

Mettre l'objectivité en question : Promesses et pièges de la formation des médecins haïtiens aux méthodes de recherche qualitative

Pierre Minn

RÉSUMÉ : Le développement des capacités en recherche est au cœur de nombreux programmes de formation en santé mondiale. Alors que les anthropologues médicaux ont mené des recherches qualitatives dans des milieux à faible ressources depuis des décennies, ils sont de plus en plus sollicités pour former des chercheurs, des cliniciens et des étudiants « locaux » en méthodes qualitatives. Cet article décrit de telles formations à l'intention de personnel médical haïtien. Ces formations permettent aux participants d'identifier, de mieux comprendre et de relever les défis reliés aux services de santé, à la qualité des soins et aux relations avec les patients. Par contre, elles risquent également de renforcer un héritage colonial d'objectification et perpétuer des hiérarchies dans les systèmes de pensée et dans la production des savoirs. La prolifération de ce type de formation nous offre la possibilité de réfléchir sur de nouvelles formes d'interventions transnationales qui ont comme objectif de réduire les inégalités en santé.



Rezime : Devlopman kapasite pou fè rechèch se nannan anpil pwogram fòmasyon nan domèn lasante sou plan mondyal. Pandan antwopològ medikal yo ap fè rechèch kalitatif nan zòn ki pa genyen anpil resous depi plizyè dizèn ane, yo plis ap mande yo konkou yo pou yo fòme chèchè, moun ki ap travay nan klinik, ak etidyan nan zòn kote yo ye a nan metòd kalitatif. Atik sa a, dekri kalite metòd fòmasyon sa yo pou pèsònèl medikal Ayiti a. Fòmasyon sa yo pèmèt moun ki patisipe ladan yo idantifye, konprann pi byen, epi leve defi ki an rapò ak sèvis lasante, kalite swen yo, epi relasyon avèk pasyan yo. Sepandan, sityasyon sa a gen posibilite ranfòse yon eritay kolonyal epi kontinye mete yon yerachi nan lapanse ak nan pwodiksyon konesans yo. Prezans kalite fòmasyon sa a ban nou posibilite pou nou reflechi sou nouvote nan fòm entèvasyon transnasyonal yo ak objektif pou nou redui inegalite yo nan domèn lasante.

1. INTRODUCTION

La docteure Fredline Louisjuste¹ commençait à s'impatienter. Cette résidente en médecine interne et moi nous étions rencontrés plusieurs heures par jour depuis une semaine pour évoquer son projet de recherche de fin de résidence, et nous ne semblions pas près d'en avoir fini. Alors que je la pressais régulièrement de définir une question de recherche, elle continuait à proposer des thématiques : les taux élevés de malnutrition dans le pavillon où elle finissait sa résidence de trois ans ; l'inaéquation des ressources disponibles pour assurer l'accès aux soins des patients diabétiques ; l'impossibilité de maintenir un environnement aseptisé dans de telles conditions... Et je continuais à lui demander : « Mais que veux-tu savoir sur ces sujets ? » Sur le ton de la plaisanterie, elle a fini par me répondre : « Mais si je sais déjà ce que je veux dire, est-ce que j'ai besoin de faire la recherche ? »

Dans cet article, je propose de décrire comment et pourquoi la question de la docteure Louisjuste me posait problème. Elle soulevait une réflexion indissociable du fait que, deux ans plus tôt, j'avais commencé à élaborer et à mettre en place des ateliers de formation aux méthodes de recherche qualitative pour les médecins haïtiens. Au départ, des questions comme les siennes

m'apparaisaient être l'expression de la consternation vécue par bon nombre des participants aux ateliers à mesure qu'ils entamaient l'élaboration, le développement et la rédaction de leurs projets de recherche. En leur répondant, j'insistais alors sur l'importance de concevoir des questions de recherche en gardant l'esprit « ouvert », et je les encourageais à limiter leurs propres présupposés, en particulier lorsqu'ils utilisaient des approches inductives. Cette approche était sensiblement la même que celle que j'utilisais avec mes étudiants canadiens. Avec le temps, cependant, les questions de la docteure Louisjuste (et celles d'autres participants aux ateliers) sur la manière de produire une forme de savoir d'autorité m'a conduit à réexaminer la légitimité et les bases d'un projet pédagogique qui condense un grand nombre de mes aspirations d'engagement avec des individus et des institutions d'Haïti. Je vais détailler ici les promesses et les écueils liés à la formation aux méthodes de recherche dans des contextes comme celui d'Haïti. Cet examen critique permettra ainsi d'apporter des améliorations à la pratique médicale (et, par extension, à la santé des patients) dans des environnements économiquement défavorisés. Mais une telle démarche court aussi le risque de renforcer des modèles d'objectivation et d'investigation existants, qui perpétuent des hiérarchies géopolitiques et économiques postcoloniales. Pour les anthropologues de la médecine et les chercheurs en sciences sociales impliqués dans ce type de formations, reconnaître ces

1. Les noms et les caractéristiques des individus mentionnés ont été modifiés pour préserver leur anonymat.

risques et les atténuer représente un défi central, qui nécessite un dialogue continu et des échanges soutenus avec les partenaires de recherche et les étudiants.

Discutés ici dans le contexte haïtien, ces enjeux sont pertinents à une plus large échelle, à un moment où les interventions et les recherches en santé mondiale sont en constante augmentation. L'engagement de professionnels de la santé « locaux » dans les projets internationaux, qu'il s'agisse de la formation, du recrutement, du maintien dans l'emploi ou du développement de compétences, est au cœur des différentes définitions et des activités qui caractérisent la santé mondiale [1, 2, 3]. Dès 2006, le *Rapport sur la santé dans le monde de 2006 – Travailler ensemble pour la santé* de l'Organisation mondiale de la santé, centré sur « la crise mondiale de la main-d'œuvre de santé », en appelait non seulement à l'augmentation de la formation des compétences médicales, mais priorisait également la production et la diffusion du savoir :

Pour les pays dont les moyens sont très limités, la solution la plus prometteuse en vue d'une amélioration structurelle consiste à fédérer et à développer les observatoires et les réseaux régionaux et nationaux de ressources humaines pour la santé (voir Encadré 6.2). La mise en place de structures de coopération ouvertes rendra possibles la mise en commun des connaissances et des savoir-faire existants ainsi que l'évaluation de l'efficacité en collaboration avec les pays: on créera ainsi un cercle vertueux associant une meilleure accessibilité aux possibilités de collaboration et un apprentissage par échanges et mise en commun des ressources, qui permettra également d'assurer le développement de la base mondiale de compétences².

L'anthropologue Vincanne Adams a décrit la pression croissante qui s'exerce sur ceux qui élaborent les interventions en santé mondiale afin qu'ils génèrent des données quantitatives à travers l'intervention, produisant ce qu'elle appelle « *the metrics of the global sovereign* » (« les mesures du souverain mondial ») [4]. La demande de plus en plus forte pour des interventions guidées par des chiffres coïncide avec la mondialisation des essais thérapeutiques [5], avec la pression grandissante en vue de la publication mise sur les institutions et les individus pour garantir leur financement et leur position dans la sphère universitaire [6], et avec les appels et les incitations récurrents des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre de partenariats internationaux. Dès lors, les formations à la recherche pour les travailleurs de la santé dans les contextes défavorisés sont largement mises en avant dans les partenariats Nord-Sud impliquant des universités, des sites cliniques, des agences gouvernementales et des organisations non gouvernementales [7].

Alors que la recherche qualitative a longtemps occupé une position subordonnée vis-à-vis des études quantitatives ou menées en laboratoire, sa place est de plus en plus reconnue dans le

champ des recherches en santé mondiale [8, 9]. L'anthropologie médicale contemporaine étant dominée par les approches qualitatives (et plus particulièrement ethnographiques), les universitaires dans ce domaine sont donc plus fréquemment sollicités afin d'y former localement les médecins, les chercheurs et les étudiants [10, 11]. Pour des anthropologues, des formations de ce type représentent une occasion unique. Elles permettent de valoriser leurs méthodes d'enquête approfondies et de faire valoir l'épistémologie et les formes de production de savoir spécifiques à leur discipline. Mais elles obligent également à se confronter aux enjeux soulevés par la circulation de méthodes de recherche en dehors de leurs cercles habituels.

Dans un contexte où le paysage des interventions en santé mondiale est en plein développement, ces formations ne constituent pas encore un domaine bien balisé. Cependant, les anthropologues de la médecine évoluent dans un champ intellectuel où des approches théoriques et méthodologiques sont déjà bien ancrées. Parmi celles-ci, on peut citer les travaux sur le développement international, et en particulier les écrits sur les approches de recherche dite « communautaire » ou « participative ». La recherche communautaire est définie aux États-Unis par le National Institutes of Health comme une « *approche collaborative appliquée qui permet aux membres d'une communauté de participer plus activement aux différentes étapes de la recherche (conception, conduite, analyse, interprétation, conclusion, communication des résultats) avec l'objectif de participer à la transformation des systèmes de santé, des programmes et des politiques*³ ». Cette approche a pris de l'importance dans la recherche sur les inégalités sociales, et elle se donne pour objectif de corriger le déséquilibre des pouvoirs inhérent à la plupart des relations d'enquête. Cependant, dans leur majorité, les recherches communautaires s'inscrivent dans des partenariats avec les communautés dans les pays d'origine des chercheurs, et elles visent à améliorer les relations entre des groupes marginalisés et des chercheurs établis. Le savoir produit par la recherche communautaire tend ainsi à reproduire l'idée d'une dyade chercheur-communauté et, de façon générale, la question de la formation des chercheurs issus des communautés marginalisées n'y est pas envisagée comme une intervention en soi.

Les théoriciens des études postcoloniales ont soulevé les enjeux de la production de savoir. Ils se sont notamment intéressés à la manière dont l'héritage des inégalités politiques et économiques façonne les pratiques et les structures de pouvoir contemporaines dans la recherche, soulevant ainsi des questions d'épistémologie et de crédibilité du savoir légitime. Plusieurs d'entre eux revendiquent la création de nouvelles méthodes de recherche et de démarches intellectuelles inspirées par les modes de pensée et de compréhension précoloniaux [12]. Comme le dit l'universitaire camerounais Ambroise Kom, « *Notre recherche doit-elle se maintenir sur les sentiers tracés par/pour les experts coloniaux ou*

2. Organisation mondiale de la santé (2006). *Rapport sur la santé dans le monde de 2006 – Travailler ensemble pour la santé*.

3. National Institutes of Health. *Community-based participatory research*, http://obssr.od.nih.gov/scientific_areas/methodology/community_based_participatory_research/, consulté le 15 mai 2015.

néo-coloniaux, c'est-à-dire satisfaire essentiellement les besoins de connaissance de l'Autre et continuer ainsi à répondre à des préoccupations souvent inavouables⁴?»

Le cas d'Haïti (et plus largement des sociétés caribéennes) est à ce titre particulièrement riche d'enseignements. Ici, le génocide des populations indigènes et les ruptures extrêmes qui ont résulté de l'esclavage ont rendu difficile l'identification de systèmes de savoir précoloniaux qui pourraient servir de remplacement aux paradigmes scientifiques contemporains. Le Vodou, comme système de spiritualité, de guérison et d'éthique, résulte en grande partie de la rencontre – souvent conflictuelle – entre le catholicisme européen et l'animisme africain. Mais il ne saurait constituer une solution de rechange épistémologique, du fait de sa démonisation des pratiques et de la cosmologie qui lui sont associées (largement alimentées par les missionnaires protestants américains et leurs Églises partenaires en Haïti), mais aussi de la discrétion, voire de l'autocensure, des personnes qui y ont recours. (Pour les travaux sur le Vodou et le savoir, voir les références 13, 14 et 15). Des éléments de la pratique et de la cosmologie vodou sont néanmoins présents dans les projets des médecins-chercheurs haïtiens, comme nous le verrons plus loin par la suite, mais ils apparaissent plus fréquemment comme de potentiels objets d'étude que comme des moyens d'obtenir et d'organiser le savoir.

Les enjeux décrits dans cet article, à partir de mon expérience d'ateliers de formation en Haïti, s'inscrivent donc dans des débats intellectuels sur des thématiques diverses liées aux inégalités, à la construction du savoir et au transnationalisme. Les décrire dans ce contexte particulier, cependant, illustre les ambivalences et les contradictions qui caractérisent les interventions internationales.

2. CONTEXTE

Entre janvier 2012 et mai 2013, j'ai donné cinq cours de méthodes de recherche qualitative en Haïti. Les deux premiers ont eu lieu dans un hôpital public du nord de la ville de Cap-Haïtien, et les trois autres, à la Faculté médicale et infirmière de l'Université de Port-au-Prince, la capitale du pays. Les cours donnés à l'hôpital public ont commencé à mon initiative. En conduisant ma recherche doctorale sur l'aide internationale dans cet établissement de 2007 à 2009, j'avais en effet observé que les 60 médecins résidents de l'hôpital faisaient face à de nombreux défis dans la préparation de leur travaux de sortie, au rang desquels les problèmes d'accès au matériel de recherche et aux documents, une supervision et un encadrement insuffisants, et la quasi-absence de formation aux méthodes de recherche⁵. Ces ateliers de formation ont été financés par le Bureau canadien d'éducation internationale, devenu bailleur de fonds de projets de partenariat

universitaires, dans la foulée du tremblement de terre de 2010. Par la suite, j'ai été invité à offrir ces formations par le recteur de l'Université Notre-Dame d'Haïti, qui abrite l'une des deux plus importantes facultés médicales et infirmières du pays.

Les visées principales des cours étaient autant, d'une part, d'initier les participants aux méthodes qualitatives, de leur présenter des exemples de recherches conduites en Haïti et de les guider dans la préparation d'une enquête qualitative que, d'autre part, de compléter leur formation à la recherche et de permettre l'étude de questions à même d'améliorer les services de santé et la situation des patients. Les cours consistaient en 10 sessions d'une durée de deux à trois heures. Divers sujets y étaient abordés : la différence entre la recherche qualitative et la recherche quantitative; l'étude de projets qualitatifs menés en Haïti et dans la diaspora haïtienne; l'élaboration d'un protocole de recherche; l'éthique de la recherche; les entrevues; l'observation; les groupes de discussion; l'analyse et la dissémination des résultats. Chaque session était construite à partir d'une courte introduction présentant les concepts de base et les lectures à faire⁶; suivaient des exercices interactifs, grâce auxquels les participants pouvaient tester les méthodes; des débats et des remue-méninges de groupe; et enfin une période de questions et de discussion. La taille et la composition des groupes étaient variables, ce qui a bien entendu eu un impact sur la dynamique, le rythme et le contenu des enseignements. À l'hôpital, une classe pouvait réunir jusqu'à 45 médecins résidents, alors que les cours à l'université ne comprenaient que 8 à 12 participants.

Plusieurs raisons m'ont amené à anticiper l'intérêt des médecins haïtiens pour ces cours. D'abord, le terme « recherche » a une connotation prestigieuse et très positive pour la plupart d'entre eux. D'ailleurs, lorsque j'ai demandé aux participants quels mots ils associaient au terme « recherche », la plupart citaient « scientifique », « clarifier », « université » et « apprendre ». Bien que la recherche ne soit pas centrale dans leur cursus, les médecins et les infirmières haïtiens en formation l'abordent tout de même, notamment à travers leurs manuels scolaires, la consultation des résultats sur des sites Internet et les rencontres ponctuelles avec des chercheurs invités dans le cadre de leur parcours de formation. De manière générale, cependant, les participants considéraient que la recherche relève d'une démarche associée à des universités ou à des laboratoires étrangers, dotés de ressources et d'infrastructures leur permettant de mener des enquêtes et de publier leurs résultats. La recherche leur apparaissait donc encore comme un bien venu « d'ailleurs », « des pays développés ». « Pouvons-nous même affirmer qu'il existe une recherche haïtienne ? » m'ont souvent demandé les participants

4. Ambrose Kom (2000). « Savoir et légitimation », *Mots pluriels*, vol. 14, motspluriels.arts.uwa.edu/MP1400akfr.html.

5. Le travail de sortie est le dernier examen exigé des résidents dans leurs trois ou quatre années de résidence, qui leur permet de pratiquer en tant que pédiatres, chirurgiens, médecins de famille et d'autres spécialités.

6. Les cours s'accompagnaient d'un livret constitué d'approximativement 20 articles universitaires en anglais, couvrant les sujets concernés ou illustrant des études qualitatives. La courte durée du cours rendait cependant difficile l'étude approfondie des textes, d'autant que les participants n'avaient souvent pas le temps de les lire. Le livret était cependant très apprécié par les étudiants, pour qui il demeure difficile de trouver les articles, malgré un meilleur accès à Internet. Le livret d'articles, à environ 40 \$US, y compris les droits d'auteur et l'impression, constituait le coût le plus important du cours.

au cours. Ce sentiment est largement répandu: le vice-recteur de l'Université d'État d'Haïti a écrit récemment que la recherche dans le pays « *n'a ni les structures ni les ressources qui lui permettraient – dans les limites de nos moyens – de répondre aux priorités⁷* ».

En Haïti, les activités de recherche bénéficient de ressources limitées, et celles qui sont menées sont généralement conçues et financées par des institutions et des organisations internationales. La plupart de ces études sont liées à la sphère médicale, qui est aussi un domaine prioritaire des interventions internationales en Haïti. Le lien des médecins haïtiens avec la recherche après leurs études se résume, la plupart du temps, à une participation à des enquêtes internationales menées sur leur lieu de travail – qui vont de l'évaluation de programmes à des enquêtes démographiques de grande ampleur. Dans ce cadre, et en fonction des accords entre établissements, les infirmières haïtiennes, les travailleurs en santé communautaire et les médecins peuvent par exemple participer à la collecte de données. De façon plus exceptionnelle, ils sont associés directement à l'élaboration ou à la mise en œuvre des recherches, en tant qu'investigateurs principaux ou co-investigateurs. Il y a très peu de chercheurs à temps plein en Haïti, et l'absence de soutien institutionnel et de ressources rend cette perspective inenvisageable pour la plupart des universitaires. Les professeurs d'université eux-mêmes sont amenés à enseigner dans plusieurs établissements pour des raisons économiques. Pour leur part, les travailleurs de la santé impliqués dans la conduite des recherches tendent à maintenir ou à prioriser leur pratique clinique et les autres activités génératrices de revenus. De manière générale, les médecins haïtiens participent à des recherches qui ne sont pas les leurs, sans toujours être rémunérés, et en n'ayant que rarement accès aux résultats ou aux données qu'ils ont contribué à collecter⁸. Les connotations positives associées à la recherche évoquées par mes étudiants sont donc contrebalancées par des réalités moins attrayantes, en particulier les tâches de collecte et de saisie des données, souvent coûteuses et fastidieuses. Et même lorsque la participation à la recherche s'accompagne de contreparties financières, dans le cas des études financées, les acteurs locaux n'ont généralement pas pris sur la définition des priorités de recherche et la diffusion des résultats.

Les médecins haïtiens ont cependant tous au moins une expérience d'élaboration et de conduite de leur propre recherche. En effet, les étudiants doivent soumettre un mémoire ou une thèse rédigés à partir d'un travail de recherche à pratiquement chaque niveau universitaire, y compris le diplôme de premier cycle en médecine. Un travail de sortie est également requis pour terminer la résidence médicale. Le degré d'engagement des superviseurs dans le suivi des projets est cependant très variable. Ces derniers sont généralement des médecins-assistants au sein du

pavillon où se déroule la résidence. La plupart des travaux de sortie consistent en une étude rétrospective des pathologies spécifiques dans leurs services respectifs. Pour ce travail de sortie, les résidents compilent des informations relatives aux cas qui les intéressent en utilisant les dossiers des patients, souvent considérés par le personnel de l'hôpital comme incomplets ou peu fiables en tant que base de données. Ils y ajoutent une revue de littérature (souvent construite à partir d'articles obsolètes) et d'une brève section de discussion. Une fois imprimé, le mémoire est soumis et présenté devant un jury qui comprend le superviseur, le chef de service et la direction de l'hôpital. La pression associée au dépôt de leur mémoire ainsi que le désir de terminer leur résidence et de commencer leur vie professionnelle expliquent la forte participation de ces médecins, peu familiers avec la recherche qualitative, aux formations aux méthodes de recherche⁹. Les médecins résidents sont également intéressés par l'occasion de bénéficier d'un encadrement et d'un accompagnement adéquats de leurs projets, étant donné l'absentéisme fréquent des médecins-assistants et leur expérience limitée de la recherche. Sachant que ces participants n'avaient *a priori* pas été initiés à la recherche qualitative, j'ai construit le cours comme une introduction et une initiation, couvrant les concepts et les techniques de base. Le déroulement général du cours a suivi le plan initial, mais les discussions avec les participants ont fait émerger un certain nombre de questions inattendues qui m'ont conduit à poser un regard critique sur son contenu. Ce qui m'était apparu au départ comme un projet relativement simple ne l'était pas nécessairement.

3. DES OBJETS D'OBSERVATION

Durant les séances du cours sur l'observation, je demandais aux participants de réaliser un exercice de 30 minutes. Ils devaient choisir un lieu au sein de l'hôpital duquel ils pourraient observer les comportements et les interactions, et prendre des notes en utilisant un système simple à deux colonnes: une pour noter leurs observations, et une pour reporter leurs interprétations, réactions et questions. À dessein, je leur avais donné relativement peu d'instructions, et ce, afin d'illustrer la nature sélective de l'observation et de la prise de notes. Malgré une certaine inquiétude, les participants se sont lancés dans l'exercice, se plaçant dans la cour de l'hôpital, près des portes d'entrée ou dans d'autres endroits très fréquentés. À leur retour, ils étaient généralement animés. Je les invitais alors à décrire à la fois leur expérience subjective du travail d'observation et le contenu de leurs carnets de notes. Les réponses étaient diverses. Certains rapportaient que l'exercice les avait mis mal à l'aise. Beaucoup disaient s'être sentis « à part » ou « coupés du monde », et une

7. Deshommes, F. (2011). *Regards sur la recherche universitaire en Haïti*, Port-au-Prince, Haïti, Éditions de l'Université d'État d'Haïti.

8. Les centres GHESKIO, où des chercheurs locaux et internationaux conduisent des études sur le VIH/sida, constituent une exception importante à ce modèle.

9. Ayant enseigné d'autres matières en Haïti, je savais qu'il serait difficile de retenir les étudiants pendant toute la durée du cours. Les obligations familiales, les enjeux d'infrastructures et diverses demandes coûteuses en temps et en énergie conduisent souvent à l'absentéisme. Mais ce n'était pas le cas des cours de méthodes de recherche. Non seulement la participation était forte, mais les participants amenaient eux-mêmes des collègues pour assister au cours.

participante a même plaisanté en disant avoir eu l'impression d'être « une espionne ». La distance a eu des effets productifs pour certains, comme ce participant qui m'a dit : « J'ai vu des choses que je n'avais jamais notées auparavant, même si ça fait deux ans que je suis à l'hôpital », ce à quoi d'autres ont acquiescé. Les participants faisaient également remarquer que des collègues intrigués avaient fréquemment interrompu leurs observations et leurs prises de notes. Ces expériences paraîtront familières à quiconque a appris et pratiqué les techniques de l'observation. Les réactions des participants haïtiens peuvent avoir été renforcées par le fait qu'au cours de leur scolarité, ils sont habitués à recevoir des cours magistraux et ont peu d'expérience avec une pédagogie interactive ou basée sur des exercices d'apprentissage.

Tandis qu'ils mettaient en commun le contenu de leurs notes, j'étais frappé par le fait qu'une part significative de leurs observations portaient sur des comportements inappropriés de leurs collègues : « Une infirmière arrive en retard pour sa prise de poste », « Un interne est habillé de manière inappropriée pour avoir des contacts avec les patients » ou « Un médecin bavarde alors qu'il devrait s'occuper des patients. » Ces remarques suscitaient les rires, d'autant que les participants essayaient généralement de deviner lequel de leurs collègues était décrit et qu'ils réalisaient que leurs propres observations étaient pour la plupart de la même veine. De ce fait, les participants à la formation ont immédiatement cerné la dimension de surveillance inhérente à la recherche, et le potentiel de l'observation pour repérer – et donc réprimer¹⁰ – des comportements ou des habitudes indésirables. La plupart des participants ont apprécié l'exercice, et pour ceux qui avaient déjà un statut marginal dans cet environnement (du fait de leur origine sociale, géographique ou de leur personnalité), l'observation systématique de leur milieu et la valorisation de cette observation comme activité scientifique ont pu apparaître comme des éléments de validation.

Pour ma part, ces exercices ont éveillé une réflexion critique à propos de l'observation comme forme d'objectivation. La promotion de cette méthode m'apparaissait, avec le recul, potentiellement problématique dans ses effets épistémologiques de rupture entre l'enquêteur et l'enquêté. Du fait de l'existence de disparités sociales entre les professionnels de la santé haïtiens et la plupart de leurs compatriotes, l'objectivation risquait en effet de contribuer à accroître la place déjà subalterne des patients et des sujets de la recherche en leur déniaient, par des approches culturalistes, leur subjectivité, leur agentivité ou leur autonomie. Mais, d'un autre côté, l'instrumentalisation du savoir et des croyances (objectivés) des Haïtiens afin d'améliorer les services de santé et leur efficacité était porteuse de promesses. Mon propre travail d'anthropologue étranger en Haïti a ainsi été rendu possible par une série de rencontres et par

l'aspiration à une proximité progressive avec les vies, les expériences et les visions du monde de personnes rencontrées dans un contexte étranger. Quelles sont alors les conséquences de la promotion d'un mode d'observation prétendument « détaché » (comme celui développé dans le contexte d'expansion coloniale euro-américaine) pour des individus dont la conception de soi implique l'appartenance au groupe ou à la collectivité en question ? Stacey Leigh Pigg, en analysant la pratique de la médecine traditionnelle au Népal dans le contexte des programmes internationaux de développement et de formation, utilise l'image du « changement de côté » [16] pour décrire comment les planificateurs du développement et les villageois népalais situent et interprètent leurs positions respectives. Comme dans le cas du Népal, les processus « locaux » d'auto-interprétation en Haïti sont intimement liés à des technologies et à des réseaux transnationaux, y compris les formations aux méthodes de recherche, les séminaires et les cours.

Les thèmes de séparation et d'altérité ont aussi émergé dans les sessions où j'ai présenté des exemples de recherches qualitatives qui avaient été conduites sur la santé en Haïti ou auprès de la diaspora haïtienne. La plupart de ces recherches ont été réalisées par des anthropologues de la santé américains qui ont généralement publié leurs résultats dans des ouvrages ou des périodiques peu connus des cliniciens haïtiens¹¹. Dans la mesure où j'avais souvent entendu ces derniers, ainsi que les étudiants, se plaindre du fait que les chercheurs étrangers viennent chez eux pour récolter des données sans partager leurs recherches, j'avais la volonté d'inclure ces textes dans le matériel étudié en cours. Qui plus est, j'espérais également étudier les méthodologies de ces études comme exemples, pour les retenir ou les critiquer. Comme je l'avais anticipé, les participants ont été enthousiastes à l'idée d'étudier des textes relatifs à la population avec laquelle ils travaillent et évoquant les sites sur lesquels ils travaillent. « Nous apprenons toujours à partir de ce qui se passe ailleurs », comme le signale une infirmière. « C'est bien de savoir ce qui se passe dans les pays développés, mais nous devrions aussi savoir ce qui se passe ici. »

En présentant et en discutant ces textes, j'ai pris conscience que certains sujets de recherche non seulement généraient plus d'intérêt que d'autres chez les participants, mais étaient également plus faciles à analyser pour moi du fait des questions de recherche abordées, de leur cadrage conceptuel et de leurs résultats. Il s'agissait d'études sur la spécificité haïtienne de la maladie et de la souffrance (ou les « syndromes liés à la culture », pour utiliser son appellation antérieure), des maux qui n'ont pas d'équivalents biomédicaux et sont le plus souvent associés aux classes populaires haïtiennes. Il s'agit, par exemple, du *pédison* (syndrome de l'arrêt de la grossesse), selon lequel un fœtus

10. Ces perceptions peuvent être attribuées à différents facteurs, y compris la violence et la terreur qui ont caractérisé les plantations durant la période de la colonisation française, les réseaux de surveillance mis en place par les gouvernements autoritaires et l'héritage des interventions de renseignement internationales (dont celles de la CIA) en Haïti.

11. Aucun des participants au cours n'était familier avec les travaux de ne serait-ce qu'un chercheur étranger ayant mené une recherche qualitative en Haïti. Si le médecin et anthropologue médical Paul Farmer est bien connu dans le cadre de ses fonctions de directeur de l'ONG Partners in Health/Zanmi Lasante (qui gère un réseau d'établissements cliniques), ses travaux anthropologiques leur sont inconnus.

resterait dans un état de dormance et pourrait naître des années plus tard [18], du *lèt gate* (lait maternel ayant tourné), du *move san* (mauvais sang [19]), et de la *maladi chalè* (maladie de la chaleur, un ensemble de symptômes groupés causés par un excès de chaleur et d'effort [20]). Ces sujets étaient idéaux pour expliquer des concepts tels que les perspectives émiques et étiques, le raisonnement inductif et la valeur des questions ouvertes pour des chercheurs confrontés à un contexte méconnu. Mais c'étaient des sujets familiers pour les participants, non seulement parce que leurs patients les évoquaient régulièrement, mais également parce qu'ils avaient grandi avec en tant que membres des classes moyennes. J'ai ainsi compris que le fait de m'attarder sur ces sujets en les présentant comme des objets de recherche ne faisait que renforcer la distance existant entre les cliniciens et leurs patients, le plus souvent selon des clivages de classe sociale et d'accès à l'éducation formelle. Les professionnels de la santé haïtiens retenaient que le *pèdisyon*, depuis une perspective anthropologique, n'était pas seulement un « syndrome de l'arrêt de la grossesse », mais un « construit social pour expliquer l'impossibilité de concevoir ou de mener une grossesse à terme¹² », lequel n'avait du sens que pour ceux qui n'étaient pas suffisamment « éduqués » pour comprendre ces faits autrement. Ce point de vue contribuait ainsi à consolider la validité exclusive du savoir biomédical, mettait le chercheur et les lecteurs en position d'exprimer des assertions sur la réalité, et reléguait les expériences vécues de la majorité des Haïtiens au statut d'objets d'intérêt ethnomédical. Cependant, prendre connaissance de ces recherches permettait également aux cliniciens haïtiens de voir quelles informations avaient été publiées au sujet de leurs concitoyens, permettant d'envisager un élargissement de la communauté des chercheurs, et mettant en relief des modèles explicatifs. Ce dernier point permettrait de donner un poids nouveau à l'expérience des patients et aiderait à améliorer les services de santé. Cette approche s'inscrit dans un projet de longue haleine pour les anthropologues de la santé [21].

La question de l'« exotisme » et de l'« altérité » a de nouveau fait surface quand les participants du cours ont déterminé leurs propres sujets de recherche. Dans chaque groupe, plusieurs individus ont exprimé leur intérêt pour étudier les *zonbi* (zombis) et les *poud* (poudres). Le docteur Woodson Joseph, un résident en chirurgie, m'a approché après l'un des cours et m'a dit : « Je voudrais faire ma recherche sur les *zonbi*. Ma grand-mère est une prêtresse vodou, et j'ai vu des choses auxquelles vous ne croiriez pas... Des gens mangeant des éclats de verre et déposent des charbons ardents sur leur peau. J'ai vu une vidéo sur les *zonbi* sur Internet, et je sais que cela arrive souvent en Haïti. Ce serait une recherche importante. » Le docteur Joseph n'était pas le premier à s'intéresser aux *zonbi*. Le sujet est régulièrement traité par des journalistes haïtiens, des figures religieuses, des praticiens médicaux ainsi que des chercheurs en sciences sociales étrangers, des cliniciens, et des voyageurs en

quête d'aventure. Le second sujet, les *poud*, fait référence aux poudres souvent associées à une magie agressive ou qui permet de contrôler les comportements. En choisissant de tels sujets de recherche, les participants ne cherchent pas à acquérir une meilleure compréhension des relations sociales, des conditions de vie, ou de la signification que peuvent prendre un malheur soudain ou des comportements inusuels. À la place, ils souhaitent mener des recherches qui permettent de vérifier une fois pour toutes l'existence des *zonbi* ou l'efficacité des *poud*. J'ai dissuadé les étudiants de poursuivre ces velléités sans conviction en mentionnant le fait que les preuves d'ADN nécessaires pour prouver l'identité d'un *zonbi* et les analyses biochimiques requises pour vérifier la composition d'une *poud* étaient en dehors du cadre d'une recherche qualitative.

Ce positionnement des cliniciens haïtiens est étroitement lié au fait qu'ils vivent et travaillent à la croisée de deux régimes ontologiques différents, qui se recoupent partiellement et entrent parfois en conflit l'un avec l'autre : la biomédecine clinique et les sciences biologiques d'un côté, et de l'autre un monde dans lequel des individus en opposition ont recours à des forces bienveillantes et malveillantes qui peuvent les conduire à la malchance ou à la maladie. Confirmer l'existence des *zonbi* ou l'efficacité des *poud* dans un laboratoire serait une façon de résoudre le conflit entre ces deux régimes explicités en leurs propres termes. Cette opération aurait pour effet, à mon sens, non pas d'invalider l'un des deux, mais de valider leur coexistence. Étant donné que mes propres conflits ontologiques ne recoupent pas ceux-là, il n'est guère surprenant que ce type de recherche n'ait pas soulevé d'enthousiasme chez moi. J'ai contenu mon irritation face à l'engouement que ce type de sujet suscitait auprès des cliniciens. Ces derniers reconnaissaient par ailleurs l'importance des maladies cardiovasculaires, du diabète, des conséquences des accidents de voiture ou de travail, des parasites ou encore de la malnutrition, mais ils leur accordaient beaucoup moins d'attention. Une fois encore, je faisais face à un dilemme : en incitant les participants à délaisser certains sujets de recherche, étais-je en train de déconstruire un héritage colonial basé sur le caractère sensationnel et la dimension démoniaque des traditions spirituelles afro-caribéennes tout en promouvant une approche plus appliquée destinée à répondre à des problèmes de santé fort répandus ? Ou étais-je en train d'imposer mes propres priorités relatives aux objectifs et à la valeur de la recherche ?

4. LA RECHERCHE COMME UNE DÉNONCIATION

Les nombreuses conversations et discussions que j'ai eues avec les participants du cours étaient à l'image des efforts, évoqués en début d'article, déployés auprès de la docteure Louisjuste pour définir une question de recherche. Les cliniciens m'approchaient généralement à l'issue d'un cours en disant : « Pour mon projet de recherche, je veux écrire à propos [d'un sujet médical donné] à l'hôpital. » Dans presque tous les cas, leur intention était de développer un sujet qui leur permette d'exposer les échecs, les

12. Coreil, J. (1996). « Arrested pregnancy syndrome in Haiti: Findings from a national survey », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, n° 3, p. 432.

faiblesses ou les insuffisances des services de santé dans leurs services. Leurs propos étaient ponctués d'expressions médicales standards comme la « prise en charge ». Quand je demandais aux participants de rédiger une question de recherche associée à cette « prise en charge », par exemple, la plupart d'entre eux répondaient avec des questions telles que : « Est-ce que notre prise en charge est adéquate ? », question à laquelle ils avaient déjà une réponse.

Après avoir entendu des formulations de ce type de nombreuses fois, j'ai commencé à les remettre en question :

Pierre Minn : Pensez-vous que les services sont adéquats ?

Participant : Certainement pas !

Pierre Minn : Alors, pourquoi souhaitez-vous mener une recherche sur quelque chose dont vous êtes déjà certains ?

Participant (riant) : Non, c'est ce que je pense, mais j'ai besoin de faire une recherche pour en être sûr.

J'ai consulté beaucoup de mémoires des résidents des cohortes précédentes à la bibliothèque de l'hôpital, et j'ai découvert que la presque totalité des travaux contenait des informations détaillées sur les failles et les insuffisances des services de santé des différents services dont ils étaient issus. J'ai également pu constater que ces descriptions n'étaient articulées à une question de recherche – s'il y en avait une – que de façon périphérique, et que celles-ci n'étaient que rarement issues d'une enquête systématique ou d'une recherche structurée. Cette tendance, quoi qu'il en soit, reflète plus qu'un manque de formation méthodologique chez les cliniciens haïtiens. Elle révèle en fait une facette de leur façon d'envisager la recherche, qui est liée au fait de travailler dans un contexte marqué par la pénurie généralisée et une distribution injuste des ressources. Tandis que les résultats de recherche ne bénéficient pas d'une grande visibilité en Haïti, ils peuvent parfois être mentionnés dans les médias par l'intermédiaire d'articles imprimés ou d'émissions de radio, souvent afin d'appuyer ou de dénoncer des propositions politiques ou polémiques. Par exemple, les études internationales ayant démontré l'inefficacité de l'aide internationale ou les dégâts qu'elle induit sont abondamment citées dans les médias haïtiens. Les résultats de ces études viennent ainsi confirmer ce qui est considéré comme allant de soi, comme étant de notoriété publique. Par exemple, que la faiblesse des indicateurs de santé en Haïti est liée au contenu nutritionnel de l'alimentation, ou que la souche du choléra à l'origine de l'épidémie mortelle (2010 au moment présent) remonterait à un contingent de soldats de la MINUSTAH en provenance du Népal. Pour presque tous les participants du cours, la recherche ne pourrait pas exister sans une dose de dénonciation, que ce soit des ressources inadéquates, du manque de compétences ou de la banqueroute morale des dirigeants et des autorités.

L'exemple suivant est particulièrement illustratif. Un résident en pédiatrie m'avait dit qu'il souhaitait conduire une recherche

en vue de comprendre pourquoi le programme de prévention de la transmission materno-infantile du SIDA était, selon ses propres mots, un « échec ». Comme je parlais avec lui des prémices de la recherche, il est apparu qu'il n'était pas sûr des taux d'échec et de réussite dudit programme. Je lui ai alors dit que ce serait un point de départ important pour la mise en œuvre sa recherche et il m'a alors assuré qu'il était en mesure d'obtenir des données fiables de la part des statisticiens du programme. Le jour suivant, il est revenu et m'a dit avoir été surpris : les données indiquaient un taux de succès extrêmement important pour les dernières années. Quand je lui ai indiqué qu'il pourrait envisager une recherche sur les facteurs assurant le succès de ce programme, il a ri en me regardant d'un air suspicieux, a commencé à dire « Peut-être... », mais s'est ensuite empressé de proposer des sujets alternatifs. Pour ce participant comme pour bien d'autres, il est difficile de concevoir une recherche sans dénonciation. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé, où il y a un consensus généralisé sur le fait que les services sont insuffisants, que les maladies et les affections que l'on pourrait éviter sont agressives, et que les choses ne sont pas telles qu'elles devraient l'être.

Si cette tendance a rendu ardu le fait de travailler avec des cliniciens haïtiens quand il s'est agi de rédiger des questions de recherche de type inductif et reposant sur des enquêtes qualitatives, elle a également permis de dévoiler à quel point ces derniers étaient critiques et astucieux à l'heure de considérer les facteurs sociaux et politiques qui influencent la formulation et la mise en œuvre de tout projet de recherche. Les participants ont ainsi remis en cause la validité des recherches basées sur les intérêts des chercheurs et de leurs établissements. Lors d'un cours, j'ai mentionné le déclin du taux d'infection par le virus du sida en Haïti, ce qui est très généralement présenté comme l'une des réussites les plus importantes dans le domaine de la santé durant la dernière décennie dans ce pays. Immédiatement, de nombreux participants ont remis en cause la validité de cette assertion, insistant sur le fait que les agences qui en faisaient la promotion avaient tout intérêt à mettre en avant un tel succès afin d'obtenir plus de fonds pour financer leurs actions de lutte contre le sida. D'autres contestaient cette conclusion en disant que l'opposé était également vrai ; en effet, une majoration des chiffres pourrait également justifier le maintien des crédits pour les programmes concernés. Ce débat a donné lieu à une discussion sur la validité des résultats issus d'une recherche qualitative, dont la reproductibilité est souvent illusoire et même non souhaitable.

5. CONCLUSION

De bien des points de vue, ces cours ont été un succès. Pour ne prendre en compte qu'un critère simple, le nombre des participants est resté stable ou a augmenté au fur et à mesure que les cours avançaient. Dans les évaluations anonymes réalisées à la fin de chaque session, les commentaires étaient extrêmement positifs, ce qui met en lumière l'enthousiasme des cliniciens

pour ce type de recherche. Ils ont perçu que cette démarche, nouvelle pour eux, était faisable et pouvait leur permettre de trouver des réponses à des questions et des solutions à des problèmes liés à leur pratique clinique. La suggestion la plus commune d'amélioration était de rallonger la durée de la formation. Les deux établissements, ainsi que de nombreuses autres institutions haïtiennes, m'ont invité à revenir afin de donner de nouveau ce cours. Mon propre enthousiasme reste entier. Après des années à étudier les initiatives en matière d'aide médicale en Haïti, je vois un pourcentage significatif d'entre elles échouer à atteindre leurs objectifs. Or, ceci m'apparaît en grande partie lié au fait que les interventions ont été pensées et mises en œuvre sans – ou avec très peu – de recherche en amont sur le contexte ou les conséquences possibles. Les cliniciens haïtiens sont dans une position unique pour mener des recherches qualitatives pouvant avoir un impact important sur la qualité des services de santé et l'état de santé de leurs concitoyens. Leur expérience, leur compréhension et les connaissances dont ils sont dépositaires seraient plus valorisées et respectées si elles étaient étayées par des études systématiques. De ce fait, les cliniciens pourraient avoir plus de poids dans les décisions tant politiques que financières. Durant le cours, j'ai utilisé la métaphore du haut-parleur pour faire comprendre aux participants de quelle manière la recherche pouvait leur permettre de fonder et de donner une recevabilité à ce qui pourrait autrement être réduit à de simples impressions, opinions ou expériences ponctuelles. Si la métaphore est imparfaite (la recherche produit plus qu'une amplification), je savais que l'argument porterait auprès d'un certain nombre d'individus qui ont le sentiment que leurs connaissances ne sont ni reconnues ni prises en compte.

Le coût financier peu élevé d'une recherche qualitative est un argument supplémentaire. En effet, on peut mener une étude rigoureuse à coût réduit. La plupart des cliniciens haïtiens, quoiqu'ils gagnent significativement mieux leur vie que la vaste majorité de leurs concitoyens, ne sont pas à l'aise économiquement. Le salaire mensuel d'un médecin hospitalier du secteur public est de 575 \$US; aussi nombre d'entre eux complètent-ils ce maigre revenu en travaillant pour un cabinet privé. Les résidents en médecine qui assistaient à mes cours, pour leur part, gagnaient approximativement 200 \$US par mois et ne pouvaient pas travailler dans le secteur privé. Ce montant servait en outre à subvenir aux besoins de leurs parents, frères et sœurs, et dans certains cas de leur jeune enfant. Les établissements médicaux haïtiens ont atteint leurs limites et luttent pour maintenir les services essentiels et la prestation des soins primaires. Si l'on est réaliste, seul un petit nombre de cliniciens est en mesure de mobiliser une équipe, des ressources et les données nécessaires pour mener à bien une recherche quantitative. Mais il en va différemment pour les recherches qualitatives: un chercheur seul et sans technologies sophistiquées peut les mener à bien. Si tous les médecins ne possèdent pas un ordinateur personnel, de plus en plus de professionnels de la santé ont accès à cette technologie. Par ailleurs, des bailleurs de fonds internationaux ont rendu accessibles les technologies Internet et l'accès aux

publications en ligne dans toutes les facultés de médecine et les principaux hôpitaux d'Haïti. Des formations en recherche qualitative dans les universités et les hôpitaux permettraient de tirer le meilleur parti de ces ressources.

La recherche qualitative pourrait aussi jouer un rôle dans une autre sphère: les rapports hiérarchiques et souvent conflictuels entre fournisseur de soins et patient en Haïti. Les chercheurs ont commenté l'importance de la hiérarchie sociale et des barrières idéologiques qui ont historiquement séparé radicalement les médecins et les infirmières de leurs patients [21, 22]. Les cliniciens haïtiens d'aujourd'hui sont souvent issus de la classe moyenne ou moyenne-basse et se distinguent des élites traditionnelles [234]. Dans tous les cas, de profondes divisions subsistent et il n'est pas rare de voir des cliniciens réprimander, humilier et déprécier les points de vue et les expériences de leurs patients. Sauf rares exceptions, les cliniciens qui assistaient à mes cours considèrent que leurs patients sont ignorants, mal informés et irrationnels. Comme les méthodes de recherche qualitative ont souvent comme objectif de questionner les patients et de prendre au sérieux leurs perspectives émiques et leurs expériences subjectives, cette démarche contraste de façon marquée avec la rencontre thérapeutique et les entretiens à des fins de diagnostic biomédical. Ces derniers peuvent ne durer que quelques minutes et même moins. Les entretiens, observations et autres méthodes qualitatives offrent donc aux cliniciens haïtiens l'occasion d'adopter une position très différente vis-à-vis de leurs patients et concitoyens. Cela les incite à les écouter, à développer une relation d'empathie avec eux, et peut ainsi contribuer à développer des formes d'intervention et des politiques plus appropriées dans le domaine de la santé.

Cette dimension positive de la formation et le potentiel d'amélioration dont elle est porteuse doit cependant être nuancée par un ensemble de faits dont nous avons abordé quelques traits. Avant tout, ces sessions s'inscrivent dans le schéma d'intervention dominant en Haïti, dans lequel des étrangers estiment que les objectifs et les méthodes qu'ils promeuvent vont permettre de trouver des solutions aux problèmes du pays. Dans quelle mesure les méthodes d'analyse qualitative peuvent-elles être considérées comme des outils d'approche descendante (*top-down*) et relèvent-elles d'une stratégie néocoloniale? En quoi différent-elles des barrages hydroélectriques et des projets visant à l'éradication des cochons [24], qui dépendent avant tout des priorités des bailleurs de fonds et peuvent avoir des répercussions négatives pour les bénéficiaires désignés? En dépit du fait que les individus et les institutions partenaires de ces formations m'ont exprimé leur intérêt et leurs besoins, je sais, d'après mes recherches antérieures sur les interventions internationales en Haïti dans le domaine de la santé, que les récipiendaires (ou éventuels récipiendaires) ne refusent jamais une aide qui leur est proposée. Dans le cas qui nous préoccupe, j'ai confiance dans le fait que mes choix d'intervention et la structure du contenu proposé sont éclairés par ma compréhension des établissements hospitaliers et universitaires haïtiens. Par ailleurs, mon investissement s'inscrit dans la durée et j'ose espérer que, dans le

cadre de relations datant pour certaines de plus de 12 ans, mes interlocuteurs m'auraient indiqué que je me fourvoyais tandis que je développais ce projet. J'ai cependant conscience que ces deux arguments sont spéculatifs.

Si mes questionnements à propos des prémices et des impacts de la formation en recherche qualitative engendrent plus de questions que de réponses, je suis certain d'une chose. Avec la demande grandissante d'études visant à justifier des interventions en santé mondiale, dans les prochaines années, les cliniciens haïtiens risquent fort d'être de plus en plus sollicités dans le cadre de projets de recherche transnationaux. Qu'ils interviennent auprès d'ONG étrangères ou dans des programmes gouvernementaux bilatéraux, qu'ils soient salariés ou participants volontaires et bénévoles, leur expertise en recherche (qu'elle soit locale ou nationale) va ainsi acquérir de la valeur. De plus, des chercheurs étrangers individuels (souvent nord-américains ou européens) issus de différentes disciplines mènent actuellement des projets en Haïti et nombre d'entre eux ont besoin de cliniciens pour remplir des tâches d'assistants de recherche, collecter et analyser des données, traduire ou transcrire des entretiens ou des sessions de groupes de réflexion, et enfin valider les résultats. Ce type de travail peut offrir de nouveaux défis et stimuler les cliniciens à acquérir une expérience pratique et une formation en recherche, tout en complétant leurs revenus trop bas. Quoi qu'il en soit, les inégalités et les disparités en matière de pouvoir et de ressources signifient souvent que les professionnels haïtiens sont chargés de mettre en place et non de concevoir ou de planifier des projets de recherche, ce qui veut dire qu'ils seront moins impliqués dans la détermination des objectifs, des priorités et des résultats. Les chercheurs, les universitaires et les formateurs provenant de milieux fortunés doivent s'assurer que leurs collègues qui travaillent dans des contextes précaires reçoivent la formation et l'appui dont ils ont besoin pour poursuivre leurs propres priorités de recherche. Ces derniers ne devraient pas être simplement des facilitateurs œuvrant dans des projets et selon la volonté d'individus ou d'institutions étrangères.

Les perspectives critiques sur l'aide et les interventions internationales amènent souvent à se poser la question suivante :

« Ne serait-il pas mieux de ne rien faire ? » Il ne faut pas répondre oui à cette question, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les résultats et les impacts des interventions internationales sont multiples et diffus, aussi est-il difficile de réduire les résultats obtenus à des critères binaires tels que « bon ou mauvais », « mieux ou pire ». Ensuite, dans les faits, il n'est pas possible de se désengager en mettant fin à l'aide internationale. En effet, même les populations marginalisées en Haïti, et à plus forte raison les professions médicales, sont profondément ancrées dans les processus et les réseaux internationaux dans tous les aspects de leur vie quotidienne. Il est par conséquent plus réaliste de considérer les termes et les modalités de cet engagement que d'envisager sa fin. Cela soulève immédiatement un problème de temporalité. Même si les ateliers ont eu lieu dans un contexte d'enseignement

et dans le cadre de relations professionnelles et intellectuelles que j'ai cultivées pendant plus d'une décennie, les formations que je donne durent de 20 à 30 heures et sont échelonnées sur une durée d'une semaine à un mois. Selon des contraintes de temps, ces formations, comme d'autres, pourraient être restreintes à trois jours, ce qui implique de se limiter aux grandes tendances et de risquer de devenir des interventions rapides, de l'« ethnographie par hélicoptère » ou du « volontourisme ». Les anthropologues et les chercheurs en sciences sociales ont commencé à décrire les impératifs éthiques et les bénéfices intellectuels associés à la « recherche lente » (*slow research*) [25] et la « science lente » (*slow science*) [26]. La recherche qualitative, avec ses méthodologies relationnelles, ses approches itératives et la possibilité d'approfondir des rencontres, offre la possibilité de renforcer des engagements et des dialogues à long terme. Qui plus est, la temporalité plus lente associée aux méthodes qualitatives permet l'émergence d'ambiguïtés et d'incertitudes, lesquelles doivent être prises au sérieux au lieu d'être rejetées sous couvert d'efficacité. Je projette de continuer à donner ce type de formations en Haïti, de les modifier et de les améliorer tout en sachant que beaucoup des questions et des doutes qu'elles soulèvent persisteront. ■

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier les cliniciens qui ont participé à mes cours et le personnel administratif de l'Hôpital Universitaire Justilien et de l'Université Notre-Dame d'Haïti. Je suis également reconnaissant pour sa contribution à Annie Jaimes, qui m'a aidé à préparer et à donner ces enseignements. Finalement, je remercie Hanna Kienzler, Anne Montgomery, Hansjoerg Dilger, Dominic Mattes, Susan Huschke, et les relecteurs anonymes pour leurs commentaires et suggestions sur ce texte. La version anglaise de cet article a paru dans la revue *Medical Anthropology* (vol. 34, n° 1, p. 39-51) sous le titre « Troubling Objectivity: The Promises and Pitfalls of Training Haitian Clinicians in Qualitative Research Methods » et a été traduite par Gabriel Girard et Ingrid Hall.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ASSOCIATION OF SCHOOLS OF PUBLIC HEALTH (2011). *Global health competency model*, <http://www.asph.org/userfiles/Narrative&GraphicGHComps-Version1.1FINAL.pdf>.
- 2 CONSORTIUM OF UNIVERSITIES FOR GLOBAL HEALTH (s.d.). « About Us », <http://www.cugh.org/about-us>.
- 3 KOPLAN, J., M. MERSON, T. C. BOND, M. H. MERSON, K. S. REDDY, M. H. RODRIGUEZ, N. K. SEWANKAMBO et J. N. WASSERHEIT (2009). « Toward a common definition of global health », *The Lancet*, vol. 373, p. 1993-1995.
- 4 ADAMS, V. (2013). *Metrics of the global sovereign*, Essai présenté au Département de sciences sociales en médecine de l'Université McGill, 18 septembre.
- 5 PETRYNA, A. (2009). *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*, Princeton, NJ, Princeton University Press.
- 6 VAN DALEN H. P. et K. HENKENS (2012). « Intended and unintended consequences of a publish-or-perish culture: A worldwide survey », *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, vol. 63, p. 1282-1293.
- 7 CRANE, J. T. (2013). *Scrambling for Africa: AIDS, Expertise, and the Rise of American Global Health Science*, Ithaca, NY, Cornell University Press.

- 8 CHANDLER, C. I. R. et J. REYNOLDS (s.d.). *ACT Consortium Guidance: Qualitative Methods Protocol Template with Example Tools and SOPs*, www.actconsortium.org/qualitativemethodsguidance.
- 9 FALTERMEIER, T. (1997). «Why public health research needs qualitative approaches: Subjects and methods in change», *European Journal of Public Health*, vol. 7, n° 4, p. 357-363
- 10 AFRICAN, CARIBBEAN AND PACIFIC GROUP OF STATES SECRETARIAT (2008). A push for qualitative research in sub-Saharan Africa. http://acp-edulinke.eu/all/files/projectfact-sheet/118_32%20Qualitative%20Research%20IDS.pdf.
- 11 INDIAN INSTITUTE OF HEALTH MANAGEMENT RESEARCH (IIHMR) (2013). Management Development Programme on Qualitative Research in Health Care, http://www.jaipur.iihmr.org/MDP/Files/MDPBrochures2013_14/mdp%20of%20qualitative%20research.pdf.
- 12 TUHIWAI SMITH, L. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*, Londres, New York, Zed Books.
- 13 BEAUVOIR-DOMINIQUE, R. et D. DOMINIQUE (2003). *Savalou É*, Montréal, Éditions du CIDIHCA.
- 14 BEAUBRUN, M. (2010). *Nan dòmi, le récit d'une initiation vodou*, La Roque d'Anthéron, Vents d'ailleurs.
- 15 MCCARTHY BROWN, K. (2011) [1991]. *Mama Lola: A Vodou Priestess in Brooklyn*, 3^e éd., Berkeley, CA, University of California Press.
- 16 PIGG, S. (1997). «“Found in most traditional societies”: Traditional medical practitioners between culture and development», dans Frederick Cooper et Randall Packard (dir.). *International Development and the Social Sciences*, Berkeley, CA, University of California Press, p. 259-290.
- 17 MURRAY, G. (1976). «Women in perdition», dans John F. Marshal et Steven Polgar (dir.). *Culture, Nativity and Family Planning*, Chapel Hill, NC, University of North Carolina Press, p. 59-71.
- 18 FARMER, P. (1988). «Bad blood, spoiled milk: Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti», *American Ethnologist*, vol. 15, n° 1, p. 62-83.
- 19 MINN, P. (2001). «Water in their eyes, dust on their land: Heat and illness in a Haitian town», *The Journal of Haitian Studies*, vol. 7, n° 1, p. 4-25.
- 20 KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, CA, University of California Press.
- 21 BRODWIN, P. (1996). *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power*, Cambridge, R.-U., Cambridge University Press.
- 22 MATERNOWSKA, C. (2006). *Reproducing Inequities: Poverty and the Politics of Population in Haiti*, Piscataway, NJ, Rutgers University Press.
- 23 MINN, P. (2011). «Where they need me»: *The moral economy of international medical aid in Haiti*, Thèse de doctorat, Department of Anthropology, McGill University
- 24 FARMER, P. (1994). *The Uses of Haiti*, Monroe, ME, Common Courage Press.
- 25 ADAMS, V., N.J. BURKE, et I. WHITMARSH (2014). «Slow research: Thoughts for a movement in global health», *Medical Anthropology*, vol. 33, n° 3, p. 179-197.
- 26 STENGERS, I. (2013). *Une autre science est possible! Manifeste pour un ralentissement des sciences*, Paris, La découverte.

Pierre Minn, Ph. D. est professeur adjoint au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal. Il a obtenu son doctorat en anthropologie de l'Université McGill. Ses travaux portent sur la santé, les systèmes de soins et les interventions internationales en Haïti, où il a mené des recherches depuis presque vingt ans. Il a publié des articles dans les revues *American Anthropologist* et *Medical Anthropology*. Il mène actuellement une étude ethnographique sur les pratiques et les enjeux de la recherche en Haïti. pierre.minn@umontreal.ca



Rhum
Barbancourt[®]