HAL
open science

L'appropriation de la biomédecine en Asie du Sud-Est

Meriem M'Zoughi

To cite this version:

Meriem M'Zoughi. L'appropriation de la biomédecine en Asie du Sud-Est. Moussons : recherches en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est, 2021, La biomédecine en Asie du Sud-Est. Appropriation des savoirs, des pratiques et des technologies, 38, pp.5-27. 10.4000/moussons.7854 . halshs-03509231

HAL Id: halshs-03509231

https://shs.hal.science/halshs-03509231

Submitted on 4 Jan 2022

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.

Introduction

L'appropriation de la biomédecine en Asie du Sud-Est

Meriem M'zoughi *
UMR 5600 EVS, université Lyon 2, CNRS, Lyon, France

Ce numéro de *Moussons* porte sur la diversité des formes et des usages de la biomédecine – c'est-à-dire des pratiques issues de la médecine scientifique d'origine occidentale [1] – en Asie du Sud-Est. Il vient prolonger, en les actualisant, une partie des analyses et réflexions soulevées en 2010 au sein du numéro 15 de la même revue intitulé « La santé : miroir des sociétés d'Asie du Sud-Est ».

Des traitements et des soins afférents à une pathologie, aux conditions d'exercice des praticiens, en passant par les usages des savoirs biomédicaux : quelles sont les spécificités et les réalités de la biomédecine en Asie du Sud-Est ? L'ensemble du numéro interroge les dimensions du soin lorsque celui-ci est produit par des acteurs mobilisant, en se les appropriant, les outils (conceptuels et empiriques) de la biomédecine. Ainsi, de quelles manières les usagers utilisent-ils les produits de la biomédecine (médicaments industriels, imageries médicales ou techniques chirurgicales) ? Et, réciproquement, comment les professionnels font-ils dialoguer les connaissances scientifiques avec des motivations d'ordre social ou économique ? Ces questionnements transversaux permettent d'observer les processus de biomédicalisation – sur lesquels je reviendrai *infra* – ainsi que les manières dont les politiques de santé globale influencent, concrètement, les prises en charge et les pratiques thérapeutiques.

* Docteure en anthropologie, rattachée à l'UMR 5600 Environnement, Ville, Société (EVS). Dans le cadre de sa thèse, elle a travaillé sur le cancer au Cambodge en menant une enquête ethnographique dans et hors des services de cancérologie à Phnom Penh. Elle s'intéresse aux pratiques médicales, aux conduites de santé, aux représentations (médicales et profanes) de la maladie et du corps au Cambodge.

À travers l'appropriation de la biomédecine, il s'agit d'analyser comment les soins sont dispensés à l'hôpital, dans les cliniques privées et dans les centres de santé afin de questionner, plus largement, ce qu'est un « hôpital » et ce que signifie être médecin, patient, aidant dans cette région du monde. Loin d'être exhaustives, ces approches entendent contribuer à comprendre comment la biomédecine s'immisce dans le quotidien des malades et des familles par l'analyse de ses formes actuelles. Quels imaginaires et valeurs charrie-t-elle aujourd'hui en Asie du Sud-Est ?

Le présent dossier se compose de six articles et d'une note à la mémoire de Clark Cunningham, un ethnologue précurseur dans le domaine de la santé. Il met à l'honneur l'Indonésie qui compte trois contributions. Peter van Eeuwijk s'intéresse aux expériences de soin des personnes âgées au nord de Sulawesi. Michaela Haug décrit la guérison réussie d'une tumeur du cerveau chez les Dayak Benuaq dans le Kalimantan oriental. Et Alicia Paramita Rebuelta-Cho prête attention aux violences obstétricales à Flores. Son travail entre en résonnance avec celui de Clémence Schantz qui étudie la biomédicalisation de l'accouchement au Cambodge. Dans le cadre d'une recherche menée dans le même pays, à Phnom Penh et ses environs, Meriem M'zoughi examine les savoirs et les pratiques des oncologues. Le dernier article est une contribution collective de Phonevilay Viphonephom, Pascale Hancart Petitet, Didier Bertrand, Nicolas El Haïk-Wagner et Phimpha Paboriboune sur les expériences des aidants d'enfants vivant avec le VIH-sida au Laos. L'*in memoriam* est rédigé par Lorraine V. Aragon et Susan Long, il met en lumière un article précurseur de Clark Cunningham (1970) sur les *Thai injection doctors* qui sert de base pour discuter les terrains indonésiens et japonais des auteures.

En continuité avec les travaux sur la globalisation des savoirs thérapeutiques et la transnationalisation de la santé (Pordié 2011, 2013) portant sur les manières dont les logiques biomédicales voyagent (Cartwright *et al.* 2016 : 338), il est question d'étudier dans ce numéro spécial les transformations et les variations (Weisberg & Long 1984 : 118) ainsi que l'acquisition de nouvelles significations (López García 2020) qui résultent de la circulation des savoirs, des pratiques et des technologies issues de la biomédecine. Il ne s'agit donc pas d'appropriation culturelle au sens des folkloristes ni de diffusion, d'acculturation ou d'assimilation qui, selon Jason Baird Jackson (2021), correspondent aux processus les plus couramment associés à la notion d'appropriation. Bien que des rapports de pouvoir puissent être impliqués, le propos ne concerne pas un groupe culturel dominant qui viendrait imposer (comme l'indique la définition proposée par l'auteur du processus d'assimilation) ou dérober (comme le dénoncent les approches folkloristes) certains objets ou traits culturels d'un groupe dominé ni d'un échange sans coercition (qui renvoie ici à la définition de la notion de diffusion), au sens propre comme au figuré. À l'inverse, l'histoire de la médecine d'origine occidentale en Asie du Sud-Est montre qu'elle est hybride, transformée et adaptée par les acteurs locaux depuis ses prémices au XIXe siècle (Monnais & Cook 2012). C'est également le cas des médecines indigènes où un certain nombre de thérapeutes, appartenant à la catégorie des médecins néo-traditionnels (Guillou 2009), utilisent des objets et/ou

techniques provenant de la biomédecine (imagerie médicale, résultat d'analyses, stéthoscope, médicaments industriels, etc.) dans leurs pratiques rituelles, divinatoires, diagnostiques et/ou thérapeutiques.

Autrement dit, la biomédecine « est un ensemble de pratiques et d'idées malléables et mobiles […] utilisées de manière unique dans chaque situation[2] » (Cartwright *et al.* 2016 : 338). Il est donc toujours question d'une « adaptation locale "contextualisée" de savoirs médicaux » (Micollier 2007 : 31).

Les contributions de ce numéro appréhendent le concept d'appropriation de la biomédecine comme un processus à double sens, où sujets et objets peuvent s'inverser. P. van Eeuwijk analyse judicieusement dans son article *qui s'approprie qui* ? Est-ce que ce sont les personnes qui s'approprient des savoirs et des pratiques ou est-ce la biomédecine qui s'approprie leur corps et leur santé ? D'un côté, M. Haug montre comment des villageois se familiarisent avec la chirurgie, comment quelque chose d'étrange et inquiétant devient une source d'attraction, de fascination et d'émerveillement. D'un autre côté, A. P. Rebuelta-Cho et C. Schantz décrivent les pratiques obstétricales comme une forme de « colonisation » médicale qui s'approprie les corps des femmes et qui va jusqu'à porter atteinte aux droits humains. Dans la même lignée, P. van Eeuwijk souligne l'ambivalence de cette approche à deux entrées et pose la question de la dépendance et de l'assujettissement des personnes âgées aux produits pharmaceutiques. En contrepoint, force est de constater que la biomédecine apparaît comme une source d'espoir, à l'instar du cas étudié par M. Haug. Aussi, C. Schantz et M. M'zoughi décrivent comment les professionnels dépassent les contraintes inhérentes à leurs pratiques en adaptant leurs savoirs et leurs savoir-faire.

En toile de fond de l'ensemble des articles apparaît l'idée que l'appropriation de la biomédecine participe d'une troisième voie qui invite à penser la médiation – la mise en relation entre plusieurs objets et/ou sujets – en la dépassant. P. van Eeuwijk explique que les cadres de santé non médicaux se situent à l'interstice du *care* et du *cure*. Ils servent de médiateur et de sédiment entre les personnes âgées et les professionnels biomédicaux (et leurs produits pharmaceutiques) ; c'est aussi le rôle des aidants décrit par P. Viphonephom et ses co-auteurs et co-autrices. En se situant à l'interface des sphères familiales et institutionnelles, les aidants font office d'intermédiaires entre l'enfant et la prise en charge biomédicale de la maladie. L.V. Aragon et S. Long parlent de troisième mode de soin où il n'est question ni de médecine occidentale, ni de médecine traditionnelle. M. Haug préfère y voir une nouvelle voie créative ou une combinaison créative qui se situe hors de la pensée dichotomique enchantement *versus* modernité. La créativité est aussi l'objet de la réflexion de C. Schantz lorsqu'elle constate que les infrastructures privées se sont adaptées en khmérisant l'accouchement pour attirer la clientèle cambodgienne. Paradoxalement, une voie alternative se dessine dans l'article d'A. P. Rebuelta-Cho lorsqu'elle analyse le refus des femmes de se rendre à l'hôpital pour accoucher, comme une forme individuelle d'*empowerment*. Et cette voie médiane est présente chez les oncologues cambodgiens qui exercent une médecine ductile hors des standards biomédicaux, autrement dit, une médecine malléable, flexible, souple,

au sein de laquelle les professionnels manient et transforment les outils et les ressources dont ils disposent, sans rompre ou changer de paradigme.

Ainsi, ce numéro de *Moussons* invite à réfléchir sur les formes contemporaines de la biomédecine en Asie du Sud-Est. Après m'être intéressée à ses spécificités historiques et sociales, je reviendrai sur l'articulation local-global et sur le caractère « situé » des savoirs et des pratiques biomédicales. Il s'agira de dessiner les lignes de force qui traversent les travaux sur cette région et qui se retrouvent dans les contributions, en abordant notamment les systèmes de santé, l'hôpital, les aidants et certaines maladies.

Biomédecine(s) : marchandisation et expansion

Le terme biomédecine est employé en référence aux pratiques issues de la médecine scientifique d'origine occidentale. Il est préféré à médecine scientifique, médecine cosmopolite, médecine occidentale, médecine allopathique (Engel 1980 ; Kleinman 1980 ; Leslie 1976 ; Mishler *et al.* 1981) et, surtout, à médecine seule qui, comme le soulignent Atwood Gaines et Robbie Davis-Floyd (2004), est peut-être le terme le plus problématique puisqu'il dévalue toutes les autres formes de pratiques thérapeutiques organisées en les expulsant d'emblée hors du domaine médical et en les qualifiant alors de non médicales, d'ethno-médicales ou de populaires. Cela forme une ligne de démarcation et sous-entend que certains savoirs reposeraient sur des croyances – inefficaces – contrairement à la « médecine » (Gaines & Davis-Floyd 2004 ; Good 1994). L'emploi de biomédecine est privilégié par la plupart des chercheurs et chercheuses depuis l'argument d'Arthur Kleinman (1995) en sa faveur, estimant qu'il met l'accent sur l'aspect institutionnel et global d'une profession qui n'est plus cantonnée à l'Occident et aux centres cosmopolites.

Par biomédecine, il s'agit de pointer une nouvelle articulation entre le domaine de la biologie et celui de la médecine [3] qui a émergé au XIXe siècle avec Louis Pasteur, Rudolf Virchow et Robert Koch, et s'est consolidée après la Seconde Guerre mondiale (Rabeharisoa 2009 : 47). La biologie moléculaire, prenant une place de plus en plus prégnante dans le traitement des maladies, redéfinit les relations entre le normal et le pathologique. La maladie est alors appréhendée comme le résultat de perturbations biologiques (Kleinman 1995). Ce phénomène est corrélé à un processus de scientifisation (Rabeharisoa 2009 : 47) et de standardisation (Timmermans & Berg 2003) de la discipline qui est lié aux essais randomisés contrôlés (*randomized controlled trial* ou RCT) à partir duquel a pris forme ce que l'on nomme aujourd'hui la médecine des preuves (*evidence-based medicine* ou EBM). Autrement dit :

> La puissance des RCT se reflète dans la ferme conviction que la pratique biomédicale doit s'appuyer sur des « preuves » dérivées des RCT ou d'études scientifiques connexes, une conviction qui a donné naissance au mouvement de la médecine fondée sur les preuves (EBM) [4]. (Lock & Nguyen 2018 : 112.)

Dans la première moitié du XXe siècle, le développement des essais thérapeutiques contrôlés ne s'est pas fait sans résistances et sans heurts au sein de la communauté médicale, notamment parce qu'il fallait convaincre les cliniciens de renoncer à leur autorité individuelle au profit d'une action collective. Des années 1920 jusqu'au milieu des années 1940, les premiers essais multicentriques aux États-Unis ont soulevé de nombreuses difficultés de conciliation et d'harmonisation méthodologique, comme le montre ceux pour étudier les traitements antisyphilitiques (Löwy 1998). Un tournant est opéré à la fin des années 1940 en Angleterre par un statisticien médical, Austin Bradford Hill, qui a proposé la première étude randomisée en double aveugle[5]. Il a également imposé un suivi et un contrôle par l'instrument statistique du déroulement des essais thérapeutiques et des conséquences des traitements. Ces nouveaux principes méthodologiques ont accompagné la recherche contre le cancer avec le développement des chimiothérapies dans les années 1960 pour finir par s'imposer dans les années 1980-1990 comme la forme de référence de la plupart des essais thérapeutiques, toutes maladies confondues. La scientifisation qui vient d'être évoquée contribue à une rationalisation des pratiques médicales (Timmermans 2005) allant de pair avec une transformation en profondeur des soins de santé (Burri & Dumit 2007). La biomédecine ne s'appuie pas uniquement sur les sciences biologiques, elle repose également sur les neurosciences, les sciences physiques, chimiques et, surtout, les technologies. Ce sont les travaux d'Adèle Clarke – en collaboration avec d'autres auteurs et autrices – qui s'intéressent plus particulièrement aux liens entre les technosciences et la biomédecine, et aux manières dont ils modifient la santé, la maladie et les soins, aux États-Unis (Clarke *et al.* 2003).

La biomédicalisation est alors appréhendée en continuité avec la médicalisation de la société (Clarke *et al.* 2010). Cette médicalisation renvoie à une extension de la juridiction de la médecine : quelque chose qui n'était pas considéré comme relevant du domaine médical le devient. Par exemple, le cycle de la vie (naissance, vieillissement), l'alimentation (anorexie, obésité), les addictions (alcool, drogues) deviennent des problèmes médicaux (Zola 1972).

Selon A. Clarke et ses collègues, la biomédicalisation prolonge cette tendance en articulant cinq processus à savoir 1) une nouvelle biopolitique économique où les savoirs biomédicaux ont une valeur marchande à travers les concepts de privatisation et de « commodification » (2010 : viii) ; 2) une attention accrue portée à la santé des populations, qu'il s'agit d'évaluer et de contrôler, à travers les concepts de risque et de surveillance ; 3) une expansion des pratiques technoscientifiques à travers des traitements de plus en plus dépendants des sciences et des technologies ; 4) une transformation des modalités de production, de gestion, de consommation des savoirs biomédicaux, et 5) une transformation des corps et des subjectivités à l'échelle individuelle et collective. Alors que la médicalisation consisterait à exercer un *contrôle* sur les phénomènes corporels (maladies, maux, malformations, blessures, etc.), la biomédicalisation viserait, non plus le contrôle, mais la transformation de ces phénomènes corporels (Clarke *et al.* 2010 : 2).

Justement, les contributions de ce numéro abordent de front la question des transformations sociales et corporelles induites par la biomédecine. Tandis que P. van Eeuwijk parle d'*over-pharmaceuticalization*, M. M'zoughi décrit les stratégies commerciales des compagnies pharmaceutiques et examine les facteurs non médicaux qui guident les pratiques des professionnels. C'est aussi le propos de C. Schantz qui montre que l'épisiotomie, la périnéorraphie (visant à resserrer le vagin des femmes) et la césarienne sont des interventions aux motivations sociales avant d'être thérapeutiques. À l'instar d'A. P. Rebulta-Cho, elle analyse la transformation du corps des femmes par des pratiques obstétricales « mutilantes » et potentiellement « dangereuses ». Les recours aux technologies, notamment d'imageries, ainsi qu'à d'autres services de santé, sortent d'une logique thérapeutique pour entrer dans celle de la consommation, dans la mesure où les soins sont privatisés. Ainsi, le statut des usagers est lui-même transformé, ce ne sont pas des patients, mais plutôt des clients qui consomment des produits biomédicaux, comme le suggèrent les travaux de P. van Eeuwijk, C. Schantz et M. M'zoughi.

Des savoirs et des pratiques socialement situés

Jusqu'à présent, j'ai parlé de biomédecine au singulier alors que ce domaine cognitif et professionnel ne semble avoir d'existence qu'au pluriel. Cette tendance à percevoir une unité qui n'existe pas est induite par le paradigme biomédical lui-même (Berg & Mol 1998 : 4). Celui-ci prône, implicitement, une vérité universalisable contribuant ainsi à développer une pensée monotypique et hégémonique (Kleinman 1995 : 25-27). Or, dès qu'il s'agit d'étudier et de comparer les systèmes biomédicaux, ils apparaissent comme polymorphes et multitudineux puisque « comme la religion, l'ethnicité et d'autres institutions sociales clés, [la biomédecine] est un moyen par lequel les pluralités de la vie sociale sont exprimées et recréées[6] » (Kleinman 1995 : 24). C'est pourquoi, le point de départ de l'ouvrage collectif de Marc Berg et Annemarie Mol repose sur l'idée que :

> La médecine n'est pas un tout cohérent. Elle n'est pas une unité. Elle est plutôt un amalgame de pensées, un mélange d'habitudes, un assemblage de techniques. La médecine est une coalition hétérogène de manières de manipuler les corps, d'étudier les images, de faire des chiffres, de mener des conversations. Où que l'on regarde, dans les hôpitaux, dans les cliniques, dans les laboratoires, dans les cabinets de médecins généralistes, il y a de la multiplicité. La multiplicité existe même à l'intérieur du « noyau » biomédical de la médecine[7]. (Berg & Mol 1998 : 3.)

La multiplicité revendiquée par M. Berg et A. Mol se distingue de la pluralité évoquée plus haut par A. Kleinman. Selon A. Mol « un corps peut être multiple sans basculer dans le pluralisme[8] » (2002 : 151). En effet, l'idée que la biomédecine serait exercée sur un corps unique (*a single body*) est abandonnée dans les travaux les plus récents, au profit d'une pensée visant à mettre en exergue les « nombreux corps façonnés dans les pratiques médicales[9] » (Berg & Mol 1998 : 6-7). Cette remarque sous-entend que « ce que nous considérons comme un objet unique peut

apparaître comme étant plus qu'un[10] » (Mol 2002 : vii). Pour reprendre l'exemple donné par l'autrice, une plaque d'athérome au niveau de la paroi d'une artère n'est pas « la même entité » (Mol 2002 : vii) que les problèmes soulevés en cabinet de consultation par les personnes atteintes de cette maladie, bien que l'objet porte le nom d'athérosclérose dans les deux situations. Aussi, la chute de tension artérielle due à la sténose n'est pas la même chose que la perte de luminosité (*lumen*) dans les vaisseaux sanguins que les radiologues rendent visible sur leurs images radiographiques. Ainsi, la biomédecine produit des réalités différentes, parfois incompatibles, comme l'atteste Barbara Smith (1981) lorsqu'elle montre qu'un trouble respiratoire et une radiographie des poumons (supposée matérialiser le problème) ne correspondent pas nécessairement. En effet, l'autrice étudie le mouvement de lutte *Black Lung*, visant à la reconnaissance juridique d'une maladie respiratoire professionnelle qui a éclaté dans la région minière de la Virginie occidentale aux États-Unis en 1968. Des personnes atteintes de troubles respiratoires ne sont pas reconnues comme malades car elles présentent des radiographies sans signes pathologiques, et inversement. B. Smith s'attache donc à décrire les décalages de perception et les incongruences quant à la définition même de la maladie entre les différents acteurs (les professionnels médicaux, les mineurs, les politiques). Les deux approches – pluralité et multiplicité – se rejoignent à travers l'idée que les savoirs et les pratiques biomédicales sont ancrés dans des contextes, qu'ils soient historiques, politiques, sociaux, culturels et/ou environnementaux. D'un côté, l'immense majorité des chercheurs en sciences sociales pensent qu'aucune médecine n'est indépendante de son contexte historique. Il en résulte que « les mêmes technologies thérapeutiques – par exemple, des produits pharmaceutiques ou des équipements chirurgicaux particuliers – sont également perçues et utilisées de manière différente selon des mondes différents[11] » (Kleinman 1995 : 24). A. Kleinman qualifie d'indigénisation de la biomédecine (1995 : 24) ce processus, qu'il conçoit comme la contrepartie culturelle de la globalisation des soins médicaux. Dans cette lignée, Jan Ovesen et Ing-Britt Trankell affirment que « l'indigénisation et la globalisation doivent être considérées comme les deux faces d'une même pièce et l'intérêt qui est porté à l'une ou l'autre notion est essentiellement une question de perspective[12] » (Ovesen & Trankell 2010 : 7). Par indigénisation, il faut entendre un processus qui renvoie à la fois à l'expansion de la biomédecine et aux perceptions qui lui sont associées partout dans le monde :

> L'un des aspects est la diffusion de la biomédecine, le processus d'application de diverses technologies thérapeutiques biomédicales dans des contextes locaux différents. L'autre aspect concerne les perceptions locales de ces technologies biomédicales, qui sont façonnées par les idées culturelles sur la santé et la maladie, la causalité, le diagnostic et le traitement. Ces idées sont souvent en désaccord avec celles des représentants de la culture biomédicale d'origine[13]. (Ovesen & Trankell 2010 : 8.)

D'un autre côté, M. Berg et A. Mol estiment que « la diversité sociale de la médecine, ses variations régionales, son enchâssement dans des contextes différents[14] »

(1998 : 2) doivent être décortiqués. Cet enchâssement de contextes est la perspective adoptée par les travaux intersectionnels et les épistémologies (féministes) sur les savoirs partiels, partiaux et situés (Harding 1986 ; Haraway 1988). Cette perspective résonne avec la pensée de M. Lock et Vin-Kim Nguyen qui, dans le prolongement de la recherche de Margaret Lock (2015) sur la biologie locale, introduisent la notion de biologies situées (*situated biologies*) (Lock & Nguyen 2018 : 312). Les auteurs et autrices estiment que « les biologies individuelles sont des clichés instantanés, situés dans le temps et l'espace d'une réalité matérielle complexe et mouvante, induite par des environnements changeants et des exigences socioculturelles, politiques et économiques [15] » (*ibid.* : 332). Il s'agit d'appréhender le corps et les pratiques qui lui sont associées comme le résultat d'un processus historique situé dans un contexte, toujours particulier, en interaction avec le biologique, le politique et le culturel. Pour cette raison, Regula Valérie Burri et Joseph Dumit partent du principe que les « pratiques biomédicales sont situées dans le contexte des développements plus larges de la science, de la médecine et de la société [16] » (2007 : 1). Les différences dites biologiques sont conceptualisées de manière situationnelle, non intrinsèque (Haraway 1988 : 594) ce qui suggère une nouvelle politique biologique du corps (*ibid.*) où le biologique et le social s'emboîtent et sont appréhendés en continuité. Ainsi, il est question d'une approche biosociale (Lock & Nguyen 2018) où les corps humains en tant qu'agents engagés (et non ressources) ne sont pas passifs mais actifs (Haraway 1988). Dans cette perspective, il n'y a pas une unité mais une diversité au sein de l'évolution humaine où : « les biologies particulières émergent d'abord localement, mais voyagent pour devenir situées et se retrouvent après modifiées dans d'autres lieux [17] » (Lock & Nguyen 2018 : 323).

Devenirs et fragilités des systèmes de santé en Asie du Sud-Est

Le champ de la santé, des maladies et des médecines, n'est plus à la marge dans les travaux en sciences humaines et sociales comme le soulignait A. Kleinman en 1995 ; et, bien que l'Asie du Sud-Est ait longtemps fait figure de parent pauvre et quasi exotique (Husson 2010 : 5) face aux savoirs médicaux lettrés de l'Inde et la Chine, cette région du monde est aujourd'hui l'objet de plus en plus d'investigations. Toutefois, les faiblesses constatées par Anne Yvonne Guillou et Évelyne Micollier (2010) semblent encore d'actualité. En dépit d'un intérêt certain et croissant, perceptible par le nombre de publications scientifiques récentes ayant pour thématique la santé en Asie du Sud-Est, les études sur ce sujet apparaissent plus dynamiques ailleurs, notamment sur le continent africain. C'est peut-être une des raisons pour laquelle P. Viphonephom et ses co-auteurs et co-autrices ainsi que C. Schantz et M. M'zoughi s'appuient sur des travaux africanistes dans leurs articles respectifs.

Parmi les numéros spéciaux sur la santé en Asie du Sud-Est publiés au cours de ces dix dernières années, *The Lancet* (Chongsuvivatwong *et al.* 2011) s'intéresse aux enjeux démographiques et épidémiologiques. Les contributions soulignent les disparités sanitaires et sociales, elles pointent aussi les défis à relever tels que les risques infectieux, l'envolée des maladies non transmissibles et le contrôle des épidémies émergentes. Ces remarques sonnent comme un avertissement – au moment où je rédige cette introduction (mai 2021) – puisque l'Asie du Sud-Est est confrontée à une hausse récente de cas de Covid-19. Se pose de nouveau ici avec force la question soulevée par Pranee Liamputtong et Michelle Proyer à propos du travail de Lai Yu-Hung Allen et Tan Teck Boon sur l'évolution des mesures de contrôle du SRAS et du H1N1, entre 2003 et 2009, à Singapour : Comment les pays d'Asie du Sud-Est font-ils face à ces épidémies et ces pandémies ?

P. Liamputtong et ses collègues dirigent un numéro dans l'*Austrian Journal of South-East Asian Studies* qui analyse les nouvelles perspectives ouvertes par la santé publique. L'objectif est d'étudier les déterminants de santé ou, plus précisément, les facteurs biologiques, sociologiques, culturels, économiques et environnementaux qui influencent et déterminent la santé des populations. Les politiques publiques mises en place sont considérées comme ayant des effets sur le bien-être et la santé tant individuels que collectifs (Liamputtong *et al.* 2012), il s'agit alors d'observer, par exemple, comment les autorités communiquent autour des risques de santé en Thaïlande (Tuler *et al.* 2012) ou comment la santé des femmes est améliorée au Laos ou au Vietnam (Schippers 2012). Les enjeux environnementaux et sanitaires renvoient à des questions de gouvernance et aux manières dont les décisions sont appliquées.

À ce sujet, les systèmes de santé asiatiques ont fait l'objet d'un colloque international à Singapour en 2013 (187 communications et posters, 283 participants de 34 nationalités). Cette rencontre traite principalement des questions de gouvernance, d'équité et de répercussions sociales, économiques et sanitaires des politiques mises en place sur les populations (Phua *et al.* 2015). Les interventions qui concernent l'Asie du Sud-Est portent, entre autres, sur le développement et les conséquences de l'instauration de l'assurance santé en Thaïlande et au Vietnam (Palmer et al. 2015 ; Hsu *et al.* 2015) ainsi que sur le programme de lutte contre le VIH-sida pédiatrique thaïlandais (Tulloch *et al.* 2015). La clé de voûte des travaux exposés repose sur une mise en tension entre les transformations récentes des systèmes de santé et leur capacité à supporter les défis présents et à venir.

L'hôpital : entre hôtel international et espace domestique

Nombreuses sont les ethnographies qui attestent que l'hôpital s'est imposé comme un espace de recherche privilégié en anthropologie de la santé comme en histoire et en géographie humaine. Si la sociologie l'a pris pour objet dès la fin des années 1950, les approches se modifient au tournant du siècle : il est vu comme

« une institution aux frontières poreuses, perméable à son environnement tout en ayant une logique propre » (Fortin & Knotova 2013 : 13). L'hôpital est un microcosme de la société (Zaman 2013) ou plutôt un espace où sont condensées les questions de société (Livingston 2012 : 25 ; Van der Geest & Finkler 2004). Il n'est plus envisagé comme un lieu de soin *ex nihilo*, séparé et indépendant, possédant une sorte de sous-culture qui lui serait propre comme le concevait Stanley King (1962 : 399). Ce n'est pas non plus une île isolée et unique comme le prétendait Rose Coser (1962 : 3). Au contraire, l'hôpital apparaît comme un étrange village reflétant la culture dont il fait partie (Livingston 2012 ; Zaman 2013).

Les descriptions de l'hôpital en Asie du Sud-Est se situent entre deux extrêmes qui, schématiquement, vont de l'hôpital désuet à l'hôpital de luxe. Dans les deux cas, les établissements ont peu à voir avec une représentation classique à l'occidentale. On passe en effet d'un hôpital-campement où le minimum vital (eau, nourriture, etc.) n'est parfois pas accessible, à un hôpital-hôtel offrant tout le confort, qui n'a rien à envier aux palaces les plus somptueux. L'hétérogénéité socio-économique des pays de la région y est pour quelque chose, même si les lignes de démarcation ne l'épousent pas pleinement puisqu'il s'y joue aussi une opposition public-privé. En d'autres termes, les établissements des pays les plus riches – Singapour, Malaisie et Thaïlande – ont peu en commun avec ceux des pays aux ressources limitées – Myanmar, Laos, Philippine – et, les pays intermédiaires – Cambodge, Indonésie, Vietnam – offrent des paysages plus contrastés, en particulier au Vietnam où le secteur privé est très développé.

Cette cartographie sanitaire favorise une forte mobilité thérapeutique. Elle est d'abord étudiée sous l'angle du tourisme médical avant que le concept soit, dans certaines analyses, remplacé par celui de voyage médical (Whittaker & Chee 2015 ; Kaspar 2019). Les recherches autour du tourisme médical examinent les relations entre l'internationalisation de l'offre comme des structures de soins et l'industrie du tourisme (Bookman & Bookman 2007 ; Bochaton & Lefebvre 2008 ; Chee 2010). Pour ces auteurs et autrices, les transformations majeures en matière d'architecture, de design, d'organisation et de services, entraînent une refonte en profondeur qui va jusqu'à impliquer une renaissance de l'hôpital (Bochaton & Lefebvre 2008). Ces nouvelles formes de soins sont observées principalement à Singapour, en Malaisie et en Thaïlande (Chee 2010 ; Wilson 2010). Les mobilités sont souvent transfrontalières, comme dans le cas des Laotiens qui se rendent en Thaïlande (Bochaton 2015) ou d'Indonésiens qui vont en Malaisie (Smith 2015). Elles ne concernent pas uniquement les usagers, elles touchent aussi les personnels de santé, comme le montre l'étude de Megha Amrith (2017) sur les aspirations et les expériences d'infirmières philippines qui migrent pour raison professionnelle à Singapour.

En s'appuyant sur une enquête menée au sein d'un hôpital international thaïlandais, Andrea Whittaker et Heng Leng Chee (2015 : 296) révèlent les différences et les tensions interculturelles qui conduisent à diversifier les expériences de soins des patients selon leur nationalité, appartenance ethnique, religion, classe sociale et genre. Bien qu'il n'y ait pas de ségrégation spatiale des usagers selon

leur nationalité, comme c'est le cas dans certains hôpitaux (Bochaton & Lefebvre 2009), les patients arabo-musulmans ont tendance à se regrouper – et à faire l'objet de discours racistes – parce qu'ils n'ont pas le même rythme circadien, ni la même alimentation. Autre exemple, les antidouleurs font constamment l'objet de négociations entre les Occidentaux et le personnel soignant thaïlandais, les premiers se plaignant que leurs traitements ne sont pas assez dosés. Etc. Ainsi, l'hôpital apparaît comme un « espace de connectivité » (Pordié 2013 : 14) où s'observe la transnationalisation de la santé (Pordié 2013 ; Kaspar 2019), autrement dit, il favorise les échanges de savoirs, savoir-faire et savoir-être par la mise en relation d'individus qui circulent au-delà des frontières nationales. Il participe également aux développements d'hétérotopies (Bochaton & Lefebvre 2009). Ce concept emprunté à Michel Foucault (1984) fait référence à des lieux existants particuliers (contrairement aux utopies qui sont sans lieu réel) au sein desquels une utopie peut effectivement être mise en place. Il revient dans plusieurs travaux sur l'hôpital – indépendamment du tourisme médical ou de l'Asie du Sud-Est. Par exemple Alice Street et Simon Coleman s'appuient sur l'usage qu'en fait Kevin Hetherington (1997) pour montrer que ces établissements sont des espaces réels et imaginaires, chargés d'ambiguïtés et comportant une « capacité paradoxale d'être simultanément délimités et perméables, à la fois lieux de contrôle social et espaces alternatifs et transgressifs de contestation de l'ordre social[18] » (Coleman 2012 : 4).

Les descriptions des hôpitaux du sud-est asiatique sont contrastées, mais en dépit des différences, elles invitent à dépasser le cadre conceptuel occidental et à repenser les expériences de soins. En filigrane se retrouve l'idée que les notions de colloque singulier médecin-patient, d'autonomie et de consentement éclairé ne font pas sens. Ici, il semble que la relation ternaire ou la triade médecin-famille-patient soit la norme en matière de décisions de soins, comme le décrivent Jonathan Matusitz et Jennifer Spear en Thaïlande (2015) ou Meriem M'zoughi (2020) au Cambodge. C'est également le cas ailleurs en Asie. Hirono Ishikawa et Yoshihiko Yamazaki (2005) déconstruisent par exemple l'évidence occidentale de la binarité médecin-patient au profit d'une relation médecin-famille-patient telle qu'elle est observée au Japon. Les auteurs soulignent l'importance du rôle de l'accompagnant, quels que soient l'âge du malade, son appartenance sociale et sa maladie. Ils remarquent que la relation thérapeutique se base sur un modèle centré sur la famille. D'où une remise en question du principe d'autonomie du patient. À ce sujet, Ruiping Fan[19] montre que l'autonomie, telle qu'elle est définie en Occident, attribue au patient l'autorité finale d'une décision médicale, alors que les sociétés est-asiatiques attribuent à la famille cette autorité finale à travers le principe de souveraineté familiale (1997 : 316). Selon lui, « quand un membre de la famille tombe malade, c'est la responsabilité de toute la famille de s'occuper de lui […]. La famille sait que le soin du membre malade est son affaire[20] » (*ibid.*). Même si le travail de R. Fan porte sur la Chine, le Japon, la Corée du Sud, Taïwan et Hong Kong, qui sont des sociétés imprégnées de la philosophie confucéenne, ces remarques entrent en résonnance avec les recherches menées en Asie du Sud-Est (Matusitz & Spear 2015 ; M'zoughi 2020). Par exemple, Bui Thi Thanh Thao (2001)

estime que la famille apparaît comme une institution clé et un membre à part entière du processus de soins de l'hôpital vietnamien. La catégorie professionnelle d'aide-soignant n'existe pas, ce qui implique une organisation intrafamiliale particulière en cas d'hospitalisation, sur le plan de la logistique et des soins corporels. Il en va de même au Cambodge et au Myanmar (Fink 2019). Ces observations sont prolongées par l'article de P. Viphonephom, de ses co-auteurs et co-autrices, (dans ce numéro) qui montre les enjeux du fardeau des soins informels liés à la carrière d'aidant.

J. Ovesen et I.-B. Trankell expliquent que, dans la société khmère, les décisions de santé apparaissent comme une affaire familiale et sont couramment prises après délibérations entre apparentés (2010 : 233). C'est très exactement ce que décrit M. Haug dans son article. Parfois, ces délibérations se font en l'absence de la personne concernée et la famille décide pour elle. Le malade ne connaît pas nécessairement le diagnostic et/ou le pronostic médical. Plusieurs travaux analysent la question du dit et du non-dit – dont la contribution de P. Viphonephom et de ses co-auteurs et co-autrices –, du mensonge et des omissions, au sein des familles et au sein de la communication médecin-famille-patient. Ces modalités communicationnelles sont étudiées, entre autres, en termes de « vérité allégée » (*soft truth*) (Bennett 1999) et de paternalisme (Claramita *et al.* 2011). Elles semblent sous-tendues, dans certains contextes, par une forte ambiguïté relationnelle entre les médecins et les usagers et/ou entre les médecins et les cadres de santé, comme le souligne P. van Eeuwijk (dans ce volume). Catherine Smith (2015) résume toute l'ambivalence de l'imaginaire autour de la biomédecine, des peurs et désirs qu'elle suscite après le conflit d'Aceh en Indonésie. Ce type d'ambiguïté est également présent au Cambodge (Guillou 2009) et semble perdurer. Une des raisons repose sur les dépenses de santé. Au Cambodge comme au Myanmar, « si l'argent vient à manquer, la guérison du patient est mise en jeu[21] » (Fink 2019 : 646). Et cela concourt, au Cambodge, à critiquer les médecins qui sont considérés par la population comme autoritaires, peu empathiques et vénaux. Les remarques concernant l'inhospitalité, la déshumanisation et/ou les violences structurelles au sein des services de santé publics se retrouvent dans toutes les contributions de ce numéro.

Plus largement, la marchandisation ou la valeur marchande associée à la santé (Nichter 1996), va souvent de pair avec un « piège de pauvreté » ([*medical poverty trap*], Annear 2010 : 1) lorsque le système de sécurité sociale est fragile ou inexistant. Les dépenses biomédicales qui innervent les expériences de soins peuvent aller jusqu'à une dilapidation de l'épargne, un cumul des prêts et un endettement des maisonnées. Parmi d'autres, Martha Lincoln (2014) étudie la stratification médicale au sein des hôpitaux vietnamiens. Elle décrit les conséquences sur la santé des inégalités entre le secteur public et privé, en montrant les formes de privilèges et d'exclusions médicales qui reposent sur l'économie, l'ethnicité et la citoyenneté.

Des maladies pour penser l'articulation local-global

Les maladies – en tant que catégorie biomédicale (*disease*) – font l'objet d'études spécifiques qui dépassent le cadre hospitalier. Certaines apparaissent comme « une porte d'entrée pour mieux cerner les mécanismes d'imbrication entre le global et le local » (Bureau 2010 : 3). C'est le cas de celles qui constituent un enjeu de santé à l'échelle mondiale, du point de vue des agences internationales, comme le VIH-sida, le paludisme et les grippes par exemple.

Les grippes H1N1 et H5N1 viennent toucher aux questions de sécurité sanitaire et de gouvernance évoquées précédemment, au Vietnam, à Singapour et en Indonésie (Porter 2013a ; Yu-Hung Lai 2014 ; Lowe 2019). Elles permettent aussi de réinterroger les relations inter-espèces (Porter 2013b) à travers le concept *one health*, une approche holistique de la santé humaine, animale et environnementale. Dans cette mouvance, les zoonoses (Dufour & Keck 2012) font l'objet d'une attention accrue, et les grippes, comme la tuberculose, permettent de comprendre « comment le risque zoonotique est encadré et géré dans un contexte de préoccupation mondiale autour des maladies infectieuses émergentes [22] » (Lainé 2018 : 159).

Les gestions du paludisme au Cambodge (Bourdier 2016) et en Thaïlande (Lyttleton 2016) dévoilent les limites des politiques de santé globale. Frédéric Bourdier décrit les tensions et les incohérences qui traversent la santé publique et le programme antipaludéen cambodgien. Il critique la stratégie décousue et non durable des autorités, en montrant qu'elle augmente les inégalités de santé, au lieu de les réduire.

Le VIH-sida est également abordé sous l'angle de la santé publique (Bourdier 2006) et des jeux d'échelles entre le niveau local, national et global. Cette maladie permet alors à Ève Bureau (2010) d'observer comment une norme globalisée est appliquée localement à travers l'étude de la participation des personnes séropositives aux programmes de santé les concernant. Les chercheurs et chercheuses s'intéressent aussi aux personnes considérées comme étant en situation de vulnérabilité ou ayant des conduites jugées à risque, telles que la communauté homosexuelle en Indonésie (Boellstorff 2009), les enfants des rues au Cambodge (Guillou 2009) ou les hôtesses de karaoké (Hancart Petitet 2010). Le VIH-sida permet de toucher aux questions de sexualité, de genre et de santé reproductive en mettant en lumière la frontière ténue entre la biomédicalisation de la vie et celle des maladies. Pascale Hancart Petitet le montre dans plusieurs de ses travaux. Elle décrit la manière dont les programmes transnationaux liés à la santé maternelle et infantile sont appliqués au Cambodge et les effets qu'ils produisent (2017). Elle étudie également un essai thérapeutique contre-indiqué en cas de grossesse, dont l'échantillon est composé de femmes atteintes de VIH-sida et analyse « les frictions qui apparaissent lorsque la science et la médecine interagissent avec la vie sociale [23] » (2014 : 238).

Cette perspective rejoint un riche pan de travaux sur les décalages entre les cadres conceptuels de la biomédecine (ou ceux des politiques de santé globale) et les sociétés concernées. Par exemple, un diagnostic de paranoïa schizophrénique

en Indonésie révèle « les tensions entre les méthodes de soins (et les interprétations) locales et les cadrages psychiatriques transnationaux de la maladie mentale[24] » (Narny *et al.* 2019 : 491).

Outre ces approches, les chercheurs et chercheuses portent de plus en plus d'attention aux maladies invisibilisées jusque récemment dans les pays dits du Sud, tel que le cancer. La majorité des enquêtes qualitatives menées sur le sujet s'inscrivent dans le domaine des sciences médicales ou des sciences humaines et sociales quantitatives privilégiant les entretiens dirigés et le questionnaire à l'ethnographie. Ces travaux prêtent attention aux expériences vécues des patients afin de comprendre notamment les facteurs qui influencent les prises de décisions liées au traitement des femmes atteintes d'un cancer du sein aux Philippines (Guzman *et al.* 2020) ou de mesurer les symptômes de détresse des patients traités contre le cancer colorectal et le cancer du sein en Indonésie (Haryani *et al.* 2018). Plus largement, ces recherches visent à saisir le comportement (*screening behavior*) et la compréhension (*awareness*) d'une population cible particulière. Quelles sont les connaissances du cancer des femmes d'un centre de lutte contre le VIH-sida au Laos (Sichanvh *et al.* 2014) ou des habitants et habitantes d'une zone rurale aux Philippines (Imoto *et al.* 2020) ? À travers le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein, ce sont les expériences des femmes qui sont les plus investiguées. Cette remarque vaut également pour les enquêtes s'appuyant sur des méthodes moins calibrées. Parmi ces dernières, le vécu post-diagnostic du cancer du col de l'utérus en Indonésie (Nastiti *et al.* 2020) et celui des expériences du cancer du sein en Thaïlande, rendent intelligible la diversité des « paysages thérapeutiques » de cette région (Liamputtong & Suwankhong 2015).

En continuité avec les représentations du cancer du sein au Vietnam (Do & Whittaker 2020), le point commun des travaux mentionnés repose sur une approche en termes de « savoirs ». Une partie des recherches s'inspire, de près ou de loin, de la perspective adoptée par Janet Carsten concernant l'étude du sang en Malaisie. L'auteure analyse comment le sang circule « entre des aires de savoir et de pratique qui relèvent d'une conception "scientifique" ou "biomédicale", et des aires qui sont, en apparence, plus ouvertement modelées par la culture – telles la parenté, l'ethnicité ou la religion » (Carsten 2011 : 5). Elle s'intéresse notamment aux interconnexions entre plusieurs domaines du savoir, afin d'étudier le caractère polyvalent du sang. Il peut être question de « modalité de production de savoirs et savoir-faire "situés" autour [d'une maladie] » (Gobatto & Tijou Traoré 2011 : 2) comme l'examine également M. M'zoughi dans sa contribution. La construction et la transformation des savoirs étant intrinsèquement liées à l'expérience, certains travaux portent sur les savoirs pragmatiques à la fois profanes et scientifiques, ainsi que sur les savoirs expérientiels (Simon *et al.* 2020), afin de remettre en question les oppositions catégorielles entre types de savoirs. Dans cette perspective, ce sont les savoirs des aidants, des professionnels médicaux et des patients qui sont examinés, tour à tour, dans les contributions de ce dossier thématique.

Notes

1. Voir la définition *infra*.
2. « […] *is a malleable and mobile set of practices and ideas.* […] *use it in ways unique to local situations* ».
3. Pour un résumé des débats et critiques autour du terme de biomédecine et de l'affirmation d'une prééminence du biologique dans la pratique médicale, voir Alberto Cambrosio et Peter Keating (2003).
4. « *The power of the RCT is reflected in the firm belief that biomedical practice must be informed by "evidence'"derived from RCTs or related scientific studies, a belief that gave rise to the evidence-based medicine (EBM) movement.* »
5. La randomisation correspond à « la répartition au hasard des malades sélectionnés pour participer à l'essai entre un groupe expérimental et un groupe témoin, et le traitement en double aveugle : le malade et le médecin traitant ignoraient si le malade recevait [le médicament] ou un placebo » (Löwy 1998 : 124).
6. « […] *like religion, ethnicity, and other key social institutions, is a medium through which the pluralities of social life are expressed and recreated* ».
7. « […] *medicine is not a coherent whole. It is not a unity. It is, rather, an amalgam of thoughts, a mixture of habits, an assemblage of techniques. Medicine is a heterogeneous coalition of ways of handling bodies, studying pictures, making numbers, conducting conversations. Wherever you look, in hospitals, in clinics, in laboratories, in general practitioners' offices there is multiplicity. There is multiplicity even inside medicine's biomedical "core".* »
8. « […] *a body maybe multiple without shifting into pluralism* ».
9. « […] *many bodies shaped in medical practices* ».
10. « […] *what we think of as a single object may appear to be more than one* ».
11. « […] *the same therapeutic technologies – say, for example, particular pharmaceuticals or surgical equipment – are also perceived and employed in different ways in different worlds* ».
12. « *Indigenization and globalization should be seen as two sides of the same coin, and the focus on one or the other notion is basically a question of perspective.* »
13. « *One aspect is the diffusion of biomedicine, the process of application of various biomedical therapeutic technologies in different local contexts. The other aspect is local perceptions of such biomedical technologies, which are shaped by cultural ideas about health and illness, causation, diagnosis, and treatment. Such ideas are often at variance with those entertained by representatives of the biomedical culture of origin.* »
14. « *Medicine's social diversity, its regional variations, its embeddedness in different contexts.* »
15. « […] *assessments of individual biology are snapshots, situated in the time and space of a complex and shifting material reality, brought about by changing environments and sociocultural, political and economic exigencies* ».
16. « […] *biomedical practices are situated in the context of the larger developments in science, medicine, and society* ».
17. « […] *certain biologies initially emerge locally, but then travel to become situated, and later modified in other location* ».

18. « […] *paradoxical capacity to be simultaneously bounded and permeable, both sites of social control and spaces where alternative and transgressive social orders emerge and are contested* ».
19. Ce dernier critique la définition supposée universelle de l'autonomie du patient telle qu'elle est pensée en Occident (à travers l'indépendance individuelle, l'autodétermination et une conception subjective du bien). L'auteur montre que les sociétés est-asiatiques fondent le principe d'autonomie sur la dépendance harmonieuse, la détermination familiale et une conception objective du bien (1997 : 309).
20. « […] *when one member of the family becomes sick, it is the responsibility of the entire family to look after him… The family knows that the care of the sick member is a family matter* ».
21. « […] *if the money runs out, the patient's recovery is put at stake* ».
22. « […]*how zoonotic risk is framed and managed in a global arena of concern for emerging infectious diseases* ».
23. « […] *the frictions that emerge when science and medicine interact with social life* ».
24. « […] *the tensions between local understandings and methods of care and transnational psychiatric framings of mental illness* ».

Références

AMRITH, Megha, 2017, *Caring for Strangers : Filipino Medical Workers in Asia*, Copenhague : NIAS Press.

ANNEAR, Peter Leslie, 2010, *A Comprehensive Review of the Literature on Health Equity Funds in Cambodia 2001-2010 and Annotated Bibliography*, Melbourne : Nossal Institute of Global Health-University of Melbourne.

BENNETT, Elizabeth, 1999, « Soft Truth : Ethics and Cancer in Northeast Thailand », *Anthropology & Medicine*, 6 : 395-404.

BERG, Marc & MOL, Annemarie, 1998, *Differences in Medicine*, Durham & Londres : Duke University Press.

BOCHATON, Audrey, 2015, « Cross-Border Mobility and Social Networks : Laotians Seeking Medical Treatment along the Thai Border », *Social Science & Medicine*, 24 : 364-373.

BOCHATON, Audrey & LEFEBVRE, Bertrand, 2009, « The Rebirth of the Hospital : Heterotopia and Medical Tourism in Asia », in *Asia on Tour : Exploring the Rise of Asian Tourism*, Tim Winter, Peegy Teo & TC. Chang, éds., Abingdon : Routledge, p. 97-108.

BOELLSTORFF, Tom, 2009, « Nuri's Testimony : HIV/AIDS in Indonesia and Bare knowledge », *American Ethnologist*, 36 : 351-363.

BOOKMAN, Milica, BOOKMAN, Karla, 2007, *Medical Tourism in Developing Countries*, New York : Palgrave.

BOURDIER, Frédéric, 2006, *Policies and Politics Underlying the Path for Universal Access to Treatment against AIDS in Cambodia*, Lund : Centre for East and South-East Asian Studies Lund University.

BOURDIER, Frédéric, 2016, « Health Inequalities, Public Sector Involvement and Malaria Control in Cambodia », *Sojourn : Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 31 : 81-115.

BUREAU, Ève, 2010, *Anthropologie d'une norme globalisée. La participation profane dans les programmes de lutte contre le sida au Cambodge. Anthropologie sociale et ethnologie*, thèse de doctorat en anthropologie, université Victor Segalen Bordeaux 2.

BURRI, Regula Valérie & DUMIT, Joseph, 2007, éds., *Biomedicine as Culture Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, New York : Routledge.

CAMBROSIO, Alberto & KEATING, Peter, 2003, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », *Médecine/Sciences*, 19 : 1280-7.

CARSTEN, Janet, 2011, « La "vie sociale" du sang (Penang, Malaisie) », *Terrain*, 56 : 58-73.

CARTWRIGHT, Elizabeth, HARDON, Anita & MANDERSON, Leonore, 2016, « How the Logics of Biomedical Practice Travel », in *The Routledge Handbook of Medical Anthropology*, Lenore Manderson, Elizabeth Cartwright & Anita Hardon, éds., New York : Routledge.

CHEE, Heng Leng, 2010, « Medical Tourism and the State in Malaysia and Singapore », *Global Social Policy*, 10 : 336-357.

CHONGSUVIVATWONG, Virasakdi, PHUA, Kai Hong, TENG YAP, Mui, POCOCK, Nicola S, HASHIM, Jamal H, CHHEM, Rethy, WILOPO, Siswanto Agus & LOPEZ, Alan, 2011, « Health and Health-Care Systems in Southeast Asia : Diversity and Transitions », *The Lancet*, 377 : 429-437.

CLARAMITA, Mora, NUGRAHENI, Mubarika, VAN DALEN, Jan & VAN DER VLEUTEN, Cees, 2011, « Doctor – Patient Communication in Southeast Asia : A Different Culture ? », *Advances in Health Sciences Education,* 18 : 15-31.

CLARKE, Adele E., SHIM, Janet K., MAMO, Laura, FOSKET, Jennifer Ruth & FISHMAN, Jennifer R., 2003, « Biomedicalization : Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, 68 : 161-194.

CLARKE, Adele E., MAMO, Laura, FOSKET, Jennifer Ruth, FISHMAN, Jennifer R. & SHIM, Janet K., 2010, *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Durham & Londres : Duke University Press.

COSER, Rose, 1962, *Life in the Ward*, East Lansing : Michigan State University Press.

CUNNINGHAM, Clark E., 1970, « "Thai Injection Doctors" Antibiotic Mediators », *Social Science and Medicine*, 4 : 1-24.

DO, Trang Thu & WHITTAKER, Andrea, 2020, « Contamination, Suffering and Womanhood : Lay Explanations of Breast Cancer in Central Vietnam », *Social Science & Medicine*, 266 : 113360.

DUFOUR, Barbara & KECK, Frédéric, 2012, « Aspects scientifiques et techniques de la notion de zoonose », *Cahiers d'anthropologie sociale*, 8 : 25-31.

ENGEL, George, 1980, « The Clinical Application of the Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, 137 : 535-544.

FAN, Ruiping, 1997, « Self-Determination versus Family Determination : Two Incommensurable Principles of Autonomie », *Bioethics*, 11 : 309-322.

FINK, Jella, 2019, « Hospital Days. Observations of a Micro-Cosmos of Myanmar Society », *Sojourn : Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 34 : 646-59.

FORTIN, Sylvie & KNOTOVA Michaela, 2013, « Présentation. Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière », *Anthropologie et Sociétés*, 37 : 9-24.

FOUCAULT, Michel, 1984, « Des espaces autres », *Architecture, Mouvement, Continuité*, 5 : 46-49.

GAINES, Atwood & DAVIS-FLOYD, Robbie, 2004, « Biomedicine », in *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, Carol R. Ember & Melvin Ember, éds., New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 95-109.

GOBATTO, Isabelle & TIJOU TRAORE, Annick, 2011, « Apprendre à "savoir y faire" avec le diabète au Mali », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 : 1-21.

GOOD, Byron J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspective*, Cambridge : Cambridge University Press.

GUILLOU, Anne Yvonne, 2009, *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire. Médecins et société*, Paris : Les Indes savantes.

GUILLOU Anne Yvonne, 2009, « Au prisme du VIH. Enquêter auprès des enfants des rues au Cambodge », *Anthropologie et sociétés*, 33 (1) :101-122.

GUILLOU, Anne Yvonne & MICOLLIER, Évelyne, 2010, « Anthropologie et santé en Asie du Sud-Est », *Moussons, Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, 15 : 177-193.

GUZMAN (de), Bobby, CABAYA, Norman, TING, Frédéric & SANDOVAL-TAN, Jennifer, 2020, « Factors Influencing Treatment Decisions among Breast Cancer Patients in the Philippine General Hospital Cancer Institute – Medical Oncology Outpatient Clinic », *Asian Journal of Oncology*, 6 : 72-80.

HANCART PETITET, Pascale, 2010, « Des hôtesses de karaoké à Phnom Penh. Négociations des risques en santé de la reproduction », *Moussons, Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, 15 : 137-155.

HANCART PETITET, Pascale, 2014, « Biomedical Subjectivities and Reproductive Assumptions in the CAMELIA Clinical Trial in Cambodia », *Anthropology & Medicine*, 21 : 230-240.

HANCART PETITET, Pascale, 2017, « Du (non) désir d'enfant : reproduction humaine et violence structurelle au Cambodge », *Anthropologie et Sociétés*, 41 : 79-96.

HARAWAY, Donna, 1988, « Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective », *Feminist Studies*, 14 : 575-599.

HARDING, Sandra, 1986, *The Science Question in Feminism*, Ithaca : Cornell University Press.

HARYANI, Haryani, HSU, Yu-Yun, WARSINI, Sri & WANG, Shan-Tair, 2018, « Measuring the Symptom Experience of Patients With Cancer in Indonesia : Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Memorial Symptom Assessment Scaled Indonesian Version », *Journal of Pain and Symptom Management*, 56 : 920-927.

HETHERINGTON, Kevin, 1997, *The Badlands of Modernity : Heterotopia and Social Ordering*, Londres : Routledge.

HSU, Minchung, HUANG, Xianguo & YUPHO, Somrasri, 2015, « The Development of Universal Health Insurance Coverage in Thailand : Challenges of Population Aging and Informal Economy », *Social Science & Medicine*, 145 : 227-236.

HUSSON, Laurence, 2010, « Présentation », *Moussons, Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, 15 : 5-10.

IMOTO, Atsuko, HONDA, Sumihisa & LLAMAS-CLARK, Elridia, 2020, « Human Papillomavirus and Cervical Cancer Knowledge, Perceptions, and Screening Behavior : A Cross-Sectional Community-Based Survey in Rural Philippines », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21 : 3145-3151.

ISHIKAWA, Hirono & YAMAZAKI, Yoshihiko, 2005, « How Applicable are Western Models of Patient-Physician Relationship in Asia ? : Changing Patient-Physician Relationship in Contemporary Japan », *International Journal of Japanese Sociology*, 14 : 84-93.

JACKSON, Jason Baird, 2021, « On Cultural Appropriation », *Journal of Folklore Research*, 58 : 77-122.

KASPAR, Heidi, 2019, « Searching for Therapies, Seeking for Hope : Transnational Cancer Care in Asia », *Mobilities*, 14 : 120-136.

KING, Stanley, 1962, *Perception of Illness and Medical Practice*, New York : Russell Sage Foundation.

KLEINMAN, Arthur, 1995, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley : University of California Press.

KLEINMAN, Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley : University of California Press.

LAINÉ, Nicolas, 2018, « Elephant Tuberculosis as a Reverse Zoonosis. Postcolonial Scenes of Compassion, Conservation, and Public Health in Laos and France », *Medicine Anthropology Theory*, 5 : 157-176.

LESLIE, Charles, éd., 1976, *Asian Medical Systems*, Berkeley : University of California Press.

LIAMPUTTONG, Pranee & PROYER, Michelle, 2012, « Editorial : Determinants of Health in South-East Asia », *Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 5 : 1-9.

LIAMPUTTONG, Pranee, FANANY, Rebecca & VERRINDER, Glenda, 2012, éds., *Health, Illness and Well-Being : Perspectives and Social Determinants*, Melbourne : Oxford University Press.

LIAMPUTTONG, Pranee & SUWANKHONG, Dusanee, 2015, « Therapeutic Landscapes and Living with Breast Cancer : The Lived Experiences of Thai Women », *Social Science & Medicine*, 128 : 263-271.

LINCOLN, Martha, 2014, « Medical stratification in Vietnam », *Medicine Anthropology Theory*, 1 : 21-33.

LIVINGSTON, Julie, 2012, *Improvising Medicine. An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*, Durham : Duke University Press.

LOCK, Margaret, 2015, « Comprehending the Body in the Era of the Epigenome », *Current Anthropology,* 56 : 151-177.

LOCK, Margaret, NGUYEN, Vinh-Kim, 2018, *An Anthropology of Biomedicine. Second Edition*, Oxford : Wiley Blackwell.

LÓPEZ GARCÍA, Hamlet, 2020, « Cuban Society on the Horizon of Digital Transformation : A View from Mediations to the Social Appropriation of Technology », *International Journal of Cuban Studies*, 12 : 119-134.

LOWE, Célia, 2019, « Viral Sovereignty : Security and Mistrust as Measures of Future Health in the Indonesian H5N1 Influenza Outbreak », *Medicine Anthropology Theory*, 6 : 109-132.

LÖWY, Ilana, 1998, « Essais cliniques des thérapies nouvelles : une approche historique », *Médecine/sciences*, 14 : 122-127.

LYTTLETON, Chris, 2016, « Deviance and Resistance : Malaria Elimination in the Greater Mekong Subregion », *Social Science & Medicine*, 150 : 144-152.

MATUSITZ, Jonathan, SPEAR, Jennifer, 2015, « Doctor-Patient Communication Styles : A Comparison Between the United States and Three Asian Countries », *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25 : 871-884.

MICOLLIER, Évelyne, 2007, « Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH-sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 25 : 31-39.

MISHLER, Elliot, AMARASINGHAM, Lorna, HAUSER, Stuart, LIEM, Ramsay, OSHERSON, Samuel & WAXLER, Nancy, éds., 1981, *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, Cambridge : Cambridge University Press.

MOL, Annemarie, 2002, *The Body Multiple : Ontology in Medical practice*, Durham & Londres : Duke University Press.

MONNAIS, Laurence & COOK, Harold J., 2012, *Global Movements, Local Concerns : Medicine and Health in Southeast Asia*, Singapour : NUS Press.

M'ZOUGHI, Meriem, 2020, *Métamorphoses de la chair. Anthropologie du cancer au Cambodge*, thèse de doctorat en anthropologie, université Lumière Lyon 2, Lyon.

NARNY, Yenny, ANDONI, Yudhi, HERWANDI, Herwandi & POHLMAN, Annie, 2019, « Between Sakitand Schizophrenia in West Sumatra, Indonesia », *Sojourn : Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 34 : 491-520.

NASTITI, Aria Aulia, PRADANIE, Retnayu, SUSANTI, Erna & TRISTIANA, Dian, 2020, « Women Experience with Newly Diagnosed Cervical Cancer in Indonesia », *Médecine palliative, Soins de support, Accompagnement, Éthique,* 19 : 160-167.

NICHTER, Mark, 1996 [1989], « Pharmaceuticals, the Commodification of Health and the Health Care Medicine Use Transition », in *Anthropology and International Health : Asian Case Studies*, Mark Nichter &Mimi Nichter, Amsterdam : Gordon & Breach, p. 265-326.

OVESEN, Jan, TRANKELL, Ing-Britt, 2010, *Cambodians and Their Doctors. A Medical Anthropology of Colonial and Postcolonial Cambodia*, Copenhague : NIAS Press.

PALMER, Michael, MITRA, Sophie, MONT, Daniel & GROCE, Nora, 2015, « The Impact of Health Insurance for Children under Age 6 in Vietnam : A Regression Discontinuity Approach », *Social Science & Medicine*, 145 : 217-226.

PHUA, Kai Hong, SHEIKH, Kabir, TANG, Sheng-Lan & LIN, Vivian, 2015, « Editorial – Health Systems of Asia : Equity, Governance and Social Impact », *Social Science & Medicine*, 145 : 141-144.

PORDIÉ, Laurent, 2011, « Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 : 4-12.

PORDIÉ, Laurent, 2013, « Spaces of Connectivity, Shifting Temporality. Enquiries in Transnational Health », *European Journal of Transnational Studies*, 5 : 6-26.

PORTER, Nathalie, 2013a, « Global Health Cadres : Avian Flu Control and Practical State craft inVietnam », *Sojourn : Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 28 : 64-100.

PORTER, Nathalie, 2013b, « Bird Flu Biopower : Strategies for Multispecies Coexistence in Vietnam », *American Ethnologist*, 40 : 132-148.

RABEHARISOA, Vololona, 2009, « De la médecine à la biomédecine : les multiples figures du patient. Mines », *Revue des Ingénieurs*, 2 : 47-49.

SCHIPPERS, Lan-Katharina, 2012, « Der lange Schatten struktureller Fehlentscheidungen : FachärztInnenmangel in der Frauenheilkunde in Laos und Vietnam », *Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 5 : 166-173.

SICHANVH, Chanvilay, QUET, Fabrice, CHANTHAVILAY, Phetsavanh, DIENDERE, Joeffray & LATTHAPHASAVANG, Vatthanaphone, 2014, « Knowledge, Awareness and Attitudes about Cervical Cancer among Women Attending or not an HIV Treatment Center in Lao PDR », *BMC Cancer, BioMed Central*, 14 : 161.

SIMON, Emmanuelle, ARBORIO, Sophie, HALLOY, Arnaud & HEJOAKA, Fabienne, 2020, éds., *Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires*, Nancy : PUN-Éditions universitaires de Lorraine.

SMITH, Barbara, 1981, « Black Lung : The Social Production of a Disease », *International Journal of Health Services*, 11 : 343-359.

SMITH, Catherine, 2015, « Doctors that Harm, Doctors that Heal : Reimagining Medicine in Post-Conflict Aceh, Indonesia », *Ethnos*, 80 : 272-291.

STREET, Alice & COLEMAN, Simon, 2012, « Introduction : Real and Imagined Spaces », *Space and Culture*, 15 : 4-17.

THANH THAO, Bui Thi, 2001, « Familles et soins en milieu hospitalier vietnamien », *Cahiers du Genre*, 30 : 79-101.

TIMMERMANS, Stefan, 2005, « Medicine, scientific », in *Science, technology, and society : An encyclopedia*, Sal Restivo, éd., Oxford : Oxford University Press, p. 323-327.

TIMMERMANS, Stefan, BERG, Marc, 2003, *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphie : Temple University Press.

TULER, Seth, LANGKULSEN, Uma, CHESS, Caron & VICHIT-VADAKAN, Nuntavarn, 2012, « Health and Environmental Risk Communication in Thailand : An Analysis of Agency Staff' Perspectives on Risk Communication With External Stakeholders », *Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 5 : 52-73.

TULLOCH, Olivia, TAEGTMEYER, Miriam, ANANWORANICH, Jintanat, CHASOMBAT, Sanchai, KOSALARAKA, Pope & THEOBALD, Sally, 2015, « What Can Volunteer Co-Providers Contribute to Health Systems ? The Role of People Living with HIV in the Thai Paediatric HIV Programme », *Social Science & Medicine*, 145 : 184-192.

VAN DER GEEST, Sjaak & FINKLER, Kaja, 2004, « Hospital Ethnography : Introduction », *Social Science & Medicine*, 59 : 1995-2001.

WEISBERG, Daniel & LONG, Susan Orpett, 1984, « Biomedicine in Asia : Transformations and Variations », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 8 (2) : 117-205.

WHITTAKER, Andrea & CHEE, Heng Leng, 2015, « Perceptions of an "International Hospital" in Thailand by Medical Travel Patients : Cross-Cultural Tensions in a Transnational Space », *Social Science & Medicine*, 124 : 290-297.

WILSON, Ara, 2010, « Medical tourism in Thailand », in *Asian Biotech : Ethics and Communities of Fate*, Aihwa Ong & Nancy Chen, éds., Durham : Duke University Press.

YU-HUNG LAI, Allen, 2014, « Organisational Capacity and Health Security. Evidence from Fighting Influenza A H1N1 Pandemics in 2000 », *Asian Journal Of Social Science*, 42 : 103-121.

ZAMAN, Shahaduz, 2013, « L'hôpital comme microcosme de la société : Ethnographie d'un hôpital du Bangladesh », *Anthropologie et Sociétés*, 37 : 45-62.

ZOLA, Irving Kenneth, 1972, « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, 20 : 487-504.

Résumé : Des techniques chirurgicales aux traitements pharmaceutiques, en passant par l'usage des sciences biologiques ou cliniques : quelles sont les spécificités et les réalités contemporaines de la biomédecine en Asie du Sud-Est ? La diversité de ses formes invite à penser le caractère *situé* de savoirs et de pratiques qui visent à médicaliser et transformer les corps. Ce numéro interroge les dimensions du soin lorsque celui-ci est produit par des acteurs mobilisant, en se les appropriant, les outils conceptuels et empiriques de la médecine scientifique d'origine occidentale. Il aborde les expériences de soin des personnes âgées au nord de la Sulawesi, les vécus des aidants d'enfants vivant avec le VIH-sida au Laos, la guérison d'une tumeur du cerveau chez les Dayak Benuaq dans le Kalimantan oriental, les conditions d'exercice des oncologues cambodgiens ainsi que les violences obstétricales en Indonésie et au Cambodge. L'ensemble des contributions permettent d'analyser comment les traitements et les soins sont dispensés à l'hôpital, dans les cliniques privées et dans les centres de santé afin de questionner, plus largement, ce que signifie être médecin, patient, aidant ou

femme dans cette région du monde. Loin d'être exhaustives, ces approches entendent contribuer à comprendre comment la biomédecine s'immisce-t-elle dans le quotidien des malades et des familles par l'analyse de ses formes actuelles et quels imaginaires et valeurs charrie-t-elle aujourd'hui en Asie du Sud-Est ?

Appropriation of Biomedicine in Southeast Asia

Abstract*: From surgical techniques to pharmaceutical treatments, included biological or clinical sciences: what are the specificities and contemporary realities of biomedicine in Southeast Asia? The diversity of its forms invites us to think about the situated character of knowledge and practices that medicalize and transform bodies. This issue examines the dimensions of care when it is produced by actors who mobilize and appropriate the conceptual and empirical tools of Western scientific medicine. It is dealing with providing care for the elderly in North Sulawesi, caregivers of children living with HIV/AIDS in Laos, the healing of a brain tumor among the Dayak Benuaq in East Kalimantan, Cambodian oncologists practices, as well as obstetric violence in Indonesia and Cambodia. All the contributions allow us to analyze how treatment and care are provided in hospitals, private clinics, and health centers to question, more broadly, what it means to be a doctor, a patient, a caregiver or a woman in this region of the world. Far from being exhaustive, these approaches contribute to understanding how biomedicine interferes in the daily life of patients and families by analyzing its current forms, what imaginary and values it carries today in Southeast Asia?*

Mots-clés : biomédecine, appropriation, cancer, VIH-sida, vieillissement, accouchement, violence obstétrique, chirurgie, pharmaceutique, hôpital, Asie du Sud-Est.

Keywords*: biomedicine, appropriation, cancer, HIV-AIDS, aging, childbirth, obstetric violence, surgery, pharmaceutical, hospital, Southeast Asia.*