



**HAL**  
open science

## L'éveil de la société civile dans la lutte contre l'épidémie à VIH au Cambodge (introduction du projet de recherche)

Frédéric Bourdier

► **To cite this version:**

Frédéric Bourdier. L'éveil de la société civile dans la lutte contre l'épidémie à VIH au Cambodge (introduction du projet de recherche). 2025. <hal-05138788>

**HAL Id: hal-05138788**

**<https://hal.science/hal-05138788v1>**

Preprint submitted on 1 Jul 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

*Papier introductif*

**L'éveil de la société civile  
dans la lutte contre l'épidémie à VIH au Cambodge**

Sous la direction de

**Frédéric BOURDIER**

**Préliminaires au projet de recherche financé par l'ANRS**

*« Roles, challenges and repercussions of the participation of people living with HIV/AIDS in the struggle against the epidemic in Cambodia (2007-2009) »*

Programme IRD/ANRS (Projet ANRS 12133)

Phnom Penh, septembre 2009

*A Ms. Chan Dina, pour son abnégation  
et son endurance*

*A Ms. Pen Mony pour son courage et  
son implication*

## **Table des matières**

Préface	4
Organigramme du programme de recherche collectif	8
Rappel des objectifs initiaux du projet et évolution de sa problématique	9
Evolution de la problématique et cohérence du programme collectif	12
Résumés des interventions	15

## Préface

En Asie du Sud-est comme sur les autres continents de la planète, la lutte contre le sida a mobilisé au cours de ces deux dernières décennies un nombre impressionnant d'acteurs opérant à différents niveaux d'intervention tant dans l'action même que dans la recherche fondamentale et appliquée. D'autres grandes épidémies ou certaines questions de santé publique avaient auparavant été l'occasion de regrouper développeurs, chercheurs en sciences sociales, cliniciens et intervenants de santé avec des institutions nationales et internationales mais aucune, si ce n'est plus ponctuellement avec le virus de la grippe aviaire, n'est parvenue à susciter un déploiement d'une telle envergure et sur un temps aussi long. Une des raisons est probablement à trouver dans ce côté insaisissable de l'origine et du sens attribuée à la maladie, autant dans ses composantes épidémiologiques que dans les représentations qu'elle suscita et continue encore à provoquer.

On sait que l'épidémie est avant tout un problème social et politique puisque, en l'absence de traitement et de vaccin, la transmission dépend primordialement d'une multitude de comportements humains. De même, la performance des réponses en termes de soins prodigués dépend du comportement des populations mais aussi, et surtout, de la capacité et de la volonté des Etats à prendre en charge les personnes contaminées nécessitant des soins et services complémentaires. Cette composante sociale de l'épidémie, pour ne mentionner que celle-ci, est unanimement reconnue mais elle reste toutefois en arrière plan des sciences médicales avec le développement des essais cliniques et des recherches axées sur des questions de santé publique exclusives

Ce point peut à lui seul justifier la contribution des sciences sociales dans la recherche des dynamiques sociales cherchant à rendre compte et souligner ce qui apparaît jusque-là sous-estimé ou carrément négligé dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida. Pour ne citer que cet angle d'approche, force est de reconnaître la pertinence d'une recherche conviant une équipe - aussi disparate soit-elle comme c'est le cas au Cambodge avec le présent programme - à se pencher sur les formes de mobilisation émanant de la société civile.

Loin d'être en contrepoint avec l'étude des politiques et des programmes mis en place tant au niveau local que régional, la décision de se pencher sur ce qui s'est initié, parfois non sans embuche, au niveau de la société civile<sup>1</sup> permet de rendre compte l'envers du décor.

---

<sup>1</sup> Par société civile, nous prenons en compte des personnes seules, regroupées ou en réseau ayant décidé de réagir de leur propre chef moyennant des actions incitatives destinées à combler ou renforcer les politiques locales mais aussi celles de certaines ONG nationales ou internationales). Nous n'incluons pas dans ce travail l'ensemble des ONG censées représenter ladite société civile (comme Médecins sans Frontières par exemple) mais nous privilégierons celles qui opèrent d'avantage au sein des communautés locales.

Cet argument est d'autant plus véridique au Cambodge où en dépit de l'achèvement (si souvent répété comme étant remarquable dans la littérature grise) de la politique nationale de lutte contre le sida on est en droit de se poser la question de savoir si ledit programme, actuellement en pleine phase de décentralisation, est en phase avec les besoins exprimés ou encore tus de la population. Rappelons que la lutte contre le sida fut initiée à l'origine par des ONG étrangères, faisant office de fronts pionniers notamment dans le domaine des soins et de la distribution des médicaments à partir de 2001 avec Médecins du Monde. La politique nationale, relayée progressivement pas le gouvernement, bénéficia dès le début des financements extérieurs dont on ne trouve aucun équivalent dans une autre contrée d'Asie du Sud-est. De nos jours les ONG restent toujours présentes, comme on le verra plus tard, mais dans une moindre mesure et surtout avec moins de flexibilité.

Dans cette perspective, aborder les dynamiques qui ressortent en grande partie de la société civile, celle envers qui la parole est rarement ou insuffisamment prise en considération, consiste à identifier la marge autorisant de mieux comprendre la structure. Soit dit en passant, mettre en rapport la relation entre marge et structure relève d'une méthode en anthropologie sociale qui n'a rien de nouveau. Par ailleurs, il n'est guère envisageable de se contenter des discours incantatoire sur les victoires du programme national, insistant sur les obstacles surmontés avec témérité et reléguant les dysfonctionnement ainsi que le manque de vision à long terme à des petites fautes de parcours et de simples obstacles surmontables. Ce discours chatoyant, teinté de la rhétorique des grandes agences internationales qui savent comment plaire, fut à plusieurs occasions mis en avant au Cambodge. Certes il insistait à juste titre sur l'évolution positive de la politique de lutte contre l'épidémie à VIH mais il en restait là. Il est toutefois regrettable que des acteurs occupant des postes importants se parlent à eux-mêmes, en cercle fermé, et s'intéressent insuffisamment sur ce qui se passe concrètement au niveau des communautés touchées par le VIH. Ces communautés n'ont d'ailleurs guère le droit à la parole, sauf pour valoriser ce qui vient d'en haut, mais surtout pas pour déclamer les boires et déboires pourtant si prégnants. Quelques individus y arrivent, nous le verrons, mais la tâche ne leur est aucunement facilitée au sein de la nomenclatura locale.

Encore une fois, il ne s'agit pas de passer outre les remarquables efforts intentés par de nombreux intervenants de tout bord ainsi que par les décideurs nationaux. Il suffit de se rappeler l'état de déliquescence des services publics de santé dans tout le Cambodge, tant en milieu urbain que rural, pour s'étonner de la performance de certains hommes et de certaines femmes ayant su, moyennant abnégation mais aussi par dévouement et travail acharné, relever le défi de l'avancée de l'épidémie.

Encore eut-il été judicieux de ne pas se satisfaire d'un programme imaginé de telle manière qu'il est possible de l'appliquer de part et d'autre de façon *mécanique*. Un système de santé, on le sait, ne fonctionne pas uniquement avec une quantité de lubrifiants quand bien même ceux-ci parviennent à saupoudrer élégamment l'étalonnage des modalités d'intervention. D'emblée, et cela reste encore vrai de nos jours en 2009 en dépit de certaines considérations sporadiques et ponctuelles, persiste la conception vivace, pour reprendre une expression de l'anthropologue Bernard Hours lors d'un séminaire dans les années quatre-vingt dix, que l'on détient le bon programme, les bons médicaments, les bons médecins formés, le bon personnel paramédical mais... pas les bons malades ni même la bonne société.

Plutôt que de chercher ce qui fait que des malades posent *in fine* un soit disant problème (le mot est ici pris dans son sens large) aux services de santé, une des alternatives plus constructives consiste à voir sur quelles logiques reposent leurs agissements ainsi que leurs

discours. Au premier abord si des membres de la société civile s'organisent et se mettent à revendiquer, c'est qu'ils ont quelque chose à dire.

Parmi ces personnes, il en est certaines qui se distinguent et, refusant toute relégation passive à un état de victimisation, décident d'être les porte parole de leurs compagnons voire de la société entière. Ils trouvent la force d'animer, de mobiliser et parfois de récrier certaines politiques du gouvernement. D'ailleurs, encore faut-il rappeler que les agissements de ce dernier risquent fort de ne pas porter les fruits escomptés s'il n'engage aucune concertation avec la société civile. Cette dernière remarque est d'autant plus vraie de nos jours où l'on assiste à l'éveil d'une nouvelle prise de conscience dont on ne connaît pas encore les ressorts.

Ce qui caractérise certains de ces activistes est non pas de se positionner systématiquement dans une situation de porte-à-faux avec les politiques publiques, mais d'intervenir, participer, et négocier. Sommes toutes, et nous le verrons ultérieurement, il est difficile de les caractériser de façon homogène vu les différentes tendances qu'ils expriment. Porteurs d'une vision démocratique doublée d'un parti pris pour le bien être des malades, certaines de ces personnes sont encore perçues comme des empêcheurs de tourner en rond alors que la plupart d'entre eux ne veulent *in fine* qu'améliorer l'écoute et l'échange entre les communautés les plus défavorisées et ceux qui décident, contrôlent et implantent.

La présente recherche collective retrace l'évolution de la contribution des personnes séropositives dans leur effort d'amélioration de la lutte contre le sida<sup>2</sup>. Plutôt que de vouloir rendre compte d'une vision statique un peu à la manière de ce que rendrait un appareil photographique fournissant un cliché dégagé de son contexte et de son histoire, l'étude privilégie la description des faits et leur analyse en les considérant comme un processus en cours, porteur de déséquilibre, en constant changement et jamais achevé. Elle se contentera donc, en l'état des choses, de déceler des pistes, des irrégularités et des mouvements, sans pour autant avoir l'ambition de conclure définitivement sur quelque chose qui n'est finalement qu'en cours depuis peu.

---

<sup>2</sup> Il eut été possible de s'intéresser aux personnes non atteintes par le VIH et qui participent également aux mêmes desseins. Vu l'ampleur du travail, nous avons préféré nous concentrer sur les personnes séropositives.



ក្រសួងសុខាភិបាល  
MINISTRY OF HEALTH

គណៈកម្មាធិការជាតិក្រុមស្រមៃ  
សំរាប់ការស្រាវជ្រាវសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងមនុស្ស  
National Ethics Committee for Health Research

លេខ ០៩៤.NECHR...

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
KINGDOM OF CAMBODIA  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ  
NATION RELIGION KING

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី ០២ ខែ ០៤ ឆ្នាំ ២០០៧

Mr. Frédéric BOURDIER  
Principal Investigator

**Project: Implication of PLHA in HIV/AIDS programs in Cambodia: the “experts patients” roles and challenges of this development policy**

**Reference:** March 16<sup>th</sup>, 2007 NECHR meeting minute

Dear Mr. Frédéric BOURDIER,

I am please to notify you that your request to involve Cambodian researchers to work on the project entitled “**Implication of PLHA in HIV/AIDS programs in Cambodia: the “experts patients” roles and challenges of this development policy**” has been approved by National Ethic Committee for Health Research (NECHR) in the meeting on March 16<sup>th</sup>, 2007.

Please be informed that NECHR will monitor the protocol implementation through the following means:

- Progress report
- Final report
- Patient/participant feedback
- Analyzing serious adverse events report (if applicable)
- Make site monitoring visits

The Principal Investigator of the project shall also submit a copy of the above documents to the committee’s secretariat at the National Institute of Public Health at #2 Kim Il Sung Blvd., Khan Tuol Kok, Phnom Penh. (Tel: 855-23-880345, Fax: 855-23-881949). The Principal Investigator should also be informed that there might be site monitoring visits from NECHR team during the project implementation.

Regards,

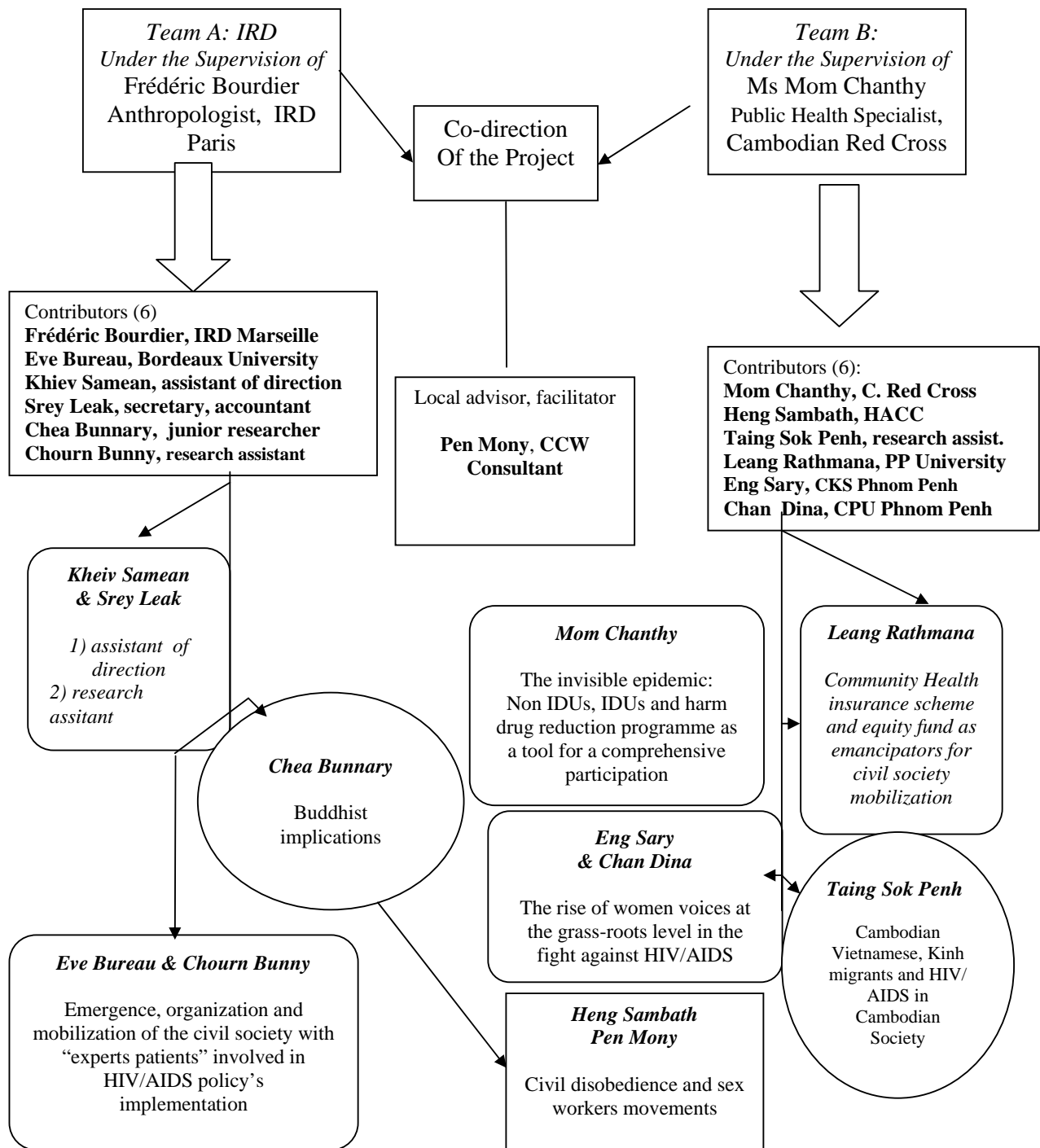
Chairman

H.E. Prof. ENG HUOT

លេខ ២ មហាវិថី គីម អ៊ុលសុង, ខ័ណ្ឌទួលគោក, រាជធានីភ្នំពេញ, ទូរស័ព្ទ (៨៥៥-២៣) ៨៨០ ៣៤៥, ទូរស័ព្ទដៃ (៨៥៥-១២) ២៨០ ៧៩០, (៨៥៥-១២) ៨៤២ ៤៤២  
# 2 Blvd KIM YL SUNG, Khan Toul Kork, Phnom Penh, Tel : (855-23) 880 345, Mobile phone : (855-12) 280 790, (855-12) 842 442



## Organigramme du programme collectif



## Rappel des objectifs initiaux du projet

Le programme de recherche en sciences sociales issu d'une collaboration entre l'IRD et le CKS a débuté courant avril 2007 suite à l'approbation du comité éthique de Phnom Penh. Si ledit programme était dans la continuité du précédent, financé par Sidaction de 2004 à début 2007, il n'en reste pas moins qu'une partie de l'équipe fut renouvelée. Conformément aux propos et aux objectifs de la nouvelle recherche qui vise à évaluer les retombées de l'implication des personnes séropositives dans la lutte contre l'épidémie, nous avons opté de recruter une partie des jeunes chercheurs déjà impliqués dans le domaine du VIH (la plupart ayant une expérience personnelle ainsi qu'un engagement dans le domaine de la santé) complétée par un autre groupe de jeunes chercheurs bénéficiant d'une formation davantage académique. La volonté de constituer une telle équipe de recherche est alimentée par le souci d'être plus facilement confrontée à une situation *in vivo*, mais aussi de recherche-action, où les membres sont à la fois engagés dans une ou plusieurs modalités de participation envers la lutte contre le VIH (le plaidoyer, l'accès aux centres de distribution de médicaments, la qualité des soins, l'approche communautaire...) mais aussi dans un travail de réflexion et de recherche venant compléter leur engagement personnel. En d'autres termes, leur contribution dans le programme de recherche, loin de les éloigner du travail médico-social qui était déjà le leur auparavant, les incite à adopter une position un peu plus réflexive sur les différentes formes de mobilisation qui sont à la fois les leurs mais aussi celles des personnes qu'ils fréquentent ou avec qui ils travaillent en partenariat. En regroupant un certain nombre d'acteurs cambodgiens - étudiants avancés, porte-parole de la société civile, activistes sociaux, volontaires d'ONG - nous avons fédéré un esprit de recherche collective où chacun des participants, bien infiltré dans les réseaux formels ou officieux de la société cambodgienne, est en mesure d'agir et de travailler sur un point précis qui devient sa thématique d'investigation individuelle, tout en interagissant en synergie avec les autres.

La contribution d'Eve Bureau, étudiante en thèse sous ma direction, vise à s'interroger sur les nouvelles dynamiques d'insertion des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre l'épidémie. Dans la phase actuelle de décentralisation où les besoins en ressources humaines augmentent, on assiste à une amplification du nombre de volontaires dans les centres de traitement. Sans véritable contrat de travail, leurs responsabilités sont vastes, mouvantes et peu rémunérées. Le volontariat prend un sens tout à fait spécifique dans le contexte cambodgien : il apparaît comme une forme de subsistance et occasionnellement comme un outil de promotion sociale. Les valeurs de solidarité, d'engagement vis à vis de la société sont souvent effacées, ou secondaires en raison des contraintes économiques et sociales que doivent surmonter lesdits patients experts mais aussi en raison des représentations locales du don, de la solidarité et de l'engagement. Les conditions dans lesquelles évoluent ces nouveaux acteurs donnent un aperçu des retombées individuelles, sociales et médicales que peut avoir l'implication des personnes séropositives. Un autre aspect important à souligner est l'impact politique de leur participation. Cette nouvelle initiative dans les projets de lutte contre le sida traduit une stratégie politique plus globale d'implication de la société civile permettant de parfaire les principes de la démocratie. Il s'agit là d'une stratégie où un membre de la société devient acteur dans les prises de décision et dans la définition des priorités de la lutte contre le sida. Au Cambodge, les retombées en ces termes n'ont fait l'objet d'aucune documentation et d'analyse, d'où la pertinence de notre approche.

Mme Pen Mony est une des activistes locales les plus reconnues tant nationalement qu'internationalement. En dehors de son implication continue dans le plaidoyer, pour ne citer que cette fonction majeure dans sa vie professionnelle, elle accepta d'être la conseillère « civile » du programme ANRS, apportant des informations à toute l'équipe, émettant des recommandations sur les points méritant d'être pris en considération et allant jusqu'à assister le travail d'analyse de certains. De surcroît, elle contribua personnellement à la recherche en prenant comme point de départ l'émergence de la notion de désobéissance civile dans le cadre de la loi contre la prostitution de 2008. Son propos vise à évaluer les conséquences de cette nouvelle régulation sur les droits de l'Homme, mais aussi concernant la prévention et l'accès aux soins contre le sida. Elle montre avec une certaine éloquence comment un phénomène issu des communautés de base aboutit à une forme innovante de réplique assimilable à un mouvement organisé de désobéissance civile.

Monsieur Tang Sok Penh, basé à Phnom Penh, avait initialement le statut de volontaire de santé, chargé d'assurer la liaison ainsi que la communication sur les nouvelles directives formulées par le gouvernement envers le sida. Il était chargé de diffuser l'information aux populations d'un district donné de la province de Kandal à proximité de Phnom Penh. Rompu à l'exercice d'établir une relation confidentielle et de confiance avec les villageois, son travail est essentiellement ethnographique. Il consiste à rapporter les faits, observations et paroles non seulement des patients mais de toute la chaîne des acteurs de santé/sida qu'il fréquente. Plus tard, il a été décidé qu'il concentrerait ses recherches personnelles sur la population vietnamienne résidant dans la capitale ainsi que dans deux autres provinces (Kandal et Sihanoukville).

Madame Mom Chanthy prend en compte la question sensible des usagers de drogue en relation avec le risque de contamination par le VIH. Elle s'intéresse plus précisément sur les initiatives provenant de la société civile qui adoptent une attitude plus compréhensive que celle du gouvernement, cherchant à donner refuge et soutien aux personnes usagères, tout en essayant de recréer du lien social et initier de nouvelles formes de solidarité.

Monsieur Rathamana s'intéresse à ce qui se passe auprès des personnes choisissant un certain type d'assurance santé. Il en compare deux, tout en sélectionnant deux sites d'investigation (à Phnom Penh et dans la province de Kampot au sud). Le propos vise plus précisément à rendre compte de la façon dont le système assurance, encore balbutiant et peu connu des populations, est conçu, organisé, mais aussi perçu par les bénéficiaires. Une attention particulière est portée aux personnes séropositives afin de voir si la notion d'assurance est ou non envisagée comme un investissement pour la santé en général, notamment les maladies opportunistes censées surgir. Il s'agit de voir si la notion d'assurance, au-delà des propos qu'elle recouvre, joue un rôle fédérateur au sein de la famille sachant qu'une adhésion est collective et non pas individuelle.

Monsieur Eng Sary s'intéresse aux formes d'émergence de société civile qui ne se positionnent pas systématiquement en accord avec les consignes gouvernementales. Son propos consiste à observer ce qui se fait et ne se fait pas tant au sein du gouvernement qu'au sein des agences internationales et des associations locales. Des personnes et des groupes pas toujours condescendants commencent à se développer çà et là, soit de façon autonome ou bien en réseau avec des appuis logistiques pouvant dépasser le niveau national. Ils encore du mal à se faire reconnaître par les décideurs et planificateurs de santé. L'auteur tente de voir sur quoi reposent leurs initiatives en les situant dans le contexte actuel des politiques nationales.

Chan Dina est dotée d'une longue expérience au sein d'une organisation militante travaillant sur le droit des prostituées et experte dans le plaidoyer envers la santé et en particulier du sida. Elle est familiarisée avec la recherche sociale dans un milieu difficile à pénétrer (maisons de passe, homosexuels, usagers de drogue intraveineuse...). Elle a décidé de témoigner dans sa biographie des formes d'engagement de personnes issues du milieu de la prostitution en insistant sur le domaine de la prévention et de l'accès aux soins contre le sida. Elle parle de sa vie non par voyeurisme mais pour rappeler qu'il existe des contextes particuliers de vie, associés à des formes de vulnérabilité spécifiques, qui ne sont pas suffisamment pris en compte, parfois déniées, et qui suscitent plus que de simples besoins mais plutôt des formes de revendications humaines et sociales. Ces plaidoyers furent longtemps inaudibles car ils étaient peu écoutés. Mais cela change : ils traduisent actuellement une volonté de mobilisation collective surgissant çà et là au sein d'individus ou de groupes qui s'organisent.

Le propos de Chea Bunnary est de passer en revue certaines formes d'implication de la communauté religieuse bouddhique dans la lutte contre le sida. Son objectif consiste à évaluer socialement leurs contributions. Initialement peu participatifs en comparaison aux groupes d'obédience chrétienne qui se développèrent à grande vitesse, les moines *Theravada* tendent de plus en plus à apporter leur soutien aux personnes souffrantes. Plusieurs d'entre eux demandent à être reconnus comme acteurs novateurs dans la lutte contre l'épidémie : ajoutant une valeur sociale bien entendu, mais aussi spirituelle. L'auteur passe en revue leurs façons de concevoir les relations avec les personnes atteintes et de quelle manière ils y procèdent. Après avoir porté attention sur les démarches religieuses inhérentes à la population, elle s'interroge ensuite sur le caractère mobilisateur de l'entreprise monacale et les types de relais que les pagodes, ou parfois de simples individus plus résolus que d'autres, établissent entre la société civile et les organisations nationales en charge de la lutte contre le sida.

## **Evolution de la problématique et cohérence du programme collectif**

La présente recherche est le fruit d'une recherche collective. Chacun des huit intervenants a choisi une thématique spécifique qui s'articule avec la problématique du programme général. Chacun d'entre eux a effectué ses investigations le plus souvent de façon personnelle, puis il a produit son document de recherche. Il n'empêche que les interactions entre les auteurs furent nombreuses et constantes, notamment sur le terrain. Elles permirent de fournir un sentiment de cohésion et d'influence mutuelle lorsque des membres de l'équipe abordaient conjointement le terrain : non pas en unisson car chacun conservait ses questionnements mais en complémentarité.

Les différentes contributions proposent des perspectives originales d'aborder le vaste thème de la mobilisation civile. Certains détracteurs ont été tentés de dire que ce qui se passe au Cambodge ne peut être dénommé « mobilisation » : ce vocable est trop fort, trop socialement et politiquement connoté. Notre hypothèse de travail va à l'encontre d'une telle idée qui ne fait que reprendre les dires du gouvernement et de ses experts bien pensants lorsqu'ils prétendent que rien ne peut émaner spontanément des bas-fonds de la société civile. Au mieux peut-on lui consigner des tâches, lui assigner de petites missions de médiateurs, mais en lui enjoignant d'obéir sans trop réfléchir.

Les témoignages et réflexions présentés plus loin montrent au contraire l'émergence de plusieurs formes mobilisations, parfois silencieuses comme celle des moines et d'autres fois plus revendicatrices comme celles des femmes activistes. Le propos n'est pas ici d'établir un hit-parade en fonction de celui qui s'active le plus et parle le plus fort, mais de montrer les mécanismes et les rouages sociaux qui permettent à certains de se positionner pour un changement perçu comme essentiel.

Les écrits des auteurs issus d'un environnement social hétérogène (milieu académique, membres d'ONG, activistes) reflètent des propos teintés d'idéologies variées et c'est ce qui fait la richesse de leurs réflexions conjointes. Comme on peut le constater à la lecture des documents, il n'y a pas de consensus établi et il y a même des oppositions, des contradictions. Mais la diversité des interventions laissées au libre arbitre de chacun des auteurs atteste de la diversité des formes de mobilisation civile qu'il est à ce jour possible d'identifier dans la société cambodgienne.

Le choix des sujets traités ne répond toutefois pas au hasard. Il représente les axes majeurs d'intervention parmi lesquels s'infiltré l'émergence de voix dans la société civile. Ces voix, mais aussi ces pratiques, dont la résonance n'avait pas encore fait l'objet d'une étude suivie. Celle-ci prennent plusieurs tournures et oscillent entre le politique, le social et l'activisme insoumis tout court. Si l'on devait trouver un dénominateur commun, c'est dans leur mode opératoire. Toutes les initiatives qui se déploient à ce jour sont issues de la base et ce sont des mouvements qui partent d'en bas pour susciter l'attention de ceux qui détiennent les arcanes décisionnels. Le propos est de se faire entendre et de témoigner de ce qui est trop souvent passé sous silence. Il y a certes des entreprises qui sont plus ou moins commanditées d'en haut et pas seulement au niveau national. L'intégration des « patients experts » relève par exemple d'une approbation internationale revendiquée par les Nations Unies et ne se retrouve pas qu'au Cambodge. Mais quand bien même l'intention vient des strates supérieures,

l'intérêt de l'approche en sciences sociales réside dans la recherche des formes d'ajustements qui s'opèrent chez lesdits patients-experts.

\*

Les sujets traités peuvent sembler a priori disparates et le lien peut ne pas apparaître évident de prime abord. Un tel cloisonnement saute peut-être aux yeux d'un observateur extérieur mais l'articulation des thématiques envisagées, depuis l'accès envers un système de recouvrement des coûts jusqu'à la proclamation des droits les plus élémentaires pour les travailleuses du sexe en passant par l'intervention du clergé bouddhiste, fait sens pour le commun des mortels. Les gens initialement les plus dépourvus d'assistance perçoivent tous les soutiens qui prennent contexte dans leur milieu social comme autant d'opportunités de s'en sortir pour obtenir des conditions de vie plus décentes. Ce ne sont pas des « opportunités » au sens péjoratif du terme, où l'on pioche de la même manière que l'on essaye à l'avenant tout ce qui se présente sous les yeux, mais des formes essentielles de référence susceptibles d'assurer la survie quotidienne ainsi que des projets sur le plus long terme. C'est dans cette optique que la recherche sur la lutte contre le sida est abordée dans le présent programme.

On est parti du constat que les marges de manœuvre et de négociation restent faibles - en dépit des propagandes officielles - dès lors qu'une véritable prévention assortie d'un juste accès aux soins sont espérés par la population. Il ne peut y avoir par exemple d'accès équitable à la prévention et aux soins tant que ce qui relève du droit élémentaire continue à être perçu comme relevant d'un privilège. Et ce sentiment qui implique des pratiques de soumission reste profondément ancré. Plus encore, des personnes se voient accusées de se protéger de la transmission par voie sexuelle : depuis 2008 les travailleuses du sexe sont arrêtées par les forces de l'ordre si jamais on découvre des préservatifs avec elles.

D'un autre côté, force est de constater que l'augmentation exponentielle des drogues est en train de remettre sérieusement en question les formes d'accès aux soins ainsi que l'attention des usagers de drogues aux stratégies de prévention dans la mesure où ces dernières en viennent à passer au second plan. La réaction originelle d'un gouvernement mal préparé à gérer la question (en créant des centres de détention pompeusement dénommés « centres de réhabilitation ») ne fait que repousser une véritable prise en charge qui serait pourtant la condition *sine qua non* d'une réponse plus constructive. Là encore, observer ce qui se passe, encore un peu trop en catimini, au sein de certains éléments de la société civile proposant des voies alternatives permet de montrer d'autres stratégies envisageables. Des formes de solidarité sont encouragées et quelques rares associations travaillant à bras le corps auprès des usagers de drogues tentent de fournir des propositions moins tranchantes que celle imposées par les autorités qui n'y voient qu'un mal à se débarrasser à tout prix.

On retrouve dans un tout autre contexte l'émergence de formes de solidarités plurielles chez les Vietnamiens. Naviguant entre la discrimination et la tolérance vis-à-vis des Khmers, les populations vietnamiennes ont compris l'utilité de s'organiser en réseaux, de développer des systèmes d'entraide qui se retrouvent dans une multiplicité d'activités y compris dans la santé. Cette solidarité transcende les frontières, comme nous le verrons plus tard, et permet aux nouveaux migrants arrivés de leur contrée de se retrouver au sein d'unités sociales leur procurant soutien social mais aussi assistance pratique quand le moment est venu de

bénéficier d'une attention médicale et psychologique. Il ne s'agit pas ici d'une mobilisation institutionnalisée mais de quelque chose qui ressort davantage de l'informel et relève des pratiques quotidiennes. Elle n'en demeure pas moins intéressante à mettre en avant car elle montre la capacité d'une partie bien circonscrite de la population à se « débrouiller avec les moyens du bord » sans attirer l'attention du public, pour la simple raison de ne pas vouloir faire figure de stratèges profiteurs cherchant à s'immiscer à tout prix dans la société khmère qui les regarde parfois, mais bien entendu pas toujours, de façon envahissante.

\*

Les grandes lignes du programme n'ont pas été altérées mais des événements survenus lors du déroulement des enquêtes de terrain ont incité certains des intervenants à se pencher sur de nouvelles dynamiques. Une telle démarche ne rentre absolument pas en contradiction avec le tracé du programme puisqu'il a été dit et redit que nous entendions mettre en lumière un processus et non pas une image figée de la réalité. C'est ainsi que l'initiative d'une recherche pourtant sur la notion de désobéissance civile est apparue. Nous n'y pensions pas auparavant (puisque'elle n'existait pas encore !) mais ce n'est qu'après avoir constaté en cours de route les réponses inattendues d'une partie de la société civile envers la loi interdisant de façon indiscriminée la prostitution qu'il est paru pertinent d'en évoquer le cas. On avait de surcroît l'avantage de pouvoir suivre *in vivo* les répliques des opposants et d'observer la façon dont le mouvement de contestation s'organisait dans la rue. Il en est allé de même envers notre attention sur les usagers de drogue. Au début du programme, rien n'était encore vraiment visible quant aux interventions d'associations khmères. Elles existaient à Phnom Penh mais restaient balbutiantes et sans grande emprise. Puis elles obtinrent en peu de temps une plus grande visibilité et commencèrent à attirer l'attention autant chez les usagers de drogue - visiblement perdus, abandonnés et ne savant plus où aller ni que faire pour s'en sortir - que chez des représentants d'autres ONG mais aussi chez des membres du gouvernement confrontés à l'échec de leur politique répressive.

Le programme de recherche s'est étalé sur plus de deux ans et si nous avons mis un terme à nos investigations, c'est davantage par contrainte de temps que par absence de nouveaux développements. Tout ne fait que commencer, aurait-on envie de dire. Outre les actions entreprises par les moines *Theravada*, les syndicats de prostituées de Tuol Lork (un quartier de Phnom Penh), les Vietnamiens recueillant leurs compatriotes, les anciens usagers de drogue et les activistes femmes cherchant à rendre un minimum de dignité à ceux et celles qui l'ont perdu, d'autres intervenants vont probablement voir le jour. Tous vont s'impliquer d'une manière ou d'une autre dans la lutte contre le sida. En ce sens, l'observation des acteurs se réclamant de la société civile ne fait que commencer et si l'on pouvait s'octroyer le droit de s'écarter de notre position scientifique tendant vers la neutralité et l'objectivité, on aimerait alors que de telles initiatives, pour autant qu'elles soient justifiées, en viennent à porter leurs fruits et retenir l'attention du gouvernement.

## **Résumé des interventions**

### *1) Mony Pen & Eng Sambath, Towards the Emergence of Civil Disobedience in the Time of HIV/AIDS Epidemic in Cambodia.*

The present paper presents a narrative report of a 6 month research questioning one of the first emergences of Civil Disobedience in the time of HIV/AIDS epidemic in Cambodia. The field work activities, mostly in Phnom Penh, have been done from November 2007 to April 2008.

The scope of the problematic was to outline a particular social mobilization of Cambodian female sex workers – and some supporters - in the time of the HIV/AIDS epidemic, along with a more timid and recent contribution of male sex workers. It was decided to focus on this movement having social and political components, because such dynamics occurred during the time of our fieldwork and during the time of the overall program. The authors have been in position to follow the evolution of activities which provide a totally innovative response of the civil society at the grass-root level. This response reflects a new position of social actors so far perceived as passive, non organized and non visible when it comes the moment to raise the voice. In that context, and by concentrating on a debatable government decision process, the effects of policies by means of law could be observed very rapidly because law reinforcement have been implemented hastily, We insisted mostly on the impact related to HIV/AIDS program, with a particular focus conferred to sex workers in Phnom Penh.

Nobody can deny that HIV/AIDS prevalence has decreased partly as a result of sex workers' motivation to protect themselves, their families and their clients. Prevention and care services have been so far supported and delivered by communities, local/international NGOs and Cambodian government. It has been mostly successful when female sex workers had access to orderly workplaces, friendly primary health services, information, ARV treatment, and affordable/free condoms. The NCHADS director was still claiming with a certain comfort that condom use in brothel was at high of 95% (Cambodia Daily 2008, September 20: 7), even if according to other sources it has been least successful when sex workers and their families are subject to harassment, violence, arbitrary arrest and detention, and confiscation of property.

Once the anti-trafficking law accepted, the AIDS Commission in Asia recognized the crackdowns that drive the sex industry underground. Obviously, it has hindered efforts to prevent HIV as before, and the infected sex workers have more difficulties to avoid becoming ill, being afraid to be identified if they go to public centers. The commercial sex venues that have survived are either hidden in closed guesthouses and in the very darkest corners of the cities deep within densely populated areas. They also operate under a guise such as karaoke or massage. Outreach workers throughout the country are reporting sex workers refusing to take condoms, citing fear of arrest as their reason. The 100% Condom Use Program (100% CUP) introduced by the government has been based on police visiting brothels to ensure sex workers can attend STI clinic and to make sure condoms and HIV/AIDS information being available. But the program has clearly collapsed since recently with the police announcing that they will close brothels instead of providing HIV/AIDS services, empowering sex workers to use condoms (as the National AIDS Authority claim they have been doing since the 100% CUP was introduced in 1999).

The Law on Suppression of Human Trafficking and Sexual Exploitation was introduced on March 3<sup>rd</sup> 2008 to suppress human trafficking and sexual exploitation. The law was drafted in Cambodia by a UNICEF consultant and introduced into the parliament by the Deputy Prime Minister. It is based on model anti-trafficking legislation developed in the US that aims to reduce sex trafficking by cracking down on the entire sex industry. In Cambodia it has been justified as defending Cambodian culture and the dignity of local women.



Under the new law soliciting for prostitution and various types of sexual behavior for reward and erotically stimulating images are illegal. The law penalizes all sex with children and people under 18. For the others, it does not distinguish trafficked women from other sex workers. In this way the law criminalizes almost all social and financial transactions connected to sex work, whether they are abusive or consensual. It applies to both male and female. Since the law was introduced, brothels, bars, street areas, and karaoke clubs across the country have been closed (even if some have been re-opened under other labels later on). More often they changed the way they operated. Hundreds of people have been arrested and jailed for trafficking, procuring and soliciting. This has led to loss of livelihood and liberty of hundreds of women. Sex workers are enraged at this loss of livelihoods, property and basic human rights protection. Sex workers organizations gathered powerful evidence to support the allegation of serious abuses including rape, violence, theft and unlawful detention by police, prison guards and NGO staff that have been made across the country.

Displaced and unemployed sex workers are more vulnerable to abuse, trafficking and HIV infection as they scramble to survive the crackdown and jail by hiding and moving. While many venues have closed or moved, some remain open but they ostensibly offer only massage or karaoke and deny that sex is available. Condoms, which *de facto* become a signature of women' activities, are forbidden in those venues and there are reports that verified the use of HIV prevention and care services by female sex workers has been reduced since the new law was introduced. Even if the research is limited in time and has no pretension to forecast the future, this document has been presented and shared with other stakeholders (CACHA, CPU, PWLHO, WNU, UNGASS) for giving feedback on the ongoing sociopolitical mobilization of people that immediately came afterwards.

2) *Eve Bureau, Les « patients experts » au Cambodge. Itinéraires, rôles et enjeux de leur participation à l'accès aux soins contre le sida.*

Ce document est la synthèse d'une recherche en anthropologie sociale sur la participation des patients experts dans les programmes VIH/sida au Cambodge. Le recueil d'information s'est organisé au cours de quatre missions de terrain, d'une durée de trois à six mois chacune, entre février 2006 et avril 2008. L'analyse s'est construite progressivement au gré des périodes d'immersion et de mise à distance avec le terrain.

Depuis 2002 au Cambodge, une nouvelle catégorie d'acteurs émerge dans les équipes de soins. Des personnes séropositives travaillent en tant que volontaire, éducateur, médiateur, psychologue, conseiller psychosocial ou à la prise de médicament, et sont établies à toutes les étapes du parcours de soins des patients. Ces personnes, qui avaient jusque-là un rôle limité à celui d'usager du système de soins, sont de plus en plus nombreuses à être recrutées pour participer aux activités les concernant.

En tant que maladie chronique complexe à prendre en charge par l'institution sanitaire, le VIH/sida voit sans cesse de nouveaux protocoles de santé publique se redéfinir au fur et à mesure de son évolution. Des modèles sont conçus par les experts des organisations internationales pour être appliqués à grande échelle dans des pays à forte prévalence. Le phénomène de la participation des personnes séropositives dans les programmes sida fait partie de ces prérogatives internationales. Il s'est développé au Cambodge au même moment où des organisations de santé publique internationale préconisaient ce modèle dans leurs protocoles (OMS, ONUSIDA, MSF, Institut de médecine tropicale d'Anvers). Les experts en santé publique utilisent le terme de « patients experts » et/ou de « pairs » pour qualifier ces acteurs de la lutte contre le VIH/sida. Ils partent du postulat qu'un des meilleurs moyens de transmettre aux individus des informations sur cette maladie est de les sensibiliser par des

semblables, avec ici comme principe de similitude la référence à l'état de santé à l'égard du VIH.

Le Cambodge est un contexte propice à la diffusion de modèles internationaux. Après trois décennies de guerre civile, le pays s'est reposé sur l'aide internationale pour reconstruire ses infrastructures. Le pays évolue désormais avec la présence d'organisations internationales en tout genre, et voit son système de santé restructuré par des intervenants étrangers ayant des systèmes de référence et des modes d'intervention très hétéroclites. La recherche est réalisée à Phnom Penh, où sont concentrés les programmes d'accès aux soins, ainsi que dans trois provinces où la dynamique d'implication des patients experts est particulièrement établie, avec des particularités régionales.

Dans cet environnement mondialisé, nous essayons de comprendre comment le modèle globalisé de la participation des personnes séropositives se diffuse et s'enchevêtre avec les dynamiques locales. Comme il s'agit d'un processus décisionnel venu « d'en haut » dont l'émancipation n'émane ni des patients, ni des acteurs cambodgiens, nous cherchons à mettre en lumière les stratégies d'assimilation, d'évitement et/ou d'hybridation produites en réponse à l'introduction de ce modèle.

Les modèles de santé publique ne sont pas neutres, ils promeuvent les valeurs, les systèmes de représentation, les manières de faire d'une culture sanitaire spécifique. Le modèle de la participation repose sur un corpus d'idéaux philosophiques et humanistes fondateur des démocraties contemporaines (principe d'égalité, répartition du pouvoir, partage des savoirs, droit de tous à la parole). Or, le contexte politique du Cambodge n'est pas gouverné par tous ces principes et le modèle de la participation engendre des paradoxes, où des valeurs de contrôle rivalisent avec celles de démocratie.

La participation citoyenne, l'expertise profane, ne sont pas spécifiques aux politiques de lutte contre le sida, ni au secteur de la santé, elles font partie d'un processus politique plus large issu d'un héritage intellectuel complexe inhérent à l'histoire des sociétés occidentales. Les dispositifs participatifs apparaissent aujourd'hui comme le fer de lance des démocraties contemporaines, et ils se mettent en place un peu partout dans le monde. Or, ces dispositifs s'appuient sur un ensemble de valeurs sociales et politiques qui ne sont pas universelles, et pour atteindre les objectifs institutionnels escomptés dans le contexte cambodgien, des bouleversements structurels et sociaux profonds sont nécessaires.

La participation dans le contexte cambodgien produit des transformations intellectuelles et relationnelles qui bouleversent les trajectoires individuelles, cependant de nombreux acteurs locaux mettent en place des stratégies pour conserver leurs positions dominantes et éviter un décloisonnement du pouvoir vers ces nouveaux acteurs du système de soins. Aux différents niveaux où les patients pourraient négocier et/ou donner leur avis sur les décisions concernant les activités de lutte contre le VIH/sida, des mécanismes sont activés par les praticiens locaux pour minimiser leur marge de manœuvre. Les sphères de pouvoir dominantes n'adhèrent pas aux principes d'égalité, de répartition des pouvoirs, de reconnaissance de nouveaux acteurs sous-jacents à ce modèle, et elles exercent un contrôle des patients experts. Ainsi, de nombreux effets recherchés par la participation sont annihilés par ces stratégies de contournement. Même si quelques personnes revendicatrices et coriaces commencent à se faire connaître, et à être sollicitées dans l'espace public, elles se comptent sur les doigts d'une main et leurs prises de parole font difficilement contrepoids pour orienter les décisions.

Si pour le moment les ordres existants apparaissent préservés, la participation est active à tous les niveaux et produit nécessairement des effets. Dans ce contexte, où l'opposition est fortement réprimée et où la participation ne joue pas un rôle de contre-pouvoir, la présence et les pratiques des personnes séropositives, aussi dominées soient-elles, exercent une influence et des transformations sociales. Les patients experts se construisent malgré tout comme un nouveau « corps professionnel » dans les activités de prise en charge du VIH, et ils disposent

d'un réel ancrage dans la société cambodgienne. Les transformations sont minutieuses et lentes, l'avenir seul dira si les formes de participation observées actuellement masquent une centralisation persistante du pouvoir (Mosse, 1994), ou bien si elles annoncent l'amorce d'un accroissement du pouvoir des patients experts.

3) *Rathmana Leang, "New Integration of Health Financing Model and HIV/AIDS Exposure: Local Reaction towards the Social Security Coverage and Poverty Reduction Oriented Schemes" (Case studies in Kompot Province and Beoung Kok Slum in Phnom Penh)*

Health cost is found to be the main cause of poverty. Its effects deprive the households severely, most of the time not only the loss of productive assets, being indebtedness but also ill-being as well as the waste of time and labor for production. Because it roots in deprivation and poverty, Ministry of Health in Cambodia has employed a series of pragmatic mechanisms to better health service provision. The reform started with the launching of user fee and afterwards health equity fund and health insurance in some piloted provinces. All these schemes have been found to be effective to address the health access of the poor to healthcare but simultaneously, appear some weaknesses. The factors lead to develop a new paradigm of health sector which is full of better characteristics such as financial sustainability, high quality, effectiveness, participation and pro-poor. This scheme is known as community-based health insurance which its design is expected to attain the above goals. The scheme is built up by integrating health equity fund scheme and health insurance scheme.

The study was employed qualitative inquiry to answer the research questions, mainly focusing on the people reaction toward the schemes. The key issues can be precisely defined as the following: logic of involvement, adverse selection, equity fund and transition for health insurance, and PLHAs and health insurance products. The study was conducted in Kompong Bay village in Kompot province and Beoung Kok slum in Phnom Penh. The total sample is 50, including social activists, volunteers and representatives of NGOs and CBOs.

The study finds out that people involves in the scheme, mainly because they are attracted by the promise of the scheme, and the traditional saving methods and reciprocal relationship to a lesser extent is not so practical now. Peer pressure and negative past experience tends to strongly influence the decision for engaging in the scheme. Typically, the social cleavages are the groups who have less access to the awareness raising platforms and less commitment to abide by the guidelines proposed by the scheme.

The scheme faces up a challenge of drop out effect. Some members do not commit for long term membership because of the idea for personal gain such as ill-health and so on. Meanwhile, the others are involuntary to drop out from the scheme due to the ability to pay premium. In this case, ability to pay is explored to be the critical issue as there are a variety of factors interrelating to each other. Among all, who should pay the premium is a challenged question not for the answer but generally for the practicality. This issue embeds a role of gender perspective, power relation between men and women, management of the clan, role of women in the household and power for cash allocation.

For the doubt that whether the equity fund can create a path for health insurance or not, the study can draw up a conclusion that the positive and good performance of the hospitals contracted by the equity fund shows a trend of high involvement of the poor in the future. The case study in Kompot where equity fund and health insurance is insured by the sole organization (SKY), the poor/ class 1 group express their strong willingness to involve in health insurance scheme. In return, the case in Beoung Kok in Phnom Penh has almost the same trend although the key informants have no health insurance experience. The poor in this

squatter regards health insurance product as their social safety net if the health equity fund is no longer available. However, they buy insurance unless the same/better quality of health service is provided. To synergize the findings from the cases, the main stimulators can be conceptualized into 3 groups- trustworthiness of the scheme, positive experience and ability to pay.

Health insurance in both case studies becomes a wanted product for the PLHAs and their households. The need of the PLHAs for health insurance through equity fund or voluntary purchase is important to secure them for unexpected health shocks and any accidents. Typically, some services are not free for PLHAs, especially those does not include in the HIV/AIDS department such as surgery, baby delivery and so on. In this context, PLHAs should be viewed and evaluated the living standard since they also confront to other normal diseases listed in insurance menu. It means that they all need such social safety nets in order to escape from poverty or vulnerability coming from health catastrophic, especially for their non PLHAs members.

To make this scheme sounds a long term mechanism in health sector, for the sake of saving the poor and improving the performance of hospital, a broad-based participation and trust building need to be promoted with high committed effort. The wanted success now requests only more comprehensive understanding of the scheme, willful spirit of responsible key actors and a smooth collaboration between all stakeholders.

#### *4) Chea Bunnary, Buddhist Response to HIV/AIDS Epidemic in Cambodia*

Since 1993, Cambodians is severely facing the HIV/AIDS epidemic. From the government to the grassroots level, both local and international NGOs, religious community, local people and PLHAs are trying to find various and innovative strategies to fight against the infectious disease in order to reduce the deaths caused by HIV/AIDS as well as the socio-economic and cultural impacts of the epidemic.

Our intention is to study the co-social intervention of religious men and the responses of PLHAs in relation with this religious involvement. The subsequent correlated objectives will be first to examine how some religious men work along with PLHAs in terms of awareness raising, stigma fighting and other support group activities, either at the community level or at the individual level. The second one will be devoted to explore various levels of participation of the religious men. The last one, being the heart of our problematic, will consist in finding out socio-religious activities transmitted from monks to PLHAs in the field of counseling, advocacy, solidarity, and rights awareness.

The first step to reach our study objectives consisted in reviewing research articles, periodicals including the grey literature written by NGO and other relevant materials. However, we found that all this second hand material was not enough for this particular study. Yet we needed to investigate more focus points of interests, through personal ethnographic research, which have been so far neglected or underestimated in order to strengthen our scope and give more significance for this research.

Moreover, through our field trips, we meet our objectives and our main findings for this study. In fact, the monks from Theravada Buddhism have played, and are still playing, a very important role in Khmer society. With the outbreak of the epidemic, they progressively got involved with NGOs working with civil society. In the early nineties, PLHAs were considered as hopeless people and it was common to hear in Cambodia that they were having mental illness just because of their disease's name. In the coming years, the situation has, to some

extent, improved but social discrimination is still prevailing even nowadays. Infected people consider themselves as abandoned people and live outside their community/society, either by choice or by social pressure and constraint. Stigma is strong and recurrent. Before the major campaigns by the Cambodian government and the NGOs regarding HIV/AIDS prevention and awareness, many PLHAs were living with disappointed feelings and were discriminated by their own family, their colleagues and their community. They did not even try to continue to live at that time. Death was a social, more than biological, natural outcome. A monk who was a leader of an NGO called Kien Kes Health Education Network (KHEN) informed that before 1997 many PLHAs suffered because of HIV/AIDS stigma. A revealing indicator is that when three cremation buildings used for cremating PLHAs corpses (for about seventeen corpses at the same time) there were neither relatives nor their neighbors attending the death ceremonies: only the monks in Vat Kien Kes helped managing the rituals.

PLHAs have appreciated monks' assistance and in many aspects they got some positive returns for their knowledge on HIV/AIDS. They seek help from some types of monks who work on HIV/AIDS and, nearly most of the time, who are involved with NGOs projects that can provide infected persons a certain support on food, medicine in addition to mental illness release. On the other hand a social categorization is operating and, nearly systematically, sick people don't try to seek help from "normal" monks at pagoda whenever they go to offer their food to them during Buddhist ceremonies or on Khmer New Year. That is because they suspect, under the pretext that they don't know these monks' feelings for "helping the others", their potential lack of interest in case they start talking about their problem relating to health issues, HIV/AIDS and other related social crises. A differentiation is created: monks are not the same and the sufferers feel that some of them are not in position to provide support or help AIDS victims. Most of the laypersons prefer to open themselves, cooperate and talk with monks or nuns who are involved in NGOs' projects working on HIV/AIDS. Some monks in Battambang province, living in Pagodas but not associated with socio-medical projects related to the epidemic, affirm such predicament that they rarely meet any PLHAs with whom they ever had any contact. Interestingly only the religious men associated with NGOs are requested by infected patients who come to seek help from them either for mental health, spiritual questionings or for HIV/AIDS consultation. Probably those monks can help solving many of PLHAs' psychological and social difficulties through NGOs' projects.

The study finds the crucial role of Buddhist monks in socio-cultural bereavement of PLHAs and their family in terms of reducing some of the major social consequences of the HIV/AIDS epidemic in Cambodia. Therefore, the program set up by IRD to do research on social mobilization operating at the grass-roots level provides a significant data analysis to improve Cambodian situation on HIV/AIDS epidemic regarding the Buddhist role in this society. Having in mind that, definitely, if the present universal access to treatment with ART is expected to improve the biological situation of the infected persons, it cannot solve alone the social burden of what Jonathan Mann already used to call the "third epidemic".

##### *5) Eng Sary, Nature and Particularities of the Social Mobilization of Cambodian Women Living with HIV/AIDS in the Fight against the Epidemic*

The emergence of a grassroots movement in the fight against HIV/AIDS stems from collective activism of PLHIV whose needs and experiences are not being addressed by current HIV/AIDS-related programming. The HIV/AIDS program at the national level sometimes does not reach far enough or it ignores the real needs of PLHIV regarding basic needs and

social dislocation. HIV/AIDS is not only a medical condition but also a social phenomenon that caused social problems, such as stigmatization and discrimination, and economic problems, such as a basic needs shortage. Furthermore, the experience of having HIV/AIDS (in the family) often creates tension between PLHIV and non-PLHIV in the community and it is particularly the vulnerable groups (such as single mothers with children or families lacking a parent) that suffer the most.

The demographic changes in the incidence of HIV/AIDS indicates that it is precisely these vulnerable groups who have not benefited from national programs for prevention and treatment and whose experiences are actually in contrary to the trend of decreasing transmission.

Currently, empowerment programs from local and international NGOs help to advocate for and secure some basic needs for some PLHIV; civil society also serves to encourage policy makers to make considerations for HIV/AIDS-related problems not typically included in public programs. But the limited resources of these programs and the difficulties inherent to addressing more complicated social dilemmas have meant that the scope for adapting new programs has been small.

The implication is that crafting an effective and comprehensive response to the HIV/AIDS epidemic will require that public programs learn from and, to some degree, rely on a bottom-up mobilization. In that respect, the participation of women living with HIV/AIDS appears has a very crucial issue in Cambodian context.

The participation of women in the nascent social mobilization has established that organizing and advocacy can go a long way toward highlighting the evolving problems and solutions of the HIV/AIDS epidemic. There is considerable room for complementary action in combating HIV/AIDS if cooperation and channels of communication can be opened and respected between the public and grassroots sectors. Under these considerations, the present paper examines some significant involvements of women after the outbreak and during the fight against the epidemic in two particular places in the country. Our analyses shows up to which extent some women, and sometimes groups of women, manage to enhance themselves in a socio-cultural context where women used to be traditionally quite submissive to men.

Interestingly the HIV/AIDS epidemic acts, as in other countries but definitely in a different way which is particular to Cambodia, not only as a revelator of what was hidden in the society but as an accelerator of some social changes, specifically the emerging capacity of women to better control their personal decision-making and to negotiate gender relationships in a more constructive way than before. If it is right to mention that these changes have been offered to women by the great majority of international agencies and NGOs who are more keen to strengthen women' position than men', nevertheless women behaviors did not change only because of external considerations: women themselves took the opportunity to raise their voices and decided to join together in order to advocate and to act for the well beings of their fellows as it has been concisely depicted in the text.

*6) Mom Chanthy, The emergence of a grassroots movement for harm reduction in Phnom Penh, and Battambang in Cambodia (2008-2009)*

According to official declarations, Cambodia is facing an increasing problem of “illicit”<sup>3</sup> drug use which is liable to increase the vulnerability to the HIV epidemic. The National Authority for Combating Drugs (NACD) information center reported 6,098 illicit drug users and 1,090

---

<sup>3</sup> The term illicit is having a normative connotation which is not used by persons and associations involved in harm reduction programmes. For commodity, the term illicit will be employed in order to reflect its legal component.

treatment admissions in 2006. Subsequently the extent of the challenge to be understood is the dynamics of the situations for planning and implementing a practical effective drug control strategy.

The IRD Cambodian researcher's team funded by ANRS (National Agency For AIDS Research), France has been working in membership with HACC and in collaboration with Government and NGOs who are working on harm reduction in Cambodia. The center of attention of the research design is the newly emerging grassroots movement for harm reduction in Phnom Penh and in Battambang province (north-west of Cambodia). The study insists on the knowledge and practices related to HIV associated with harm reduction, with a particular focus on cultural behavior, health services and existing discrimination among drug users.

The question related to illicit drug use appears to be concentrated among the youngest populations, including poly drug users. Adolescents from 16 years old, street children (particularly those living without families), sex workers, and people working in labor-intensive industries appear to be the populations most at risk of illicit drug use.

One main finding is that the people are using drugs because of the lack of knowledge of the potential health consequences. Most of them are jobless and have no support system available in their immediate environment, especially drug treatment. Parents of drug users do not know how to support and give advice to their children when the children use drugs or become drug addicts. Subsequently they send them in a police rehabilitation center to provide education. It means that most of drug users in rehabilitation center are not volunteers to stay and “re-educated” by force either by the police or by their own family.

The challenge is that drug users do not want to disclose their status because of stigma and discrimination. So far, there is a lack of support on health services related to drug user treatment such as methadone. Most of drug users are affected with psychological problems and we can observe that it leads most of them to become gangsters. Crime and antisocial activities are therefore prevailing among people in community because drug users need money to buy drug. Such situation is particularly visible and challenging for social workers who, in collaboration with the police, have to considered a drug user either a as criminal or a victim.

On the whole, the study result shows that the drug user situation in Phnom Penh is at high risk behavior related to HIV because few people are using a new needle for repeated injections. They have more chance to become infected with the virus. For the young people in the community, most of them are jobless and it becomes easier and tempting, to make them involved in high risk behavior, including by taking attractive drugs which make them forgetting the reality. Many of them, frequently, become part of gangs and are roaming in the cities. Such social dynamics which lead to acute vulnerability on AIDS is increasing because of lack of education, awareness and understanding on HIV risk behavior.

The secretariat-General of the National Authority for Combating Drugs (NACD), part of the Ministry of Interior, is recently responsible for drug policy coordination and implementation, while the National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS) from the Ministry of Health. It has routine surveillance systems in place for monitoring national HIV/AIDS program activities. There are a number of NGOs, which deserve to be more identified in terms of ideologies and implemented activities, providing a range of services for populations considered to be at risk of using drugs. Activities includes health facilities related to illicit drug use, outreach/peer education, HIV prevention intervention, and drug treatment, rehabilitation, and social reintegration. Three NGOs - different in size and scope - are collecting drug data as part of their program activities: Mith Samlanh (affiliated with Friends International), Korsang, and Family Health International (FHI). Mith Samlanh (a drop' in place and rehabilitation center for children) and Korsang (grassroots activists with harm

reduction program) are playing key roles in the provision of comprehensive illicit drug user services for at-risk populations in Phnom Penh. They provide package of activities linking counseling services, basic and emergency medical care, training on overdose management, education sessions on harm reduction, HIV/AIDS awareness, reproductive health, referrals to drug detoxification, rehabilitation services, medical clinics along with VCCT, HIV and OI treatment.

*7) Tang Sok Penh, The organization at the Grass-Roots Level of Vietnamese People Looking for Treatment and Care in Cambodia*

Cambodia has for long received Vietnamese people on its territory. Many of them became national citizens. In the seventies, under the Khmer Rouge regime, they have no choice to return to the place that was once upon a time their homeland but a great majority of this war-displaced population started to come back in the 80s.

In the beginning, just after the Khmer Rouge demise, there were only few people from poor families coming or returning to work in Cambodia. But it had a domino effect when back to Vietnam they told about the way they could better handle life-conditions. There, they can own property, create groups and every visible gathering is authorized. Most of the candidates for migration claim that they have better right to freedom, more space to initiate peaceful assemblies and associations. They benefit self-determination of thought and religion. It is easy to work (besides agriculture) and there is an open choice of employment, trade and education. In comparison with Vietnam, Cambodia is perceived as an effective remedy and a path to liberty of movement and residence. They nevertheless go back to Vietnam to seek treatment when a particular diseases cannot be treated by doctors in Cambodia but, as it is always observed, this not at all the case for AIDS. Cambodia can be taken as a springboard: Vietnamese girls and women take it as the bridge to cross borders to Thailand, Malaysia, Singapore, Taiwan and Hong Kong through land and air flights, for job opportunities but also via sex trade and wedding arrangements. Unsurprisingly, many are deceived and trafficked by recruiters, bogus friends, peers, and even by relatives.

Vietnamese people living in Cambodia are frequently criticized, sometimes hated, by Khmer fellows, including by the well educated Khmer citizens: there is this rampant traumatic idea that Cambodia may belong to the Vietnamese in the future. An assimilation process is however going on: children who were born in Cambodia speak Khmer everyday with their parents and less Vietnamese language is used within their families. This deliberated process can be found in other social life components which make harder to identify whether the new generation is Khmer or Vietnamese. To the contrary, those who came to Cambodia alone or with friends and relatives feel freer to speak and disclose their Vietnamese origin with their Khmer counterparts. Subsequently, a significant portion of Khmer people entertain the exaggerated thought that Vietnamese are everywhere in Cambodia, arguing that it is comfortable, fast and not risky to cross the border. They go so far by expressing concern about the fate of their children as they imagine an increasing number of Vietnamese smugglers will destroy the forest and fish in the national territory, while women may transmit sexual disease to their Khmer partners.

Since the early 90s the Vietnamese, in both countries, have not been spared by the outbreak of the HIV/AIDS epidemic. In Cambodia they received poor attention from the government. National health policies did not implement specific positive actions. This gap had been partially fulfilled by a few NGOs. Among them, most Vietnamese PLHAs in Phnom Penh and nearby the border receive care and support by Mary Knoll through assistance and guidance by Vietnamese volunteer staff. But more frequently informal solidarity is given by their



compatriots throughout the country. Both those who are reluctant to be in touch with the public health system in Vietnam and those who already live in Cambodia develop various strategies for access to health care and ARV treatment which is supposed to be free of charge. Most of the recent migrants who come to seek treatment in Cambodia are poor and live in the provinces near Cambodian borders. Some of them, but much less nowadays, opted for bribing medical staff and doctors in order to get easier access: it was in the early 2000s when ARV drugs were difficult to get and still rare in Cambodia. Like the Khmer people, they expected good and quality hospital services that can provide adequate and sufficient medicines in exchange. Since that time, Mary Knoll staff tried to legally reduce the barriers for access to health services. They pay attention in HIV/AIDS and TB prevention, other infectious diseases, and basic health education. In addition, they give tools to the Vietnamese communities for selling products and food items, an initiative that is often difficult for HIV positive people and their families due to stigma and discrimination, even if it has dramatically being reduced in the present days.

More importantly, PLHAs are supported by their compatriots. Among the local Vietnamese population, there has been a trend in the recent past to convince those who are in Vietnam to come to seek the treatment in Cambodia: they were advised, introduced, informed and accompanied by families, relatives and friends living in the country of destination. Presently, the situation has improved and it is officiously accepted at the public level. The infected persons already connected with a Khmer health institution were in position to facilitate access to health care services and ARV treatment from different NGO hospitals in Phnom Penh. Now the mobile population find it easier to traverse the international border for receiving ARV medicines by showing the medical card of infectious illness at the border police when they get in and out. Those who speak well Khmer language help for translation those who cannot speak Cambodian when they go to the hospital. Some are hired and but the majority do not charge at all, only asking the reimbursement for transportation fees. Marital and family links provide supplementary spontaneous guarantees at the hospital and during the consultation (referral, language, psychological support, etc.)

Methodologically, it has not been easy to interview the targeted population, because they wondered what the so-called researcher really wanted and because unknown persons felt shy to speak freely. Moreover they expected something in return. Nevertheless it has been possible to approach them through NGO, in hospitals, in PLHA's collective houses in Phnom Penh. More concretely, I involved with NGOs fieldwork interventions and that position improved interactions. It gave me the opportunity to know their living place by accompanying home care workers. Once there and under the condition of informed consent, I could conduct interviews as soon as possible. This last point is methodologically fundamental otherwise it would definitely become more difficult re-initiate the interview.

Last but not least, my long involvement in HIV/AIDS activities was an appropriate factor to be close with the community based people. Having participated in various self-help group meetings, workshops and trainings on HIV/AIDS programs, I was able to articulate actions in a more oriented research dimension. At the beginning, the location and focus group was the PLHAs from Ksach Kandal district in Kandal province. In the course of time I extended my geographical interventions whenever local people had a request or when they addressed me anything related to their problems. For instance, Khmer and Vietnamese people in Svay Rieng and in Sihanoukville cities solicited me to facilitate their access for HIV testing, health care and ARV medicines. I accompanied them to hospitals run by NGOs where services are rapid, efficient, free of charge, with permanent drugs supply and corruption-free. I referred some PLHAs who moved from provinces to the capital. Together, we make the necessary steps to facilitate income generation activities, to be in touch with home based care team, to be registered in health structures.

Sometimes, I was asked by social workers to refer PLHAs in reliable health services whenever the people lacked of confidence and felt unwell to do this alone. Some PLHAs who were shy to show their face in the hospital asked my services to receive ARV drugs. Others did not appear anymore in their hospitals: in that case, doctors expected me to meet them at home, and to convince them to go back to the hospital for counseling and restarting the treatment. I was treated as a mediator when people finally requested me to keep their medical cards of infectious disease because they did not want their roommates, neighbors and relatives being aware of their status, and when others beg me to obtain doctor forgiveness in case they came very late or irregularly for hospital consultation.

All these interventions gave me the possibility to obtain privileged information and to get first hand data with a *real* participatory observation approach whose purpose is not only to develop an academic research but to assist the people in distress and to provide health deciders and implementers a reliable assessment of what is going on in the day-by-day life.

#### 8) *Chan Dina & Frédéric Bourdier, Biography of an activist*

A young women whose past has been traumatic, mixed with deceit, insecurity and illusion, had been in position in her 20s to join the cause of helpless sex workers. She decided to dedicate her life in that matter and she had the opportunity to be in touch closely with this social milieu. She wanted to struggle for the well being of voiceless persons who were defenseless, exploited, abused, and trafficked by others.

Later on she joined a civil movement, financially supported by a local NGO, and she became one of the leaders of the First Cambodian Prostitutes Union in 1997. At that time HIV/AIDS was bursting out in the country and sex workers, mostly those caught in brothels, were definitely the most vulnerable groups in that sensitive domain where discrimination was very high all over the country. Prevention was still very low in Phnom Penh red light areas, specifically in Toul Kork district where she has been living and working since childhood. Poor attention was given to ladies' health. Facilities were not for them. Many of these women, sometimes very young, have been trafficked from Provinces and did not have any knowledge where to go and how to deal whenever sexual disease occurred.

It has been a crucial and depressive moment for any observer willing to catch an updated glimpse of Khmer society. A great amount of sex workers either disappeared or died because of AIDS epidemic but also due to social pressure and any absence of social and psychological supports. The first Sew Worker Union arrived at the time. The purpose was not yet to rehabilitate sex workers. The idea was not encouraging a kind of apparent and false social morality. Their expectations were to set up activities liable to strengthen women voices, make their multifarious problems more visible, removing prevailing preconceived ideas to be found in the society and providing them several tools (educational, technical, professional) that could help for having a better life and prospect for the future.

Such ideas, even if more complex, have been quite easy to express and to be declared orally but much more difficult to be put in practice. A solution could not get out naively right away. The actions of the Union, leaded by the person we focus on in this document, have been initiated for more than twelve years without interruption, even when no more money was available. The word 'initiation' seems adequate in so far as CPU women understand their work as a continuous process, not a short time intervention that, in their mind, would be meaningless.

Urban and rural social configurations have changed as well in Cambodian society. The biography shows some encouraging successes, mostly undertaken by empowering women,

but new disturbing issues have emerged. Drug use among sex workers (in fact it not restricted to them and many people are nowadays victims of drug trafficking) is one of the most serious alarming issues and so far nobody has found any comprehensive solution to deal with that concern. Harm reduction program is not suitable for sex workers because the quasi totality does not inject the product but inhale it. As Dina said with a glimpse of humor, it is more difficult to remain active, and therefore an activist, in a new field in which she and her colleagues hardly have any sufficient background. But more than everything, it has to be taken into account just because we have no right to ignore it. More then ever, it has to be integrated in already implemented activities like human rights, advocacy, sexual and HIV prevention and awareness, referral to health structures.

The very predictable increase of illicit drugs is definitely one of the most serious issues to deal with. Probably not alone, as Dina predicts, but by articulating it with HIV surveillance, social rehabilitation which remains a project in which nothing so far has been done. Dina with other CPU staff had the advantage to compile and document an incredible quantity of case studies associated with contextual situations that deserve to be taken as evidence based surveys.