
- MILLS D., 2003 "Like a horse in blinkers ?" A political history of anthropology's research ethics, in : P. Caplan dir., *The Ethics of anthropology. Debates and dilemmas*, Londres : Routledge, p. 37-54.
- MURPHY E., DINGWALL R., 2007 Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice, *Social Science and Medicine*, vol. 65, p. 2223-2234.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1979 The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, Department of Health, Education, and Welfare, <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>, (version française : www.fhi.org/training/fr/RETC/pdf_files/FrenchBelmont.pdf).
- PARKER M., 2007 Ethnography/Ethics, *Social Science and Medicine*, vol. 65, p. 2248-2259.
- PELS P., 1990 Professions of duplexity. A prehistory of ethical codes in anthropology, *Current Anthropology*, vol. 40, n° 2, p. 101-114.
- PELS P., 2000 The Trickster's dilemma. Ethics and the technologies of the anthropological self, in : M. Strathern dir., *Audit cultures*, Londres : Routledge, p. 135-172.
- PETONNET C., 1979 *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Paris : Galilée.
- PETRYNA A., 2007 Experimentality : On the global mobility and regulation of human subjects research, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 288-304.
- SCHWEDER R., 2006 Protecting human subjects and preserving academic freedom, *American Ethnologist*, vol. 33, n° 4, p. 507-518.
- SHANNON J., 2007 Informed consent. Documenting the intersection of bureaucratic regulation and ethnographic practice, *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 30, n° 2, p. 229-248.
- SILVERMANN M., 2003 Everyday ethics. A personal journey into rural Ireland (1980-2001), in : P. Caplan dir., *The Ethics of anthropology. Debates and dilemmas*, Londres : Routledge, p. 115-132.
- SOCIETY FOR APPLIED ANTHROPOLOGY, 1949 Report of the Committee on ethics, *Human Organization*, vol. 8, n° 2, p. 20-21.
- STRATHERN M., 2000 New accountabilities. Anthropological studies in audit, ethics and the academy, in : M. Strathern dir., *Audit cultures*, Londres : Routledge, p. 1-18.

Didier Fassin

MÉTIER

TURNBULL C., 1972

The Mountain people, New York : Simon and Schuster
(traduction française : 1973, *Les Iks. Survivre dans la
cruauté*, Paris : Plon).

VIDICH A., BENSMAN J., 1958

Small town in mass society, Princeton : Princeton University
Press.