HAL
open science

Anthropologie et santé en Asie du sud-est : dynamiques et courants de recherche

Anne Yvonne Guillou, Evelyne Micollier

To cite this version:

Anne Yvonne Guillou, Evelyne Micollier. Anthropologie et santé en Asie du sud-est : dynamiques et courants de recherche. Moussons : recherches en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est, 2010, 15 (1), pp.177-193. 10.4000/moussons.388 . halshs-01070184

HAL Id: halshs-01070184

https://shs.hal.science/halshs-01070184v1

Submitted on 15 May 2017

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.

Anthropologie et santé en Asie du Sud-Est. Dynamiques et courants de recherche

Anne Yvonne GUILLOU*, Evelyne MICOLLIER**

Les premières études anthropologiques [1] de la santé, de la maladie et des soins remontent aux années 1920, si l'on en attribue la paternité, comme il est d'usage, à William H. Rivers dans son ouvrage *Medicine, Magic and Religion* publié en 1924. On peut schématiser l'évolution de ces travaux en plusieurs étapes plus ou moins chronologiques. Jusqu'aux années 1970-1980, les chercheurs se sont concentrés sur ce qu'ils appelaient alors les systèmes étiologico-thérapeutiques, c'est-à-dire les systèmes de pensées, insérés dans une vision globale du monde, que chaque société invente pour expliquer les causes du dysfonctionnement du corps humain et les moyens d'y remédier. Dans les décennies suivantes (1980-1990), les études de terrain ont surtout traité des modes de coexistence de médecines différentes, en particulier de la médecine scientifique d'origine occidentale et des médecines et thérapeutiques locales, c'est-à-dire des formes

* Anne Yvonne Guillou est chargée de recherche au CNRS, anthropologue, attachée au Centre Asie du Sud-Est (EHESS-CNRS, Paris). Elle a travaillé pendant de nombreuses années sur des questions liées à la santé et la médecine tant au Cambodge que dans des situations migratoires. Depuis 2007, elle a entamé un nouveau programme de recherche intitulé « Ruptures sociales et construction des mémoires au Cambodge ».

** Evelyne Micollier est chargée de recherche à l'IRD, anthropologue, attachée à l'UMR 145, IRD- université de Montpellier I. Depuis 2006, elle coordonne un programme de recherche franco-chinois à Beijing (IRD-PUMC/CAMS Peking Union Medical College/Chinese Academy of Medical Sciences) intitulé « Réponses sociales, impact du genre et mobilisation de savoirs scientifiques/traditionnels dans le contexte de la recherche et de la prise en charge du VIH/sida en Chine ». Faisant suite à des travaux portant sur la pluralité thérapeutique et religieuse, le corps et la sexualité menés principalement en Chine du Sud et à Taiwan, elle travaille ces dernières années sur la recherche en biomédecine et en médecine traditionnelle, sur la santé « globalisée », ainsi que sur des questions éthiques et sociales associées au VIH/sida.

***Moussons* n° 15**, 2010-1, 177-193

prises par le « pluralisme médical »: les anthropologues, notamment les spécialistes des sociétés asiatiques[2], ont observé l'hybridation des savoirs et des pratiques, en mettant en évidence les interfaces, les interactions et les tentatives d'intégration entre la biomédecine [3] et les autres médecines dans différents contextes (Micollier 2007).

Dans les années 1990, la terrible épidémie du VIH/sida a fortement contribué à mobiliser les chercheurs autour de nouvelles questions posées par cette infection, à la fois planétaire et pourtant éminemment culturelle, sociale et politique. Plus tard encore, vers le milieu des années 1990, naît une anthropologie politique de la maladie à laquelle on peut rattacher le courant de pensée traitant de la « souffrance sociale » (*social suffering*). En effet, se manifeste la nécessité, dans les sciences sociales, d'aborder autrement les faits de maladie, en changeant d'échelle et de cadre conceptuel: ce qu'on pourrait appeler une anthropologie politique de la maladie prend en compte d'autres dimensions que les corps individuels souffrants et les systèmes culturels de représentations de la maladie. Les acteurs sociaux que sont les malades et leur entourage sont considérés comme pris dans des rapports thérapeutiques qui sont autant de rapports sociaux hiérarchisés, structurés par divers types de pouvoirs dont le pouvoir de l'État, par le biais, notamment, des politiques publiques en matière d'éducation à la santé, de prévention, de prise en charge et de recherche. L'intérêt pour les questions touchant à la « souffrance sociale » et, plus généralement, aux inscriptions dans le corps, de phénomènes sociaux tels que la domination macro-sociale ou la violence, ont fait leur apparition autour de l'école de Harvard et d'Arthur Kleinman (Kleinman, Das & Lock 1997). On peut les considérer comme une prolongation plus proprement anthropologique des travaux extrêmement influents de Michel Foucault sur le biopouvoir et le gouvernement des corps [4]. Parmi d'autres influences philosophiques, celle de Foucault se fait également sentir dans les récentes recherches menées, depuis les années 2000, sur les nouvelles technologies, les techno-sciences et les biosciences qui ouvrent des perspectives de recherche en cours d'exploration.

En Asie du Sud-Est, la recherche a épousé les évolutions générales des problématiques développées ailleurs dans le monde, mais il faut souligner la faiblesse du nombre d'études de terrain, comparativement à celles menées en

Afrique, en Amérique ou en Europe. Cela est largement dû aux lignes de partage disciplinaires, selon lesquelles historiens et orientalistes se spécialisaient dans l'étude des médecines savantes à tradition écrite tandis que les ethnologues décrivaient les médecines populaires, aux pratiques plus localisées et de tradition orale. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres, les domaines religieux ou juridique par exemple, les recherches en Asie étaient en effet traversées par une forte dichotomie entre d'une part les études des corpus littéraires classiques au fondement des grandes traditions savantes des médecines chi- noise, yunani[5] et ayūrvedique d'une part, et l'observation des discours et des pratiques populaires, plus ou moins profondément influencées par ces traditions écrites (Leslie & Young 1992) d'autre part. La question de la définition respective et des interrelations entre médecine savante et médecine populaire s'est d'ailleurs posée très généralement, y compris en France (Laplantine 1976).

Quelques moments scientifiques clés ponctuent les travaux d'anthropologie médicale en Asie du Sud-Est, telle la publication d'un numéro spécial de la revue *Social Science and Medicine*, en 1988, consacré aux techniques de soins en Asie du Sud-Est, sous la

direction de Carol Laderman et Penny Van Esterik. Les directrices du numéro, toutes deux anthropologues, appelaient de leurs vœux la mise au point d'une approche comparative, nécessaire afin de systématiser les « nombreux fils communs de croyances et de comportements tissés entre la péninsule et les îles » (Laderman & Van Esterik 1988 : 747). La somme des travaux réalisés dans de nombreuses sociétés d'Asie du Sud-Est devait permettre à terme, espéraient-elles, d'élargir la perspective en « déve- loppant des théories générales sur les classifications de la nourriture, de la médecine et des maladies allant au-delà du niveau des tabous et des prescriptions alimentaires » (*ibid*. : 748). Force est de constater que ce programme est loin d'être achevé aujourd'hui.

Dix ans plus tard, en 1998, Maurice Eisenbruch organisait le panel « Healing in Southeast Asia » au congrès de l'EUROSEAS à Hambourg. Pas moins de trente-cinq chercheurs y participèrent, venus de tous les horizons et travaillant dans un grand nombre de sociétés de la région. Les thèmes culturalistes relatifs aux formes « traditionnelles » de représentations des maladies et des soins furent majoritaires dans cet atelier. Quelques contributions proposèrent néanmoins une analyse prenant en compte l'introduction de la médecine scientifique d'origine occidentale. On vit également apparaître dans cinq communications des thèmes liés à l'épidémie du VIH/sida, relevant d'une problématique d'inscription de ce nouveau syndrome dans les cadres cognitifs traditionnels. En 2004, une nouvelle session consacrée aux « Transformations des systèmes de santé en Asie du Sud-Est[6] » fut proposée au congrès de l'EUROSEAS de Paris. On vit apparaître un intérêt marqué pour l'histoire coloniale de l'Indochine, les situations de pluralité thérapeutique et la problématique du vieillissement des populations. Enfin, il faut signaler le succès de la première conférence internationale sur l'histoire de la médecine en Asie du Sud-Est (HOMSEA), tenue au Centre d'Etudes Khmères (CKS) à Siem Reap (Cambodge)[7]. Vingt et un chercheurs venus de tous les continents y ont présenté des communications sur les traditions médicales de l'aire sud-est asiatique, les dispositifs de lutte contre les épidémies et les implications de la médicalisation à l'époque coloniale. La troisième édition de ces conférences internationales s'est tenue à Singapour en juin 2010 avec pour thèmes principaux, les femmes et la santé, les médicaments, le marché ainsi que le thème récurrent de la pluralité thérapeutique. Avec moins d'ampleur en termes de participants, plusieurs ateliers consacrés à l'anthropologie de la santé ont été organisés aux congrès annuels de l'Association of Asian Studies.

LES REPRÉSENTATIONS DU CORPS, DE SES DYSFONCTIONNEMENTS ET DE SES SOINS

Jusqu'aux années 1970-1980, les chercheurs se sont principalement efforcés de décrire les théories locales du corps humain, et éventuellement du corps animal, et de ses maladies, desquelles découlaient les formes thérapeutiques appliquées et les praticiens mobilisés. Cet intérêt ethnographique succédait à la curiosité des premiers médecins coloniaux, préoccupés de « topographies médicales » et diversement attirés par les médecines indigènes, selon les

étapes des colonisations, plus ou moins hostiles aux indigènes, et selon l'évolution scientifique et professionnelle de leur propre médecine à partir du début du XXe siècle(Boomgaard1993;Monnais-Rousselot1999).

Les études sur les représentations du corps, de la maladie et les pratiques théra- peutiques permettent d'apporter des éléments d'information originaux sur les sociétés de notre aire culturelle. Cela est peut-être encore plus vrai depuis la fin des colonisations. En effet, la réponse de B. Ërijiyi, un Kanak de Nouvelle-Calédonie, converti au protestantisme, à M. Leenhardt, lui demandant ce que les Occidentaux avaient apporté, pourrait être appliquée *mutatis mutandis* à l'Asie du Sud-Est : «Vous ne nous avez pas apporté l'esprit. [...] Ce que vous nous avez apporté, c'est le corps. » (Breton 2006.) Des conceptions individualistes du corps se sont alors développées, retravaillant le lien dialectique qui stimule les questionnements des sciences sociales en ce domaine : celui des liens entre corps biologique et « corps » social.

Les conceptions relatives à l'apparition des maladies ont été analysées, d'une part en les systématisant dans l'élaboration de grandes catégories étiologiques et thérapeutiques facilitant les comparaisons au-delà des aires culturelles (Laplantine 1986) ; d'autre part, la question du sens et du contexte a été prise en compte et la maladie apparaît toujours comme inscrite dans un contexte plus général de survenue du malheur (Augé 1986). Leur étude permet d'aborder l'univers religieux par le biais des questions liées au destin, à la cosmogonie, à la symbolique du corps en lien avec d'autres domaines par le biais, par exemple, d'homologie de couleurs, de goûts et de formes, et d'éclairer les mécanismes de syncrétisme ayant abouti à des représentations du monde comme, par exemple, la coexistence d'imputations relatives au karma, au déséquilibre humoral, au courroux de génies, à l'excès de chaleur dans la société khmère (Martin 1983; Crochet 2001). Parmi les systèmes étiologico-thérapeutiques répandus en Asie du Sud- Est se trouvent les théories humorales influencées par les médecines chinoises, ayūrvédique ou yunani. De nombreuses maladies résultent, dans cette conception, de blocages

de fluides, physiques, physico-chimiques, énergétiques ou symboliques, circulant dans le corps. Le numéro spécial de *Social Science and Medicine*, cité plus haut, en donne plusieurs exemples tirés des sociétés malaise, balinaise, thaïlandaise et de populations lao et hmong du Laos.

Ces études apportent aussi des éléments de compréhension sur l'organisation sociale. Car toute maladie un tant soit peu sérieuse met en cause une étiologie sociale suivant cette métaphore souvent utilisée en anthropologie selon laquelle corps biologique, individuel et social sont en résonance profonde. On l'illustrera par un cas, parmi de nombreux, celui des chamanes sakai de la province de Riau à l'est de Sumatra étudiés par Nathan Porath (2003) [8]. L'enjeu des séances chamaniques est de maintenir l'identité dans un monde fluide et changeant. Il forme ainsi symboliquement une clôture invisible autour de l'« âme » (*semanget*) du malade ou, éventuellement, de la maison accueillant le groupe des cognats, indiquant ainsi une continuité entre les identités individuelle et collective. Mais plus largement, ce qui est à l'œuvre dans cette cure chamanique, nous dit Porath, c'est la longue histoire des relations entre les Sakai et le sultanat de Siak auquel les Sakai vouaient autrefois une demi-allégeance. Celle-ci a laissé des traces, notamment à travers les offrandes adressées aux esprits pendant la séance ; offrandes semblables à celles qu'adressaient les Sekai au sultan autrefois. La relation métaphorique est très souvent un ressort de la cure qu'elle quelle soit. Dans le cas présent aussi, les *semanget* humaines sont attirées par les esprits, pendant les rêves en particulier, transformant des bien portants en malades ; tout comme le raja malais exerçait une attraction

sur les Sekai. On notera que la perte d'« âmes », dimension constituante de la personne humaine, une notion qui est au cœur du système étiologique chamanique, est une cause de troubles physiques ou mental rencontrée dans d'autres sociétés d'Asie du Sud-Est (les *braling* khmères, les *khouane* lao,

etc.)

Les exemples les plus évidents de la dimension sociale des maladies en sont les attaques en sorcellerie qui, souvent, sont réputées provoquer des troubles physiques ou mentaux impossibles à soigner par les thérapeutiques somatiques et qui nécessitent un traitement rituel particulier qui est un apaisement des perturbations causées autant aux relations sociales qu'au corps individuel. Un ouvrage collectif consacré à cette question en présente des études de cas pour les Lisu et les Shan de Thaïlande, les Nuaulu de Seram, les Nage (Est indonésien), Java et la Malaysia (Watson & Ellen 1993). Mais coexistant avec ce système d'imputation sorcellaire, la maladie résulte souvent d'un déséquilibre entre l'individu malade et son environnement.

Il faut aussi mentionner ici les *culture bound syndromes* qui ont beaucoup intéressé les anthropologues autant que les ethnopsychiatres car ils représentent des syndromes inconnus des tableaux nosologiques de la science médicale occidentale et sont donc des exemples particulièrement flagrants de l'influence de la société sur l'expression de la santé mentale et physique individuelle. Il s'agit alors de rechercher ce qui, dans la société étudiée, peut expliquer ou favoriser l'apparition ou la perpétuation de ces troubles. Le *latah*, par exemple, est décrit, dans les sociétés malaise et javanaise, comme une réaction vive de sursaut à une stimulation, souvent auditive, suivie d'une perte de maîtrise verbale et comportementale (coprolalie, écholalie, échokinésie, obéissance automatique aux ordres). Il se manifeste en particulier chez les femmes. Sur la base d'une étude de terrain menée au Kelantan situé au nord-est de la péninsule malaise, et à Sarawak au nord-ouest de Bornéo), Robert Winzler (1995) a montré que le *latah* constitue une rupture des règles de bienséance : une telle rupture n'est pas stigmatisée car elle est perçue davantage comme une affliction que comme une pathologie, n'im- pliquant donc pas le recours à une thérapeutique. Le *latah* s'inscrit dans un contexte social où les états de perte de conscience font partie de la culture par le biais de la transe et de la possession ; et où l'expression des émotions est très contenue et limitée au moment des rituels. Il est surtout le fait des femmes ménopausées des couches sociales dominées. Winzler interprète donc aussi le *latah* comme une forme d'expression de cette inégalité, de cette fragilité. Il constitue une expression sociale et un modelage des émotions.

Les troubles physiques et mentaux sont pris en charge par des thérapeutes

extrêmement divers, sur un continuum qui s'étend des soins donnés au sein de la famille, souvent par les femmes – et trop souvent négligés par les recherches, alors même qu'ils constituent un recours numériquement majoritaire (Kleinman 1980, Crochet 2000; Craig 2002) – au recours à des spécialistes plus ou moins professionnalisés. Les essais proposant une vue globale ont été rares et l'on saluera, malgré ses lacunes [9], l'enquête assez pionnière de Louis Golomb (1986) dans sa tentative de penser ensemble les différentes thérapeutiques fondées sur des pratiques et des croyances religieuses présentes en Thaïlande chez les bouddhistes comme les musulmans. En général, les spécialités thérapeutiques ont plutôt été observées séparément et même présentées sous forme de portraits dans la tradition de l'ethnologie monographique. Moines (Bertrand 1997), chamanes (Lemoine

1987 ; Porath 2003), médecins traditionnels possédant différents types de savoirs rituels et/ou associés à des pharmacopées (Pottier 2007), médiums (Nourse 1996), sages-femmes traditionnelles (Laderman 1983; Merli 2008) ont fait l'objet d'observations détaillées. Les modes de soins reflètent l'univers des pratiques et des croyances religieuses des sociétés. Étudier les formes de soins informe donc sur la conception de la personne dans ses différentes composantes et dans son rapport au monde. Ainsi les moines theravadin traiteront-ils l'affliction par des prières, des aspersions d'eau lustrale qui relève d'une efficacité symbolique à la fois karmique et magique par le pouvoir intrinsèque accordé aux récitations palies. Dans les sociétés où ils sont présents, les chamanes « voyagent » pour intercéder à la place du malade dans les mondes étagés, ou bien récupérer, comme dans l'exemple sakai, les « âmes » égarées, des techniques thérapeutiques au cœur de la cure chamanique. En ce qui concerne les médiums, qui sont d'ailleurs souvent des femmes, ils/elles sont possédé(e)s par des esprits de diverses catégories. Ces esprits entrent ainsi en communication avec les êtres humains au cours de séances – spontanées ou, le plus souvent, provoquées – où ils exprimeront leur demande et révéleront les causes de la maladie. Les « médecins traditionnels » sont souvent herboristes, devins, détenteurs de formules

magiques ou de savoirs partiels relatifs à une ou quelques maladies, plus ou moins proches des religions universalistes pratiquées localement (bouddhisme, islam, christianisme) et plus ou moins professionnalisés.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ POST-COLONIAUX

La médecine occidentale en Asie du Sud-Est a été introduite au cours des colonisations dont la dimension médicale reste insuffisamment étudiée, malgré l'intérêt du sujet: il permet en effet d'aborder autant l'apport scientifique qu'a constitué ce vaste laboratoire de pathologies tropicales à la révolution pastorienne naissante, que la part occupée par la médecine et les médecins dans les processus de colonisation, l'impact de la médicalisation sur le niveau général de santé des populations colonisées et l'influence de la colonisation sur les systèmes de santé actuels. Il est certain que la révolution pastorienne a profité de ce « vaste champ d'expérience » qu'a constitué l'Indochine, autant sur le plan de la découverte d'agents infectieux (Monnais-Rousselot 1999 : 399-440), la mise au point de vaccins et le rôle qu'y ont pris les Instituts Pasteurs indochinois [10] (Guénel 1995). De là à affirmer que les systèmes de santé coloniaux destinés aux indigènes, mis en place au début du XXe siècle, ont été des facteurs majeurs de la réduction de la morbidité et de la mortalité des populations soumises, il y a un pas que tous ne franchissent pas. L'historien Peter Boomgaard (1993 : 81) conclut à un bilan globalement positif concernant Java tandis que la démographe Magali Barbieri (2004), examinant, dans un travail préliminaire, la situation du Viêt Nam colonial, conclut que la hausse démographique, imputée à l'amélioration des conditions de vie et des mesures prophylactiques, a été en réalité très modeste. Le taux de mortalité dû aux principales pathologies infectieuses et la mortalité infantile, critères importants d'avancée sanitaire, sont restés très élevés, relativisant la « mission civilisatrice » dans sa dimension médicale.

Après les indépendances dans les années 1960, les systèmes de santé mis en place par les jeunes États indépendants ont été confrontés à de nombreuses questions liées à l'intégration des médecines locales, à l'adaptation locale de la médecine scientifique

d'origine occidentale dans un contexte de pénurie, notamment après les conflits dans les trois pays de l'ex-Indochine française, et à la nécessité d'améliorer les conditions de vie et de soins de la population. L'intégration officielle des médecines locales s'est posée de différentes façons selon les orientations idéologiques des États. Dans les pays communistes comme le Viêt Nam, le Laos et le Cambodge, et suivant le mot célèbre de Ho Chi Minh, la médecine nationale devait contribuer à l'édification du communisme en se basant sur les principes « scientifique, national et populaire » (Guénel 1996), après avoir servi les troupes combattant pour l'indépendance et gagné ainsi une légitimité idéologique basée sur l'autosuffisance et l'autochtonie des savoirs traditionnels [11]. De fait, les médecines fondées sur les pharmacopées traditionnelles sont assez rapidement tombées en désuétude dans les services publics, surtout au Laos (Hours 1997) et au Cambodge (Guillou 2009*b*) pour se développer très fortement au contraire dans l'offre de soins privée, poussée par le vent de la libéralisation économique. Les systèmes de santé communistes, véritables « métaphore[s] de l'ordre politique » comme l'a bien analysé et décrit Bernard Hours (1997) au Laos, sont tombés en déliquescence dans les années 1990.

De nouveaux acteurs, que l'on peut nommer « néo-traditionnels », sont apparus sur le marché des soins, sous l'effet conjugué des politiques d'intégration des médecines traditionnelles, également encouragées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et de processus d'emprunts réciproques entre pratiques locales, biomédecine et influences diverses, nés de la multiplication des interactions sur le marché thérapeutique et accélérés par la mondialisation [12]. Les emprunts peuvent prendre différentes formes comme celle de l'adaptation aux demandes des patients, décrite par Carol Laderman (2001) à propos de *bomoh* (guérisseur) malais ; ou bien la professionnalisation des *kru khmaer* (guérisseurs) cambodgiens (Guillou 2009*b*). Ces travaux ont permis également de critiquer la dichotomie entre une « tradition » et une « modernité » médicale, héritée de la colonisation, qui figeait les « médecines traditionnelles » colonisées dans une immuabilité factice. Aujourd'hui, comme on l'a vu à propos des conférences périodiques sur l'histoire des médecines en Asie du Sud-Est (HOMSEA), l'historicisation des médecines « traditionnelles » est enfin sur l'agenda des chercheurs. La

notion d'« invention de la tradition » ayant fait son chemin, s'est développée l'idée que les notions de corpus, de système et de représentation devaient être réinterrogées, en particulier sur le plan de leur cohérence, de leur abstraction et de leur généralisation (Jaffré & Olivier de Sardan 1999). Enfin, « l'invention » des professions médicales dans des contextes sud- est asiatiques reste un terrain mal défriché (Guillou 2009*b*), de même que le rôle ambigu voire contre-productif des ONG « humanitaires » dans les sociétés et les secteurs les moins développés d'Asie du Sud-Est (Guillou 1997 ; Crochet 2008 ; Guillou 2009*a*). Les problématiques actuelles évoluent vers des analyses et des interprétations critiques des savoirs médicaux, des pratiques et des politiques publiques de santé en voie de globalisation: on passe ainsi d'une observation du pluralisme local ou national à celui de la santé globalisée. Deux ouvrages théoriques de référence offrent une synthèse des orientations actuelles et futures en la matière, en se fondant principalement sur des études de cas asiatiques (Nichter & Nichter 1996; Nichter & Lock 2002).

Après les indépendances, le problème de l'amélioration des conditions sanitaires des populations du Sud s'est posé concrètement aux systèmes de santé publique. Les études de terrain en anthropologie se sont alors concentrées sur le « pluralisme médical »

(*medical pluralism*) en essayant de modéliser les logiques de soins des patients dans un contexte d'offre thérapeutique variée: Arthur Kleinman (1980), à partir d'une étude pionnière menée à Taiwan, a proposé un modèle d'analyse de l'ensemble des recours thérapeutiques dans un contexte culturel donné, en considérant le système médical comme un système culturel tel que défini par Clifford Geertz (1973). Contrairement aux représentations courantes, héritées de la période coloniale, les patients ont recours à toutes sortes de soins selon une logique pragmatique de guérison qui est beaucoup plus complexe que la logique étique d'une dichotomie « tradition »/« modernité » que les premiers travaux en anthropologie avaient utilisée (Grange 1995). Une certaine hybridation des savoirs et des représentations du

corps s'est développée, ces savoirs et ces représentations apparaissant aussi comme des métaphores du nouvel ordre social. Ainsi, Claudia Merli (2008), dans son enquête sur les pratiques liées à la santé reproductive de la minorité musulmane du sud de la Thaïlande, montre que la contraception hormonale est vécue comme « rigidifiant » les corps féminins considérés comme naturellement poreux, permettant la communication entre le divin/le satanique et l'humain, à mesure que leur identité se dilue dans la société thaïe bouddhiste majoritaire. Les théories humorales, dont on a dit qu'elles étaient courantes en Asie du Sud-Est comme dans d'autres régions, se prêtent tout particulièrement à une interprétation des modes d'action des médicaments issus de l'industrie pharmaceutique (Sargent, Marcucci & Elliston 1983; Ferzacca 2001). Mais, plus largement, les représentations du corps et les pratiques de soins « traditionnels » évoluent en même temps que la société dans son ensemble. Les contributeurs de l'important ouvrage de Linda Connor et Geoffrey Samuel, *Healing Powers and Modernity* (2001) en donne des exemples pris chez les Temiars (ouest de la péninsule malaise), les Iban de Sarawak et les Sasak de Lombok. Enfin il faut faire mention ici de la consommation médicamenteuse et de l'approche culturelle du médicament (Des- claux & Levy 2003), qui constitue un thème montant depuis dix ans dans les recherches anthropologiques. Concernant l'Asie du Sud-Est, les recherches portent notamment sur les Philippines et l'Indonésie (Reynolds Whyte, Van Der Geest & Hardon 2002).

L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA

D'une certaine façon, l'apparition du VIH/sida et la pandémie qui s'en est suivie ont relancé la recherche en anthropologie de la santé en articulant toutes les thématiques précédemment évoquées. Le choc d'une propagation rapide et relativement facile, le désarroi des responsables politiques, l'impuissance première des approches curatives, les crédits de recherche importants, sont autant de facteurs qui ont provoqué la mobilisation massive et rapide des chercheurs en sciences sociales, autour de diverses questions d'ordre épistémologique, méthodologique et éthique pour évaluer la perception, les représentations, les modes de transmission, les comportements sexuels (Brummelhuis & Herdt 1995), les moyens de prévention et les réponses institutionnelles et communautaires (Lyttleton 2000). Parmi les travaux en Asie du Sud-Est, citons Beyrer (1998); Blanc, Husson & Micollier

(2000); Husson (1999, 2000); Micollier (1999); Vignato (1999).

Depuis les années 1990, deux postures épistémologiques se dégagent des études sur les épidémies en anthropologie de la santé : l'approche des *cultural studies*, fondée sur l'analyse des multiples discours reflétant les représentations, en particulier sous

leurs formes textuelles et visuelles ; et celle d'une approche politique de la santé mettant l'emphase, dans la profondeur historique, sur les mécanismes de pouvoir, de domination, et la prégnance des facteurs économiques et politiques comme modèle explicatif de la vulnérabilité face au sida[13]. Sandra Teresa Hyde (2007) a eu le mérite de croiser ces deux approches dans le seul ouvrage produit à ce jour d'anthropologie du sida en Chine du sud, fondé sur une ethnographie fine conduite dans la région Sipsong panna de la province du Yunnan. Une telle perspective théorique, encore exploratoire, est pourtant tout à fait appropriée aux études menées en Asie du Sud-Est. En effet, les principaux facteurs sociaux de vulnérabilité face au sida en Asie du Sud-Est comme en Chine du Sud sont la pauvreté, la mobilité interne et transfrontalière, y compris celle des acteurs de l'industrie du sexe, la difficulté d'accès aux soins dans le cadre d'un système de santé publique et, enfin, l'appartenance à des groupes ethniques minoritaires dans les régions qui cumulent vulnérabilité sociale et économique.

Un certain nombre d'études en sciences sociales du sida, conduites en Asie, contribue à nourrir un débat – déjà amorcé auparavant et recoupant partiellement les écoles intellectuelles présentées ci-dessus : celui des tensions entre l'approche accordant une importance primordiale aux faits culturels comme systèmes principaux d'interprétation (formes locales des comportements, facteurs culturels de l'épidémie) et l'approche globale mettant l'accent sur les facteurs socio-économiques et politiques (rôle de la pauvreté, questions autour du développement). Parmi les acteurs de ce débat, citons Marie-Ève Blanc, Laurence Husson & Evelyne Micollier (2000);

Manderson & Jolly 1997 ; Lisa Law (2000) ; Chris Lyttleton & Amorntip Amarapibal (2002) ; Sandra Teresa Hyde (2007). Deux colloques organisés à six ans d'intervalle à Chiang Mai (2003 et 2009) visaient à faire le point sur les thèmes du moment. En 2003, il portait sur les projets en cours, les priorités et les perspectives de recherche [14], tandis qu'en 2009, il était question de l'impact du VIH/sida et de ses traitements en Asie. L'idée sous-jacente était que les enseignements des travaux menés depuis vingt ans sur le sida devaient servir à d'autres mobilisations éthiques, médicales et sociales (Hancart Petitet 2009).

Les travaux sur le sida ont beaucoup contribué au renouvellement et au dévelop- pement des études sur le genre et la sexualité (Lewis, Bamber & Waugh 1996; Law 2000). De nouvelles formes de sexualité sont apparues, issues de réponses disciplinaires dans le sens foucaldien. Dans un ouvrage traitant de la sexualité comme un construit social, trois principaux thèmes sont traités dans une perspective multidisciplinaire : le genre et la sexualité, le commerce du sexe et les structures familiales, la sexualité et le risque sexuel à l'ère du sida (Micollier 2004). La moitié des chapitres rapporte des résultats d'études conduites en Asie du Sud-Est (Viêt Nam, Cambodge, Indonésie, Taiwan). Signalons aussi le numéro spécial de la revue *Social Sciences and Medicine* (Desclaux, Msellati & Walentowitz 2009) portant sur le genre et le sida, dont deux articles portant sur la Thaïlande, et un autre sur le Viêt Nam et l'Indonésie. Enfin, le champ de l'éthique a été identifié comme particulièrement important dans le développement de l'anthropologie du sida (Levy & Epelboin 1996) mais il est encore relativement peu exploré dans le contexte sud-est asiatique.

Le site « Asie du Sud-Est » de l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites), par son soutien apporté à des programmes menés en Thaïlande depuis la fin des années 1990, puis au Cambodge et au Viêt Nam dans les années 2000, a été

++++++++++++++

un puissant levier pour le développement de recherches cliniques, épidémiologiques, virologiques, et en sciences humaines et sociales. Il contribue, sur la base des résultats des recherches, à émettre des recommandations en matière de politiques publiques afin d'améliorer la prévention, l'accès aux soins et la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Ces recherches sont menées en partenariat avec des institutions sanitaires et académiques locales.

TECHNO-SCIENCES ET BIOPOUVOIR

Les biotechnologies[15] et les techno-sciences ont une influence grandissante dans le champ de la santé et de la biomédecine. En Europe, l'usage de ces biotechnologies qui relèvent de la manipulation de la vie et de la mort comme les greffes d'organes, le clonage, les tests génétiques, les nouvelles technologies de la procréation et de génétique, alimente des discussions dans la société civile dans une certaine mesure. En outre, constatons que ces nouvelles techniques ne peuvent pas être imposées dans le silence. La situation est toute autre dans les pays en développement, en particulier en Asie, où ces questions suscitent très peu de débats. Le développement de ces techniques a produit de nouvelles formes de biopouvoir liées par exemple au don d'organes, à la constitution de base de données génétiques, à la bioprospection, à l'usage de nouvelles techniques de procréation, de tests génétiques et de l'imagerie médicale. Sur l'émergence des biosciences et de leurs applications thérapeutiques selon une lecture anthropologique, l'ouvrage collectif de Sarah Franklin et Margaret Lock (2001) est fondateur : ces applications créent de nouvelles formes de biopouvoir qui sont dans les mains de lobbies économiques puissants et que les États ne veulent ou ne peuvent contrôler, notamment dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, en général très en quête d'innovation et hostile aux contrôles. Des anthropologues travaillant en Asie de l'Est et du Sud-Est ont commencé à analyser ces situations mais aussi d'autres contextes qui dépassent le cadre de l'application des biotechnologies en utilisant les concepts de biopouvoir, de biopolitique et de bio- socialité (Lock & Kaufert 1998; Lock 2002; Nichter & Lock 2002; Ferzacca 2002; Hyde 2007). Margaret Sleeboom (2004) est l'auteure d'un travail pionnier sur la bioéthique en Asie, face à cet usage exponentiel et peu discuté localement des biotechnologies. Son ouvrage

contient des chapitres sur l'Asie de l'Est et du Sud mais aussi sur la Thaïlande, les Philippines, la Malaisie et Taiwan, des pays qui ont les infrastructures médicales et de recherche nécessaires pour l'usage de ces techniques de pointe.

L'émergence des biotechnologies se traduit par l'apparition d'une forme de gouvernance « techno-scientifique » appliquée au champ de la santé et de la maladie, dans le cadre des systèmes de santé nationaux ou locaux. Il draine aussi un tourisme médical international, profitant de la faiblesse des contrôles au Sud. C'est pour cette raison que les organisations internationales et certaines ONG des Suds se mobilisent contre les abus de ces nouvelles formes de biopouvoir. Comme moyen de « résilience » par les populations concernées, se créent des formes de « biosocialité ». Ainsi, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a organisé un colloque à Bangkok œuvrant pour une mobilisation d'urgence en faveur de l'éducation à la bioéthique en Asie (UNESCO 2008). L'objectif est de favoriser l'expertise des populations et des ONG sur ces sujets complexes.

Un autre exemple de réaction au biopouvoir est celui de formes inédites de solidarité qui se créent aujourd'hui face au sida. Celles-ci témoignent de la naissance de constructions identitaires identifiables dans des formes locales de « citoyenneté thérapeutique et/ou sexuelle » (Nguyen 2005 ; Micollier 2005). Sur le thème des nouvelles mobilisations collectives face au sida et de l'émergence de formes locales de « citoyenneté thérapeutique et sexuelle », citons l'ouvrage sous presse coordonné par Fred Eboko et Frédéric Bourdier qui inclut plusieurs chapitres sur l'Asie (Cambodge, Chine, Taiwan). Ces auteurs ont effectué un travail de volontariat dans des associations engagées contre le sida, durant une période plus ou moins longue, dans une perspective d'anthropologie « impliquée ». Celle-ci est vigoureusement défendue par Jean Benoist et Alice Desclaux dans la conclusion de leur ouvrage collectif de

1996. Ils y prônent un dépassement de la dichotomie entre recherche fondamentale et recherche appliquée qui apparaît à leurs yeux comme infondée. La situation médicale et sociale « sida » a contribué au développement d'un nouveau rapport à l'engagement en anthropologie, grâce auquel la connaissance devient une forme d'action rendue nécessaire.

Notes

1. Devant l'ampleur du développement des recherches en trois décennies, nous nous sommes surtout concentrées sur les travaux en anthropologie et en histoire. Les auteurs remercient Laurence Husson pour son travail de coordination et ses commentaires concernant cet article.

2. Parmi eux, citons les précurseurs Leslie (1976); Kunstadter (1976).

3. Le terme biomédecine est apparu à la fin des années 1940 aux États-Unis et y a été couramment utilisé à partir des années 1960 sous le label « sciences biomédicales » par les National Institutes of Health. D'un point de vue épistémologique, la biomédecine est le résultat d'une hybridation entre biologie et médecine: cette approche scientifique permet de repenser, d'une part les relations entre la clinique et le laboratoire, d'autre part les relations entre le pathologique et le normal. Il prolonge la notion de « médecine scientifique » fondée sur une méthode expérimentale qui vise à appliquer la biologie à la médecine, dont on fait remonter la naissance au XIXe siècle, autour des travaux de Rudolf Virchow et de Claude Bernard. Bien que critiqué, le terme de bio- médecine est fréquemment utilisé par les chercheurs en sciences sociales. Un autre éclairage est apporté notamment par le fait que toute pratique thérapeutique locale est fondée partiellement ou en totalité sur l'observation des fonctions corporelles et, de ce fait, constitue aussi une bio- médecine. Cette approche critique entend ainsi soulever d'une part la question sociale de la domination médicale occidentale, et d'autre part, obliger à penser l'épistémologie comparée des différents systèmes thérapeutiques. Le texte de Robin Horton (1967) a constitué un moment fort de ces débats.

4. Steve Ferzacca (2002), par exemple, fait usage du concept de gouvernementalité des corps dans une recherche en Indonésie.

5. Médecine humorale islamique d'origine grecque.

6. Coordination assurée par Peter van Eeuwijk (université de Bâle), Françoise Grange (IUED Genève), Annick Guénel (LASEMA-CNRS, Paris), Anne Yvonne Guillou (LASEMA, Paris), Elisabeth Schrö- der-Butterfill (Oxford University) et Michele Thompson (Southern Connecticut State University).

7. Organisé par Rethy Chhem (Schulich School of Medicine, University of Western Ontario), Harold Cook (Wellcome Trust Centre for the History of Medicine, University College of London) et Laurence Monnais (Université de Montréal).

8. Pour une approche plus générale, présentant de nombreux cas, voir Ruth Inde Heinze (1988).

9. Voir la lecture critique de l'ouvrage par Peter F. Laird dans *The Journal of Asian Studies*, 45, 4; Augé (1986 : 903-904).

10. Le premier Institut Pasteur d'outre-mer, dirigé par A. Calmette, s'ouvrait à Saigon en 1891, suivi par celui de Nha Trang en 1896 et de Hanoi en 1925 permettant de nets progrès en matière d'épidémiologie (variole, rage, etc.), de médecine tropicale (paludisme, etc.) comme de santé publique. L'Institut Pasteur de Phnom Penh date de 1957. Ces instituts jouent un rôle prééminent dans la recherche sur les maladies émergentes et ré-émergentes comme la grippe aviaire, le sida et le SRAS.

11. Ainsi que la réunification des savoirs thérapeutiques du Nord et du Sud pour le Viêt Nam.

12. Les phénomènes de la trans-nationalisation des médecines et du tourisme médical du Sud vers le Nord comme du Nord vers le Sud, en particulier en Inde, en Chine et en Thaïlande, se développent.

13. Représentatifs de cette approche, voir deux ouvrages de référence, Paul Farmer (1996) et Didier Fassin (2006).

14. Voir Proceedings of the Chiang Mai Conference (2004).

15. Les biotechnologies médicales sont l'ensemble des méthodes et des techniques qui utilisent comme outils des organismes vivants tels que les cellules, bactéries, levures, etc. ou bien des composants de ceux-ci (gènes, enzymes, etc.)

Références

AUGÉ, Marc, 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, numéro spécial « Anthro- pologie: état des lieux », 97-98, Paris: EHESS/Librairie Générale Française, coll. « Biblio/essais », p. 77-88.

BARBIERI, Magali, 2004, « Health and mortality in early 20th century vietnam: A demographer's perspective », communication présentée à la conférence EUROSEAS, Paris, 1-4 septembre 2004. Non publiée.

BENOIST, Jean & Alice DESCLAUX (éds), 1996, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris : Karthala, collection « Médecines du Monde ».

BERTRAND, Didier, 1997, « Les pratiques thérapeutiques des bonzes au Cambodge »,

Cahiers d'Ethnopsychologie, Le Havre, 27, juin: 129-148 (1re partie) et 28, décembre: 75-86 (2e partie).

BEYRER, Chris, 1998, *War in the Blood: Sex, Politics and AIDS in Southeast Asia*, New York: Zed Books Ltd.

BLANC, Marie-Ève, Laurence HUSSON & Evelyne MICOLLIER (éds), 2000, *Sociétés asiatiques face au sida*, Paris : L'Harmattan, collection « Recherches Asiatiques ».

BOOMGAARD, Peter, 1993, « The development of colonial health care in Java. An exploratory introduction », *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, 149: 1, Leiden, 77-93.

BRETON, Stéphane (éd.), 2006, *Qu'est-ce qu'un corps ?*, Paris : Musée du Quai Branly/Flammarion.

BRUMMELHUIS, Hans ten. & Gilbert HERDT (éds), 1995, *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*, Amsterdam : Gordon and Breach Publishers.

CONNOR, Linda & Geoffrey SAMUEL (éds), 2001, *Healing Powers and Modernity: Traditional Medicine, Shamanism, and Science in Asian Societies*, Westport: Bergin and Garvey.

CRAIG, David, 2002, Familiar Medicine : Everyday Health Knowledge and Practice in Today's Vietnam, Honolulu: University of Hawaii Press.

CROCHET, Soizick, 2000, « L'invisible guérison. Notes d'ethnomédecine en milieu rural au Cambodge », *Aséanie*, juin: 13-40.

— 2001, « Étude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge », thèse de doctorat en ethnologie, Paris X-Nanterre, dir. F. Meyer.

— 2008, « La santé au Cambodge: histoire et défis », in *Cambodge contemporain*, Alain Forest (éd.), Paris-Bangkok: Les Indes Savantes-IRASEC.

DESCLAUX, Alice & Joseph-Josy LEVY, 2003, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologies et sociétés*,

27(2): 5-21.

Philippe MSELLATI & Saskia WALENTOWITZ (éds), 2009, numéro spécial « Women, mothers and HIV care in resource poor settings », *Social Sciences and Medicine*, 69 (6).

EBOKO, Fred & Frédéric BOURDIER (éds), 2011, *Mobilisations collectives face au sida. Cap aux Suds ?*, Paris : IRD Editions.

FARMER, Paul, 1996, *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris: Karthala.

FASSIN, Didier, 2006, *Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sidaen Afrique du sud*, Paris: La Découverte.

FERZACCA, Steve, 2001, *Healing the Modern in a Central Javanese City*, Durham : CarolinaAcademic Press.

— 2002, « Governing bodies in new order Indonesia », in *New horizons in medical anthropology. Essays in honour of Charles Leslie*, Mark Nichter & Margaret Lock (éds), Londres et New York: Routledge, p. 35-57.

FRANKLIN, Sarah & Margaret LOCK (éds), 2001, *Remaking Life & Death. Toward an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fé et Oxford: School of American Research Press et James Currey Ltd.

GEERTZ, Clifford, 1973, *The Interpretation of Cultures*, New York : Basic Books.

GOLOMB, Louis, 1985, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand*, Urbana et Chicago: University of Illinois Press.

GRANGE, Françoise, 1995, « Therapeutic Recourses in Bali: a Case Study on the Choice of Medical Practitioners », *Indonesia Circle (SOAS)*, 66 : 109-123.

GUENEL, Annick, 1995, « Lutte contre la variole en Indochine : variolisation contre vaccination? », *History and Philosophy of Life Sciences*, 17 : 55-79.

— 1996, « Entre Chine et Occident : place et rôle de la médecine traditionnelle au Viêt Nam », in *Médecines et santé*, Anne-Marie Moulin (éd.), série « Les sciences hors d'Occident au XXe siècle » dir. par Roland Waast, vol. 4, Paris : ORSTOM, p. 177-192.

GUILLOU, Anne Yvonne, 1997, « Un aspect particulier des relations inter-ethniques : l'aide humanitaire occidentale dans les hôpitaux cambodgiens », *Les Cahiers du CERIEM*, Rennes II, mars, 2 : 5-26.

— 2009*a*, « Au prisme du VIH. Enquêter auprès des enfants des rues au Cambodge », *Anthropologie et sociétés*, numéro spécial « Enfances en péril », Chantal Collard &Isabelle Leblic (éditeurs invités), 33, 1: 101-122.

— 2009*b*, *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire. Médecins et société*, Paris, Les Indes savantes.

HANCART PETITET, Pascale, 2009, « Atelier international "The impact of HIV/AIDS and its treatment in Asia" », *Bulletin Amades*, 77 (mis en ligne le 1er avril 2010, consulté le 9 mai 2010, http://amades.revues.org/index772.html).

HEINZE, Ruth-Inge, 1988, *Trance and Healing in Southeast Asia Today*, Bangkok: White Lotus Co.

HORTON Robin, 1967, « African traditional thought and western science », *Africa*, Londres, XXXVII, 1-2 : 50-71 et 155-187.

HOURS, Bernard, 1997, « La santé publique comme métaphore de l'ordre politique », in *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain*, Bernard Hours & Monique Sélim, Paris: L'Harmattan, p. 105-200.

HUSSON, Laurence, 1999, « État, islam et sida en Indonésie : un épineux ménage à trois », in « Le sida des autres: constructions locales et internationales de la maladie », Claude Fay (éd.), *Autrepart (Revue de Sciences Sociales au Sud)*, 12, p. 53-72.

— 2000, « Le sida est-il une priorité de santé publique en Indonésie ? », *Espaces, Populations, Sociétés*, 2, numéro thématique sur les Maladies émergentes et viviviscentes: 287-297.

HYDE, Sandra Teresa, 2007, *Eating Spring Rice. The Cultural Politics of AIDS in Southwest China*, Berkeley: University of California Press.

JAFFRÉ, Yannick & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (éds), 1999, *La Construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris: Presses universitaires de France.

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.

—, Vena DAS & Margaret LOCK, 1997, *Social Suffering*, Berkeley : University of California Press.

KUNSTADTER, Peter, 1976, « The comparative medical anthropological study of medical systems in society », in *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and other Societies*, Arthur Kleinman, Peter Kunstadter & L. Gale (éds), Washington D.C.: US Government Printing Office for Fogarty International Center, p. 683-696.

LADERMAN, Carol, 1983, *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*, Berkeley: University of California Press.

— 2001, « Tradition and change in Malay healing », in *Healing Powers and Modernity. Tra- ditional Medicine, Shamanism, and Science in Asian Societies*, Linda H. Connor & Geoffrey Samuel (éds), Westport: Bergin and Garvey, p. 41-63.

— & Penny VAN ESTERIK, 1988, *Social Science and Medicine*, numéro spécial « Techniques of Healing in Southeast Asia », 27.

LAPLANTINE, François, 1976, *La Médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris: Éditions J.-P. Delarge.

—1986, *L'Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot.

LAW, Lisa, 2000, *Sex Work in Southeast Asia: The Place of Desire in a Time of AIDS*, Londres: Routledge.

LEMOINE, Jacques, 1987, *Entre la maladie et la mort : le chamane hmong sur les chemins de l'au-delà*, Bangkok: Pandora.

LESLIE, Charles (éd.), 1976, *Asian Medical Systems. A Comparative Study*, Berkeley : University of California Press.

— & Allan YOUNG(éds), 1992, *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press.

++++++++++++++++

LÉVY, Joseph & Alain EPELBOIN, 1996, « De nouveaux champs pour la recherche », in *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Jean Benoist & Alice Desclaux (éds), Paris : Karthala, collection « Médecines du Monde ».

LEWIS, Milton, Scott BAMBER & Michael WAUGH (éds), 1996, *Sex, Disease and HIV/AIDS in Asia and the Pacific*, Westport, CT : Greenwood Press.

LOCK, Margaret M., 2002, *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley: University of California Press.

— & Patricia A. KAUFERT, 1998, *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge : Cambridge University Press.

LYTTLETON, Chris, 2000, *Endangered Relations. Negotiating Sex and AIDS in Thailand*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

— & Amorntip AMARAPIBAL (éds), 2002, « Sister cities and easy passage: HIV, mobility and economies of desire in a Thai/Lao border zone », *Social Science and Medicine*, 54 : 505-518.

MANDERSON Leonore & Margaret JOLLY (éds), 1997, *Sites of Desire, Economies of Pleasure. Sexualities in Asia and the Pacific*, Chicago et Londres: The University of Chicago Press.

MARTIN, Marie Alexandrine, 1983, « Éléments de médecine traditionnelle khmère », *Seksa khmer*, Paris, CEDORECK, 6: 135-137.

MERLI, Claudia, 2008, *Bodily Practices and Medical Identities in Southern Thailand*, Uppsala : Uppsala Universitet, Uppsala Studies in cultural anthropology.

MICOLLIER, Evelyne, 1999, « L'Autre: porteur originel et/ou vecteur privilégié du VIH/SIDA (Chine populaire-Taiwan) », in « Le sida des autres: constructions locales et internationales de la maladie », Claude Fay (éd.), *Autrepart (Revue de Sciences Sociales au Sud)*, 12 : 73-86.

— (éd.), 2004, *Sexual Cultures in East Asia. The Social Construction of Sexuality and Sexual Risk in a Time of AIDS*, Londres et New York: RoutledgeCurzon.

— 2005, « Acteurs de la mobilisation collective contre le sida en Chine et solidarités trans- nationales : dynamiques locales et visibilité des groupes de défense des minorités sexuelles et sociales », *Face à face. Regards sur la santé*, numéro spécial « Mobilisations collectives face au sida dans le monde. Translations internationales et dynamiques locales », 7 : 31- 40 (revue en ligne, www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf).

— 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 », *Sciences Sociales et Santé*, 25, 3 : 31-39.

MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence, 1999, *Médecine et Colonisation. L'aventure indochi- noise, 1860-1939*, Paris : CNRS Éditions (« CNRS Histoire »).

NICHTER, Mark & Margaret LOCK (éds), 2002, « Introduction : From documenting

medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices », in *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, Mark Nichter & Margaret Lock, Londres et New York: Routledge, p. 1-34.

— 1996, *Anthropology and International Health. Asian Case Studies*, Gordon and Breach : Amsterdam.

NGUYEN, Vinh-Kim, 2005, « Antiretroviral globalism, biopolitics and therapeutic citizens- hip », in *Global assemblages. Technology, politics, and ethics as anthropological problems*, A.W. Ong & S. J. Collier (éds), Oxford: Blackwell.

NOURSE, JenniferW.,1996, «The voice of the winds versus the masters of cure: Contested notions of spirit possession among the Lauje of Sulawesi », *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2, 3 September: 425-442.

PORATH, Nathan, 2003, *When the Bird Flies: Shamanic Therapy and the Maintenance of Worldly Boundaries among an Indigenous People of Riau (Sumatra)*, Leiden: Publications Research School CNWS, Universiteit Leiden.

POTTIER, Richard, 2007, *Yû dî mî hèng, « être bien, avoir de la force ». Essai sur les pratiques thérapeutiques lao*, Paris: École française d'Extrême-Orient.

Proceedings of the Chiang Mai Conference, 2004, « Social sciences and AIDS in Southeast Asia: Inventory of research projects, priorities and prospects for the future », 2003, 10- 12 novembre, Paris : ANRS-IRD-MAE-ASEF, édition CD Rom.

REYNOLDS Whyte, Susan SJAAK VAN DER GEEST & Anita HARDON, 2002, *Social Lives of Medicines*, Cambridge, U.K. : Cambridge University Press.

SARGENT, Carolyn, John MARCUCCI & Ellen ELLISTON, 1983, « Tiger bones, fire and wine: Maternity care in a Kampuchean refugee community », *Medical Anthropology*, 7, 4: 67-79.

SLEEBOOM, Margaret (éd.), 2004, *Genomics in Asia. A Clash of Bioethical Interests*, Londres, New York, Bahrain: Paul Kegan Press.

UNESCO, 2008, *Asia-Pacific Perspectives on Bioethics Education*, Bangkok : UNESCO

publications.

VIGNATO, Sylvia, 1999, « Le corps exclu: notes sur le sida en Malaisie », in « Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie », Claude Fay (éd.), *Autrepart (Revue de Sciences Sociales au Sud)*, 12 : 87-103.

WATSON, C. W. & Roy ELLEN, 1993, *Understanding Witchcraft and Sorcery in Southeast Asia*, Honolulu: University of Hawaii Press.

WINZLER, Robert L., 1995, *Latah in Southeast Asia. The History and Ethnography of a Culture-Bound Syndrome*, Cambridge: Cambridge University Press.

Résumé: Cet article, sous forme de bilan et perspectives, retrace la constitution progressive d'un champ de recherche spécifique : celui de la santé, de la maladie et des soins, envisagé ici principalement du point de vue historique et anthropologique. En identifiant les courants de ce champ assez récent, l'article souligne les « moments scientifiques » significatifs, évoque les thématiques privilégiées, l'évolution des problématiques ainsi que les principales avancées en Asie du Sud-Est. Cette aire géographique se révèle relativement peu explorée. Découpé de façon à la fois chronologique et thématique en référant à des ouvrages-clés, l'article montre l'étendue et la richesse des questionnements, comme le dynamisme de la discipline.

Anthropology and Health in Southeast Asia : a State of the Art

Abstract : *Based on both results and prospects, this article traces the gradual construction of a specific field of research, namely, the field of health, disease and care, mainly approached from historical and anthropological viewpoints. By identifying the key research schemes and dynamics of this latter, this work emphasizes significant scientific steps and shifts as well as its major breakthroughs in Southeast Asia. Such lines of research are relatively less explored in this geo- graphical area than others. Following a chronological order in conjunction with a thematic one, while referring to key studies, the article demonstrates the depth and wealth of the debates, as well as the current vitality of this discipline.*

Mots-clés : anthropologie médicale – anthropologie sociale – médecine – maladie – VIH-sida, bioethique – religion – médecins traditionnels – chamane – pluralisme médical – courants de recherche – état de l'art.

Keywords : *Medical anthropology – social anthropology – health care – illness – HIV/AIDS – bioethics – religion – traditional healers – shamans – medical pluralism – research trends – state of the art.*