HAL
open science

Bricolage médical Savoirs et pratiques des oncologues cambodgiens

Meriem M'Zoughi

To cite this version:

Meriem M'Zoughi. Bricolage médical Savoirs et pratiques des oncologues cambodgiens. Moussons : recherches en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est, 2021, 38, pp.137-165. 10.4000/moussons.8102 . halshs-03509224

HAL Id: halshs-03509224

https://shs.hal.science/halshs-03509224

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.

Bricolage médical
Savoirs et pratiques des oncologues cambodgiens

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

Introduction

En avril 2014, dans le bureau du chef de service d'un hôpital à Phnom Penh, le Dr Sothon [1] et le Dr Keth sont avec trois personnes, un jeune âgé d'une vingtaine d'années et ses parents. L'un des médecins lit le dossier médical, l'autre les radiographies. Le Dr Keth me dit « tumeur tête pancréas » à propos d'un homme âgé de soixante-et-un ans. À ce moment-là, deux autres personnes entrent et nous nous retrouvons à huit dans cette pièce étriquée. Les médecins d'un côté de la table, la famille de l'autre et moi entre les deux, le dos contre le mur. Le malade est absent. Son épouse (la grand-mère) se positionne en retrait vers la porte d'entrée. Le Dr Sothon annonce le diagnostic de tumeur du pancréas et demande à la famille de préciser le choix quant au recours à la chirurgie. L'opération permettrait de faire « une dérivation du canal biliaire » (une intervention chirurgicale palliative pratiquée lorsque la tumeur n'est pas résécable afin d'aider la bile à circuler) et de biopsier la tumeur afin de savoir si elle est bénigne ou maligne. Sans poser de question, les cinq membres de la famille sortent du bureau, ils vont « discuter ensemble », expliquent-ils, avant de répondre au médecin. Deux jours plus tard,

* 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.

même pièce, mêmes protagonistes, mais cette fois le Dr Sothon demande à la famille de choisir entre deux traitements de chimiothérapie, l'un à 500 dollars l'autre à 800 dollars.

Cette scène se répète tous les jours dans les deux services d'oncologie au sein desquels j'ai mené une enquête de terrain, entre 2013 et 2016, dans le cadre de ma thèse de doctorat. Dans le prolongement de cette vignette introductive, je propose d'analyser les manières dont les cancérologues exercent la médecine au Cambodge. Il s'agit de s'intéresser aux pratiques courantes du quotidien et de décrire les processus d'adaptation et d'appropriation biomédicaux[2], autrement dit, de décrire comment les médecins adaptent leurs savoirs et leurs savoir-faire, en s'appropriant les outils et les ressources dont ils disposent, afin de soigner leurs patients. Plus précisément, il est question d'interroger les spécificités de l'*indigénisation de la biomédecine*[3]. Ce concept a été élaboré par Arthur Kleinman (1980 : 55-56, 1995 : 24) puis a été repris dans une étude sur les médecins au Cambodge par Jan Ovesen et Ing-Britt Trankell (2010). Il est utilisé ici afin de souligner que la biomédecine ne peut pas être appréhendée de manière monolithique. Dans la perspective de A. Kleinman, l'indigénisation implique qu'une même technique thérapeutique est perçue et employée de façon différente selon le contexte (Kleinman 1995 : 24). Par indigénisation, l'auteur entend les changements subis par la profession médicale et le travail d'appropriation locale[4] qui en résulte (Kleinman 1980 : 55-56). J. Ovesen et I.-B. Trankell mentionnent l'importance de ce processus dans les sociétés non occidentales. Toutefois, ils soulignent qu'il ne se limite pas à ces dernières et qu'il ne faudrait pas le réduire à un phénomène transculturel. Dans ce sens, ils estiment que la biomédecine est « indigénisée » partout et dans tous les cas.

Aussi, de nombreux travaux en anthropologie médicale prennent en considération les spécificités de chaque contexte et les adaptations locales qui en résultent[5]. L'étude des pratiques médicales nécessite de « passer du savoir théorique au savoir appliqué à des situations concrètes [où] les conduites de soins sont conditionnées par un ensemble de contraintes et de pressions » (Gobatto 1999 : 233). Cette idée n'est pas nouvelle, Eliot Freidson (1984 : 336) mentionnait déjà que le savoir médical est nécessairement transformé au cours de son application.

Julie Livingston examine le quotidien des professionnels de santé au sein d'un service d'oncologie au Botswana. L'autrice montre que l'improvisation est une caractéristique essentielle de la biomédecine en Afrique (Livingston 2012 : 6). L'oncologie qui est pratiquée ne repose pas sur la médecine des preuves ou sur les guides de bonnes pratiques tels qu'ils sont développés en Occident (*ibid.* : 20). Les conditions sociales, techniques et biologiques des soins médicaux diffèrent grandement du savoir et des standards desquels ils sont issus (*ibid.*). Les médecins doivent continuellement s'ajuster puisque le savoir clinique est souvent inapproprié aux situations cliniques africaines. Par exemple, les professionnels exercent une oncologie un peu dépassée, ils utilisent des protocoles anciens et travaillent sur des articles médicaux datés des années 1960. Par ailleurs, l'autrice explique qu'en 2006-2007, la situation d'un pays limitrophe, le Zimbabwe, nécessitait d'improviser dans des conditions particulièrement difficiles, notamment parce que les médecins

devaient faire face à des ruptures de stock de médicaments ou de fournitures et qu'ils n'avaient pas les moyens techniques pour effectuer des diagnostics précis[6].

J. Livingston souligne le travail artisanal et empirique des professionnels de santé dans un contexte où les pratiques du quotidien correspondent, bien souvent, à « mettre un rond dans un orifice carré[7] » (2012 : 25). Ainsi, à la suite des travaux d'Isabelle Gobatto sur les médecins au Burkina Faso ou de ceux de J. Livingston au Botswana, je cherche à comprendre comment les médecins s'adaptent aux situations et mettent en pratique leurs savoirs. Quelles réponses et stratégies proposent-ils face aux difficultés et aux limites qu'ils rencontrent au quotidien ? En d'autres termes, comment négocient-ils leurs pratiques autour d'un ensemble de contraintes ? Ce questionnement implique de s'intéresser à une « oncologie vernaculaire » (« *vernacular oncology* », Livingston 2012 : 62) et aux soins tels qu'ils sont dispensés par les soignants au Cambodge.

Un élément de réponse me semble résider dans l'étude de Soizick Crochet (2000) sur la médecine – profane et invisibilisée – qui est produite par les femmes, au Cambodge. L'autrice s'appuie sur les travaux de Claude Lévi-Strauss pour qualifier les savoirs domestiques de « science du concret » (1962) où les pratiques seraient produites par un « bricoleur[8] » plus qu'un « ingénieur ». Or, l'application des savoirs biomédicaux au Cambodge n'est pas si éloignée de ce mode de connaissance, d'autant que C. Lévi-Strauss remarque que la différence entre le bricoleur et l'ingénieur n'est pas aussi absolue qu'on serait tenté de l'imaginer. Bien que l'emploi de ces deux figures ait bénéficié d'un effet de mode et qu'il puisse sembler surfait de les mobiliser de nouveau, il me paraît opportun de les utiliser ici pour distinguer la pratique – réelle – des médecins cambodgiens de celle à laquelle ils aspirent. Pour le dire autrement, les médecins cambodgiens sont constamment contraints de s'arranger avec les moyens du bord alors qu'ils voudraient pratiquer la médecine comme des ingénieurs, telle qu'elle leur a été enseignée en France ou ailleurs. Ils voudraient avoir les « matières premières » et les « outils » (Lévi-Strauss [1962] 2017 : 31) adéquats pour soigner leurs patients, ce qui est rarement le cas. Ainsi, cet article analyse les adaptations pragmatiques des oncologues cambodgiens qui *bricolent* les protocoles médicaux. C'est une médecine ductile et tâtonnante, faite d'ajustements et de compromis qui se dessine ici. Il est donc question d'étudier les pratiques médicales en observant comment les savoirs se (re)composent dans l'action, comment ils sont mis en jeu dans et pour l'action quotidienne (Gobatto & Tijou Traoré 2011). En choisissant l'anthropologie des savoirs comme fil conducteur, il s'agit de s'intéresser aux entrelacements entre le domaine théorique et celui de la pratique (Roselli 2013) en montrant que les savoirs professionnels (et scientifiques) ne sont pas figés mais itératifs[9] : les médecins passent constamment d'un savoir formel à un savoir expérientiel, et *vice-versa*. Mon propos s'attardera sur les facteurs qui compliquent la pratique médicale en observant comment les savoirs sont mobilisés par les professionnels ou, plutôt, quels rapports au(x) savoir(s) ils entretiennent lorsqu'ils exercent la médecine.

Comme je l'ai évoqué précédemment, une enquête de terrain a été conduite dans les deux seuls hôpitaux du Cambodge qui disposaient, à l'époque, d'un service

d'oncologie. Elle a duré dix-huit mois, répartie sur trois années. Cela m'a permis de suivre le quotidien des soignants, ainsi que celui des familles, dans et hors du milieu hospitalier. J'ai été aidée, notamment au début, par des assistantes-interprètes. Cet article se base sur des observations, des discussions informelles et des entretiens menés auprès des médecins des deux hôpitaux – que l'on nommera ici, pour les distinguer, l'hôpital du Nord et l'hôpital du Sud. Ces deux établissements ne proposent pas les mêmes services et n'appliquent pas la même grille tarifaire. La patientèle de l'hôpital du Nord est beaucoup plus aisée que celle de l'hôpital du Sud qui, pour sa part, accueille sans restriction les indigents. Cette différence s'observe également concernant la propreté et la vétusté des locaux ainsi que sur les ressources matérielles et techniques à disposition des soignants. Ces derniers bénéficient de meilleures conditions d'exercice dans le premier établissement que dans le second. Toutefois, seul l'hôpital du Sud disposait d'un service de radiothérapie à l'époque de l'enquête. L'histoire de l'oncologie au Cambodge est marquée par la destruction de l'unique service de radio-oncologie par le régime des Khmers rouges en 1975, suivie par sa réhabilitation au début des années 2000 grâce à l'intervention d'Organisations non gouvernementales (ONG) françaises[10]. Cet héritage historique implique la formation de personnels depuis la fin des années 1990. Au moment de l'enquête, le Cambodge comptait une dizaine de médecins spécialistes ayant achevé leur cursus. C'est auprès d'eux – et des personnels des deux services d'oncologie (étudiants en médecine, infirmières, agents d'entretien, gardiens) – que j'ai mené mes investigations. Les chefs de service et leurs adjoints font partie des premiers oncologues formés dans les années 2000, ils avaient entre une quarantaine et une cinquantaine d'années. Les autres médecins étaient jeunes, ils avaient entre vingt-huit et trente-cinq ans. La plupart appartenaient à la classe sociale supérieure, certains étaient d'origine sino-khmère, issus de famille de commerçants et/ou de professionnels de santé. Et, parmi tous ces médecins n'il y avait, à l'époque, qu'une seule femme. Cet article se base également sur un entretien conduit auprès de la marketing-manager d'une compagnie pharmaceutique. Une Française, d'à peine trente ans, récemment arrivée au Cambodge, qui découvrait les différences de politique concurrentielle dans le domaine des médicaments.

Dans cet article, je décris d'abord comment les médecins cambodgiens des deux hôpitaux s'appuient sur la « médecine des preuves » (la médecine basée sur les essais cliniques randomisés) afin de légitimer le bien-fondé de leurs pratiques. Quels rapports les oncologues cambodgiens entretiennent-ils avec leur discipline et qu'est-ce que cela nous dit sur leurs conceptions de la médecine ? Puis je montre comment ces médecins font face à un certain nombre de contraintes locales qui les conduisent à adapter les traitements standards et à les ajuster au cas par cas pour « ne pas tuer le patient » selon leur expression. Médecins et usagers sont ainsi confrontés à des dilemmes thérapeutiques qui incitent les premiers à faire preuve d'une flexibilité certaine dans leurs pratiques. Enfin, il s'agit de prêter attention aux transformations produites par cette circulation des savoirs et par les stratégies d'accommodements qui lui sont associées.

Ce qui est dit sur le savoir médical : de la rhétorique au cadre théorique

Médecine « scientifique » *versus* « traditionnelle »

Dans les deux hôpitaux, les médecins font référence à la toute-puissance du savoir scientifique lorsqu'ils discourent de leurs pratiques auprès des malades et de leurs proches aidants. Les professionnels affirment à leurs interlocuteurs qu'ils ont une connaissance basée sur des recherches scientifiques. Leurs décisions et conduites médicales s'appuient donc sur des preuves qui sont « vraies » (*bit*[11]) ou « sûres, certaines » (*prākaṭ*). Les termes employés pour qualifier les traitements issus de ces savoirs varient. Les médecins disent qu'ils sont « efficaces », « adaptés », « puissants » et « qu'ils fonctionnent » (*chut, trūv, būkae*). Les caractéristiques attribuées à ce qui est « scientifique » n'ont nul besoin d'être précisées dans les discours du quotidien – comme si le terme suffisait à lui-même – puisque les familles posent rarement des questions à ce sujet. Mais il arrive que les médecins indiquent ce qu'ils entendent par « scientifique » lorsqu'il s'agit de spécifier les conduites qui ne le sont pas. Ainsi, un des points de tension entre les spécialistes et les usagers repose sur les recours aux traitements « *khmaer* » (remèdes à base de plantes sous forme de décoctions ou de gélules principalement) qui peuvent être qualifiés de traditionnels ou populaires.

Les médecins soulignent aux familles, dans des argumentations plus ou moins véhémentes, sarcastiques, voire méprisantes, les différences incommensurables qui séparent la médecine moderne de la médecine traditionnelle. Par exemple, le Dr Vibol, un jeune oncologue de l'hôpital du Sud s'emporte froidement dès qu'il entend parler d'un remède traditionnel, alors que dans les années 1990, les médecins cambodgiens étaient plutôt indifférents à l'égard de ce type de médecine (Guillou 2009). Mon interlocuteur justifie sa réaction en affirmant que de nombreuses complications sont causées par ce type de traitements. Selon lui, les médicaments – modernes et traditionnels – proviennent :

> [D]es herbes, des arbres, de la nature […], mais dans une feuille, il y a des milliers de molécules. Dans les médicaments modernes, on prend trois ou quatre molécules. Les laboratoires ont la capacité de les diviser, les sectionner, pour n'utiliser que les trois ou quatre molécules dont on a besoin. Elles sont pesées et dosées en milligrammes. C'est le cas du paracétamol par exemple. […] Puis, il y a l'AMM [l'autorisation de mise sur le marché] […] le double aveugle […] le comité d'experts […] les études rétrospectives.

Il faut cinq années avant qu'un médicament soit commercialisé :

> Ça c'est de l'étude ! Après avoir étudié les effets pharmacodynamiques et cinétiques[12] [le médicament est] mis sur le marché. Et le *grū khmaer* [médecin « khmer » ou « traditionnel »], [est-ce qu'] il va à l'école ? [est-ce qu']il lit des livres ? Non, tout ce qu'il a fait c'est juste imiter ce que son père a fait.

Ce médecin estime que la réglementation du médicament – et par extension la biomédecine – se situe à l'opposé de la médecine traditionnelle. Cette dernière ne repose sur « aucune étude ». Les pratiques sont transmises de génération en génération de manière informelle. Dans un jeu théâtralisé, ce médecin imite avec des gestes caricaturés un thérapeute traditionnel. Dans la peau de son personnage, il me dit : « Je sais comment traiter un lymphome [il faut] acheter au marché des feuilles, les cuisiner et les manger ». Puis mon interlocuteur s'exclame, « Réveillons-nous ! Dans les plantes, il n'y a pas que la nécessité, il y a aussi la toxicité. Et le paracétamol au-delà de quatre grammes par jour est toxique pour le foie ». Dans ces propos, la précision de la biomédecine contraste avec l'imprécision de la médecine traditionnelle.

D'après le Dr Vibol, ces deux médecines sont antagonistes puisque l'une est le produit d'un savoir objectif, c'est-à-dire d'une activité méthodiquement élaborée, minutieuse, technicisée, qui est formalisée, collective et validée par les pairs ; alors que la seconde est le fruit d'une expérience subjective, c'est-à-dire d'une activité approximative, non rigoureuse, ne nécessitant pas d'acquérir des compétences techniques, issue des aléas d'un colloque familial et non soumis à la vérification d'un tiers.

La référence au paracétamol est une critique portée en creux aux conduites médicamenteuses des Cambodgiens (à l'automédication, au surdosage et aux cocktails de médicaments). Ce discours souligne également l'ambivalence des traitements (qu'ils soient chimiques ou à base de plantes) : les substances actives ingérées à des fins thérapeutiques peuvent devenir néfastes si le consommateur dépasse une quantité donnée. C'est pourquoi le dosage d'un produit est un des signes qui participe à qualifier ou disqualifier une médication. Le Dr Vibol précise qu'en médecine :

> On va utiliser dix molécules par exemple, [seulement] les molécules qui peuvent nous aider, les autres ce sont des molécules toxiques. Vous [les malades] prenez les molécules toxiques en même temps que les bonnes. On est d'accord, les médicaments modernes sont extraits de la nature, un paracétamol c'est cinq cents milligrammes, un sachet de *thnāṃ khmaer* [médicament khmer] c'est combien de milligrammes, hein ?

Lors d'une discussion entre confrères, ce même médecin soutient que « scientifiquement, on n'a pas de preuve que la médecine traditionnelle guérisse ». Il marque un temps de pause puis s'exclame « impossible est impossible ». Son collègue, le Dr Sopheap, acquiesce. Il estime lui aussi que les thérapeutes traditionnels – toutes catégories de guérisseurs confondues – n'ont pas prouvé leur « efficacité contre le cancer ». Il déplore surtout le manque de « standardisation » dans la préparation des médicaments qui sont « de composition inconnue » et qui, selon lui, provoquent de fréquentes intoxications conduisant à des dysfonctionnements rénaux.

Cette remarque fait consensus parmi tous les praticiens cambodgiens avec lesquels j'ai échangé [13]. Selon eux, les *thnāṃ khmaer* anticancéreux sont un mélange de végétaux et de médicaments modernes contenant des antalgiques et/ou anti-in-

flammatoires. Les herbes, racines ou lianes utilisées seraient imbibées d'eau mélangée à des corticoïdes avant d'être séchées et réduites en poudre ou en copeaux. Les malades ayant ingéré la substance ressentiraient alors une amélioration du sommeil, de l'appétit et une diminution de la taille des ganglions. Mais, ces actions étant temporaires et couplées d'effets indésirables (risque de dépendance, d'infection et/ou d'intoxication), elles seraient à long terme inefficaces, voire pernicieuses en raison des complications mettant parfois en jeu la vie des malades. Les médecins désapprouvent donc ces conduites « dangereuses » et s'accordent sur le fait qu'il n'y a « pas de preuves, pas d'études, pas de chiffres » qui puissent attester des bénéfices de ces traitements.

Preuves et objectivité

Les discours sur la science produits par les médecins cambodgiens sont fondés sur une vision de la médecine qui peut être qualifiée d'objective. Les médecins semblent « aspirer à un savoir qui ne garde aucune trace de celui qui sait […] débarrassé des préjugés et des acquis, des fantasmes et des jugements » (Daston & Galison 2012 : 25). Nombreux sont les travaux qui ont montré que ce concept avait une histoire et des particularités disciplinaires. Les traitements du cancer sont liés à une culture de l'expérimentation clinique où le développement des essais cliniques aux États-Unis « correspond à la diffusion d'un modèle de référence pour la recherche thérapeutique : des essais multicentriques, fortement standardisés, randomisés, avec groupe de contrôle » (Dodier 1998 : 141). Ainsi, ces essais à grande échelle se distinguent de pratiques antérieures – qualifiées de bricolage (Löwy 1996) – qui reposaient sur des « essais de petite taille, peu standardisés, statistiquement peu significatifs, menés par des investigateurs isolés » (Dodier 1998 : 144). Mais, « à l'intérieur de la culture de l'expérimentation clinique [se dessine] toute une gamme de protocoles d'essais, qui s'écartent plus ou moins, semble-t-il, d'un modèle canonique » (*ibid.* : 145). Il n'empêche qu'à l'origine, les essais cliniques contrôlés randomisés devaient permettre d'évaluer les thérapies en dehors des biais produits par le chercheur, autrement dit, il fallait dénuer la recherche de toutes formes de subjectivité, de toute projection théorique ou pratique que les cliniciens pourraient faire en tant qu'individus (Bourret & Le Moigne 2014 : 5). Aujourd'hui, les essais cliniques [14] sont vus comme la méthode la plus fiable et la plus précise d'évaluation des traitements cliniques (Marks 1999 : 338). C'est sur eux que reposent les fondements du nouveau paradigme médical qu'incarne l'Evidence-Based Medicine (EBM [15]) ou « la médecine des preuves ». Plus précisément, le processus de scientifisation de la médecine repose à la fois sur l'EBM – ou des faits prouvés – et sur les nouveaux usages de la biologie – notamment moléculaire – en médecine (Rabeharisoa 2009 : 47).

Ainsi, les professionnels cambodgiens qualifient de « scientifiques » leurs pratiques parce qu'ils s'appuient sur des publications médicales et respectent les normes internationales définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces références scientifiques sont basées sur des études fondées sur des essais

cliniques dont les résultats indiquent les données collectées, les mesures effectuées et les analyses statistiques produites. En simplifiant à l'extrême, on peut dire que ces résultats stipulent qu'un protocole[16] A a une action B sur des individus correspondant à un profil sociodémographique C ayant un type cancer D présentant des caractéristiques biologiques E. Cela suggère que les médecins s'appuient sur des mesures et des statistiques afin d'évaluer (projectivement ou rétroactivement) l'efficacité d'un traitement. Ils considèrent que leur médecine est scientifique justement parce qu'elle est prouvée et technicisée.

Néanmoins, il y a une distinction entre les essais cliniques et l'utilisation des protocoles harmonisés dans le sens où la présence de protocoles standardisés n'induit pas la façon dont ils sont appliqués (Cambrosio 2005 : 44). Cette perspective est revendiquée par Philippe Abastado pour qui la médecine des preuves est « par excellence un outil de savoir mais le soin dépasse sa production de connaissances […] la pratique de la médecine exige du clinicien une dissociation » (2007 : 111). Cette distinction ou cette dissociation est au cœur de l'émergence des guides de bonnes pratiques. Ces guides nommés *standard operating procedure* (SOP) stipulent aux médecins comment exercer, « ce sont des propositions développées avec méthode et destinées à aider le praticien et le patient à prendre la décision appropriée sur la conduite thérapeutique à tenir dans des circonstances cliniques données » (Castel & Merle 2002 : 342 ; Field & Lohr 1990 : 38). Les SOP se veulent un mode de production du savoir collégial qui résulte en principe de comités pluridisciplinaires. Ils ont pour objectif d'actualiser les connaissances médicales en se basant sur l'expérience des professionnels (Timmermans & Kolker 2004). Mais, ces recommandations visent aussi à homogénéiser et normaliser les pratiques ou plus exactement à les standardiser d'où le fait qu'elles demeurent sujettes à controverses (Timmermans & Berg 2003 ; Timmermans & Kolker 2004).

En 2016, les médecins des deux hôpitaux élaboraient ou actualisaient leurs « guides de bonnes pratiques » respectifs. Ils y consignaient leurs propres applications puisque la médecine des preuves ne peut pas être appréhendée comme un idéal-type qu'il suffirait de reproduire à l'identique. Au contraire, c'est un processus dynamique, changeant et adaptable, qui fait l'objet de traductions, négociations et compromis chaque fois que la médecine est exercée (Brives *et al.* 2016).

Cette première partie permet de comprendre que les professionnels cambodgiens valorisent les savoirs considérés comme formels au détriment d'autres formes plus fluides, d'où une dichotomie de principe entre une médecine dite « scientifique » et une médecine dite « traditionnelle ». Toutefois, les rapports aux savoirs sont situés, ils s'ancrent – et se reconfigurent – en contexte, c'est pourquoi je propose d'observer à présent celui dans lequel les médecins exercent en faisant état de la situation technico-médicale du Cambodge. Il s'agit d'observer la circulation des savoirs médicaux et techniques entre les pays dits du Nord et les pays dits du Sud ou, plus précisément, de faire état de certains savoirs médicaux et techniques après le passage – et la transformation – d'un contexte donné à un autre.

Circulation des savoirs médicaux et techniques entre Nord et Sud

Entre stratégies médicales et alliances professionnelles

Les médecins peuvent soigner les cancers via trois modalités principales de traitements : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Ces trois modalités sont constantes, mais la manière de les mettre en œuvre est propre à chaque localité. Au Cambodge, la chirurgie demeure la plus controversée puisqu'elle est pratiquée à l'hôpital comme dans les cliniques privées par des chirurgiens plus ou moins spécialisés. Selon le Pr Sokhem, la plupart de ces praticiens ne sont pas formés à l'oncologie, leurs opérations chirurgicales sont « mal faites » au sens où « c'est juste enlever la tumeur sans enlever le relais ganglionnaire, sans marge de sécurité ». Or, « s'il y a une rechute [que la tumeur réapparaît] on ne peut plus rien faire ». Il n'est pas le seul à critiquer les qualités professionnelles – et les aspirations financières – des chirurgiens non spécialisés qui exercent dans les cliniques privées. Ces dernières sont des lieux de transit qui brassent la majeure partie des malades cambodgiens riches et pauvres à un moment ou un autre de leur quête de soin. Des chirurgiens parfois peu scrupuleux procèdent à des ablations de tumeurs en faisant miroiter une guérison éventuelle, ne précisant au malade de se rendre à l'hôpital qu'une fois la liquidité encaissée. Ainsi, un des principaux reproches que les médecins spécialistes adressent aux chirurgiens des cliniques privées repose sur l'absence d'une stratégie thérapeutique adaptée à chaque type de cancer selon son stade [17] (son état d'avancement).

À l'inverse, les deux services d'oncologie ont l'habitude de traiter la plupart des cancers en recourant à des combinaisons thérapeutiques où ils associent plusieurs modalités de traitement. La méthode dite « sandwich » qui articule « chimio-chir-chimio » arrive en première position à l'hôpital du Nord. Il s'agit de procéder à des cures de chimiothérapie en amont et en aval de l'acte chirurgical. La chimiothérapie ante-chirurgicale (néoadjuvante) permet de réduire le volume de la tumeur à prélever alors que celle post-chirurgicale (adjuvante) vise à diminuer les risques de récidive (éviter que la tumeur se régénère). Cependant, la chirurgie n'est pas envisageable pour tous les cancers de manière identique. En général, l'opération est possible lorsqu'il y a une seule tumeur de taille plus ou moins importante (stade 1 et 2). Mais, dès que la tumeur se développe au-delà de l'organe ou qu'elle présente un envahissement des ganglions lymphatiques (stade 3) les recours peuvent être plus compliqués, voire non recommandés. C'est le cas du cancer ayant le taux de prévalence le plus élevé, celui du col de l'utérus, où la chirurgie est préconisée pour les deux premiers stades seulement, selon les dires du Dr Vibol. Ainsi, une des méthodes les plus courantes de l'hôpital du Sud consiste à combiner des cures de chimiothérapie avec des séances de radiothérapie. La radiothérapie est un traitement local où les rayons ciblent géographiquement

la tumeur alors que la chimiothérapie est un traitement systémique où le produit circule dans tout l'organisme [18].

Les modalités thérapeutiques et la manière dont elles sont articulées entre elles s'inspirent des standards internationaux bien qu'elles varient sensiblement d'un hôpital à l'autre. Chaque service dispose de ses propres *guidelines*. Ces directives sont élaborées en fonction des traitements disponibles et des stratégies d'alliances professionnelles des spécialistes. En raison d'une concurrence entre les établissements [19], les médecins de l'hôpital du Nord n'envoient pas leurs patients à l'hôpital du Sud, alors que certains devraient bénéficier – d'après les standards – de la radiothérapie. Et inversement, les médecins de l'hôpital du Sud omettent de conseiller à leurs malades nécessitant des soins palliatifs de se rendre à l'hôpital du Nord, bien qu'ils ne puissent plus les soulager (à cause d'une rupture de stock de morphine ou parce qu'ils ne disposent pas de seringue à libération continue qui permet de mieux contrôler la douleur). En revanche, ils recommandent l'établissement privé dans lequel un partenaire ou eux-mêmes officient, à moins que les conditions de santé du malade requièrent une hospitalisation (complications à surveiller, transfusion sanguine, assistance respiratoire, etc.). Ainsi, il y a transmission des informations médicales lorsqu'un médecin travaille dans une clinique privée et qu'il envoie son patient dans son service à l'hôpital ou lorsqu'il appelle directement un confrère d'une spécialité complémentaire (chirurgie, pneumologie, gynécologie, etc.).

Des standards inappropriés

Le Pr Samnith, à l'instar de ses confrères, se défend de n'utiliser que les « protocoles standards ». Par cette affirmation, il inclut les traitements considérés comme les plus performants par la communauté scientifique internationale et il exclut ceux qui sont expérimentaux ou controversés. Dans les pays où ils ont été formés (en France et en Belgique principalement), les praticiens proposent généralement le traitement dit « de référence » à leurs patients, c'est le traitement le plus couramment utilisé qui est considéré comme la meilleure option connue. Mais, il arrive parfois que l'oncologue ne puisse pas l'appliquer « du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie ; le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation » comme l'indique l'Institut national du cancer sur son site Internet [20]. Dans ce cas, le médecin peut opter pour un autre traitement ou décider d'ajuster le premier en fonction des données biomédicales de son patient. Il se réfère d'abord au traitement évalué – par lui et ses pairs – comme étant le meilleur disponible actuellement et y déroge au regard des particularités biomédicales d'un patient. Cette logique est difficile à mettre en pratique par les médecins cambodgiens car leur champ des possibles est fortement restreint.

Au Cambodge, les professionnels ne peuvent pas appliquer ou articuler les traitements – la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie – entre eux comme ils le feraient au sein des pays où ils ont été formés. Le décalage entre ce qu'ils ont appris à l'étranger et la manière dont ils exercent au Cambodge est récurrent dans leurs discours. Ils mettent l'accent sur les carences et les limites de

leurs pratiques qu'ils confrontent aux savoirs théoriques et techniques qu'ils ont acquis. La comparaison est systématique dès qu'il s'agit d'expliquer comment ils travaillent, « ici ce n'est pas comme en France, tu vois bien », « c'est difficile, je ne peux pas faire comme j'ai appris », « on n'a pas les mêmes possibilités ». Et lorsque les médecins disposent des mêmes traitements, ils ne peuvent pas les appliquer tels quels. Tous racontent, avec plus ou moins de détachement et de nervosité, que les premiers spécialistes formés ont appliqué les protocoles de chimiothérapie en respectant scrupuleusement les doses, les normes et les recommandations internationales, mais que « tout le monde est mort ». En fait, ils voulaient traiter « comme en France » et « les patients sont morts à cause des effets secondaires ». Les malades sont donc décédés des complications médicales induites par les médications chimiques. Ce risque existe, quel que soit le lieu où un malade reçoit des soins, mais dans d'autres contextes les effets délétères n'aboutissent pas à un décès inéluctable comme ce fut le cas de la cancérologie cambodgienne balbutiante.

La faute est imputée aux protocoles standards qui sont jugés inappropriés et trop « lourds ». Les explications produites par les médecins sont plurielles. Elles touchent l'environnement sanitaire et les dispositifs techniques en passant par les spécificités sociales et biologiques de la population asiatique. En effet, lors d'un entretien avec le Dr Sopheap de l'hôpital du Sud, il explique que :

> Franchement chez nous on ne peut pas utiliser la dose à 100 % comme dans le protocole standard [à cause de] la « race » asiatique […]. Parce que tout le temps les protocoles de chimiothérapie sont [faits] pour les pays développés. Chez nous, ce n'est pas adapté. On doit [il frappe dans ses mains pour manifester son mécontentement] faire aussi des études sur les pays en voie de développement, avec des protocoles adaptés. […] On ne peut pas tout appliquer ce qu'il y a sur les protocoles standards américains. Sinon, ça fait des problèmes parce que l'alimentation, l'hygiène et la race, tout ça, ce n'est pas le même. […] C'est impossible, je vois tout le temps si on fait 100 % du protocole standard, ça donne des complications et après on ne peut pas… ça c'est de la mauvaise aide. Ce n'est pas aider le patient, c'est donner un médicament qui est toxique pour le patient.

Ce spécialiste souligne qu'il ne peut pas faire « la pleine chimio, la pleine dose » à cause des caractéristiques à la fois sociales et biologiques des Cambodgiens. À travers l'emploi du terme « race », il mentionne les spécificités d'un phénotype asiatique compris comme l'ensemble des facteurs héréditaires (génotype) et environnementaux (ce que son confrère le Dr Vibol qualifie de « mode de vie » comme l'alimentation et l'hygiène par exemple). Ce discours dénonce les inégalités de santé où les résultats des essais cliniques conduits dans des pays plus développés que le Cambodge sont inadaptés aux réalités locales. Bien qu'en expansion, les essais thérapeutiques conduits dans les pays au sud sont minoritaires par rapport à ceux réalisés au nord. Lorsqu'ils existent, ils portent davantage sur les maladies infectieuses que sur les maladies non transmissibles et ils soulèvent souvent des controverses éthiques (Adiojo Dieudonné 2007 ; Wemos 2017) en plus d'interroger la pertinence des résultats.

La question des inégalités de santé entre en résonnance avec les travaux de Nicolas Dodier (2005 : 292) sur l'accès aux médicaments pour les pays du Sud. En étudiant les controverses liées au VIH-sida, l'auteur montre que les partisans d'une approche réaliste ont défendu la nécessité d'adapter les traitements approuvés au Nord aux conditions spécifiques des pays du Sud sur le plan économique, social, culturel et biologique, à l'instar de ce que les médecins cambodgiens suggèrent ici. Il s'agissait pour eux de tenir compte des inégalités, en matière d'infrastructure sanitaire notamment, dans l'évaluation des traitements. Mais leurs motivations étaient imbriquées à des enjeux politiques et diplomatiques où il s'agissait aussi de convaincre les sponsors internationaux de lever des fonds. Ils se sont donc retrouvés confrontés aux partisans d'une universalisation rapide – plaidant en faveur d'une approche moins politisée – qui soutenaient que les traitements qui avaient fait preuve de leur efficacité (au Nord) devaient être mis à disposition sans délai, en raison d'une urgence qualifiée de médicale. Par ailleurs, la critique soulevée par les médecins cambodgiens repose également sur le processus de sélection et les critières d'inclusion des participants aux essais cliniques. Les professionnels cambodgiens questionnent la pertinence de résultats obtenus auprès d'autres catégories de population lorsqu'ils évoquent la diversité socio-biologique à travers l'emploi du terme de « race ». La problématique des groupes sous-représentés dans les essais thérapeutiques a fait l'objet de préoccupations dans le monde de la recherche médicale aux États-Unis dès les années 1980, mais cela n'a pas conduit à créer plus de justice sanitaire et sociale comme l'analyse Steven Epstein (2007). Ainsi, les travaux de N. Dodier et S. Epstein montrent que les inégalités de santé demeurent, même lorsque les essais cliniques sont effectués dans les pays du Sud et/ou auprès d'une population ayant des caractéristiques sociobiologiques particulières.

La critique du Dr Sopheap porte également sur les conditions matérielles insuffisantes d'un « pays en voie de développement », comme il appelle le Cambodge. Il me fait remarquer qu'il n'« y a pas de cathéter central », un dispositif intraveineux pérenne qui permet de recevoir plusieurs traitements à la fois et qui minimise le nombre d'injections et de piqûres. Il est très utilisé pour les maladies au long cours mais nécessite un entretien régulier avec du matériel stérile. C'est ce que constate aussi la Dr Reaksmey, l'onco-pédiatre à l'hôpital du Nord, lorsqu'elle souligne que « les protocoles sont moins forts car le service de réa[nimation] est moins bien [qu'au Centre Léon Bérard de Lyon] ». Son collègue le Dr Sambath regrette quant à lui les problèmes immunologiques et l'absence de chambres stériles. Les risques d'infection et d'intoxication sont très élevés (aplasie médullaire, neutropénie fébrile). Le Dr Vibol estime, comme ses confrères, que « c'est compliqué quand le stade est avancé, le patient ne va pas à l'hôpital alors que le danger est vital ». Selon eux, les malades décèdent des complications induites par la toxicité des médicaments étant donné que les hôpitaux et les foyers ne bénéficient pas des mêmes conditions d'hygiène et d'isolement des patients qu'en Occident. Le savoir clinique de leur formation initiale est donc inadapté au contexte cambodgien. Ce

constat résonne avec les propos de J. Livingston (2012 : 33) concernant la pratique de l'oncologie en Afrique en général et au Botswana en particulier.

De plus, tous déplorent les problèmes de transfusion de sang. À ce propos, le Dr Borey, un jeune hématologue, estime que la première cause de changement des protocoles de chimiothérapie est la problématique du sang et les difficultés liées aux stocks, à sa disponibilité, à l'acheminement et aux transfusions. Lorsqu'un malade a besoin de poches de sang, ses proches doivent fournir à la banque du sang un équivalent de la quantité qui lui sera perfusée. Si ce n'est pas le cas, il n'en bénéficiera pas. Normalement, le service d'oncologie fait une demande au laboratoire de l'hôpital, ce dernier la valide et l'adresse à la banque du sang (située à l'hôpital Preah Ang Duong dans le centre-ville) avec les donneurs volontaires. Lorsqu'ils ont donné leur sang, la banque téléphone au laboratoire qui appelle le service d'oncologie afin de venir récupérer un nombre de poches identique à celui donné. Le problème se pose lorsque les malades sont isolés (qu'ils ont peu de parents ou que ces derniers habitent loin de la capitale), qu'ils ont des groupes sanguins rares (il faut donner le même groupe sanguin), que c'est la pénurie (il faut attendre que le sang prélevé soit testé et acheminé à l'hôpital) ou qu'ils ont besoin de quantité importante. Légalement, il est interdit de commercialiser le sang mais des circuits informels permettent d'en acheter, une poche valant entre cinquante et soixante dollars en moyenne [21].

Dans les deux hôpitaux, il arrive que des « mésaventures de sang » selon l'expression d'un médecin, engendrent des conséquences létales. Parfois, les infirmières ne réceptionnent pas les bonnes quantités, elles reçoivent trois sacs de sang alors qu'il y a eu cinq donneurs. D'autres fois, c'est le donneur ou le bon groupe sanguin qui se fait attendre. Il est courant qu'un malade attende une transfusion parce que la personne censée faire le don ne se présente pas à la banque du sang. En 2014 à l'hôpital du Nord, le Dr Visal s'inquiète de l' « anémie à quatre grammes » d'un patient (qui devrait normalement avoir au moins douze grammes d'hémoglobine par décilitre). Il m'explique que les malades ne peuvent pas recevoir plus de trois sacs par jour en raison de risques pulmonaires. Son patient n'a que deux donneurs qui viennent de loin et le Dr Visal craint qu'il décède avant leur arrivée. En théorie, l'hôpital peut fournir une poche de sang dans les cas extrêmes, encore faut-il que le groupe sanguin recherché soit disponible dans le temps imparti. En mai 2014, un patient de l'hôpital du Nord doit recevoir trois sacs de sang en urgence, fournis par ses enfants. Or, l'infirmière n'en réceptionne qu'un et il est coagulé. Elle explique à la famille qu'elle ne peut transfuser au malade que la moitié de la quantité reçue, qu'elle n'y est pour rien, que c'est la faute de la banque de sang. Les deux autres poches n'ont pas été acheminées malgré les donations parce que son groupe sanguin n'est plus disponible. C'est la pénurie. Il faut trouver un donneur du même groupe afin qu'il adresse directement son don au malade. Dans ces différentes situations, l'équipe médicale constate avec résignation son impuissance. Ces problématiques liées au sang rappellent fortement les conditions d'exercice des médecins au Botswana où les professionnels

se confrontent au décalage entre le nombre de poches de sang disponibles et le nombre de patients qui en ont besoin (Livingston 2012 : 21).

Par ailleurs, jusqu'en 2016 aucun établissement hospitalier n'était équipé des technologies visant à séparer les composés sanguins (aphérèse, etc.). Les médecins ne pouvaient donc pas déleucocyter le sang ou faire des transfusions de plaquettes. D'après l'hématologue de l'hôpital du Nord, ces carences techniques liées à la quantité et surtout à la qualité du sang mettent en cause la possibilité d'une chimiothérapie qualifiée de « lourde ». Dans cette perspective, le professionnel souligne que les chimiothérapies prescrites au Cambodge sont moins efficaces et que leur visée demeure palliative au lieu d'être curative. Les chimiothérapies ne sont donc pas des procédés fixes facilement universalisables. Les conditions de possibilité de leur efficacité dépendent d'un ensemble de supports, comme les transfusions, qui nécessitent des capacités d'adaptation.

Cette deuxième partie permet de souligner que la transmission des savoirs médicaux et techniques s'accompagne ici de transformations où des savoirs formels et stabilisés se retrouvent mis à l'épreuve et déstabilisés – si ce n'est pas invalidés – par l'expérience empirique. Les professionnels se repositionnent face aux savoirs médicaux en opérant un glissement où l'expérience – et le subjectif – l'emporte sur le théorique. Il en résulte un processus d'appropriation des savoirs et des savoir-faire (intrinsèquement lié, d'ailleurs, à toutes applications de la biomédecine), qui implique une modification des protocoles thérapeutiques. Cette modification est le fruit d'adaptations qui font l'objet de la section suivante.

Le savoir médical en pratique : adaptations des protocoles

Adaptation à l'incertitude

Les médecins se trouvent dans un contexte clinique où l'incertitude [22] et le tâtonnement rythment leurs démarches. Selon le Dr Vibol, « on ne sait jamais [comment un patient va réagir au traitement] il faut d'abord commencer ». Ensuite, la situation entre la première et la deuxième cure peut être « dangereuse, certains patients sont morts à cause des effets secondaires, il faut d'abord vérifier si on peut [continuer] le traitement ». Les médecins – qui se réfèrent à la science formelle – se basent alors sur la classification des critères de toxicité de l'OMS qui gradue les risques de complications de 0 à 4 en fonction des signes cliniques et biologiques d'un patient. Cet indice mesure les effets néfastes des traitements, il indique si la chimiothérapie est à prescrire ou à proscrire, et si elle doit être à dessein curative ou palliative. Ils respectent rigoureusement cette norme (sans en hausser les critères) puisqu'ils savent qu'au moindre indice de toxicité les conséquences sont plus compliquées à réguler.

Pour faire face à l'incertitude et aux risques des traitements, les médecins adaptent donc les protocoles standards afin que les « patients [aient] plus de chances de survie » comme l'affirme la Dr Reaksmey. Ces ajustements sont systématiques. Les professionnels tentent de réduire les risques de complications – et de minimiser les imprévus – en modifiant l'intensité des traitements. Ils transforment les protocoles standards ou optent pour des protocoles anciens moins « lourds » (qu'ils modifient également). L'objectif est de pallier les défaillances immunitaires de leurs patients en allégeant les traitements. Ainsi, les médecins atténuent les protocoles dès le départ puis les réévaluent à la baisse si besoin. Dans ce cas, le Dr Vibol explique qu'« on réduit un peu la dose » ou on prescrit « la même dose et on espace la durée » ou « on fait la même chose avec des prémédications [médicaments destinés à préparer un patient à recevoir un traitement] ». Une fois encore, on constate que les professionnels passent d'un savoir formel à un savoir d'expérience.

Depuis les travaux de Renée Fox, l'incertitude apparaît comme constitutive de la démarche médicale. Les actes des professionnels médicaux « comportent toujours un certain degré d'incertitude qui provient à la fois de leur propre niveau de connaissance et de l'état des connaissances dans le monde médical en général » (Fox 1988 : 65). Dans ce contexte, les médecins qui travaillent sur les innovations thérapeutiques sont qualifiés de « spécialistes de l'incertitude » (*ibid.* : 23). Ils sont confrontés aux mystères de la biologie, aux ambiguïtés de l'expérimentation, aux questionnements liés aux risques et aux bénéfices d'un traitement, aux doutes quant à son issue ou quant à une possible guérison, etc. Ces différentes formes d'incertitude sont inhérentes à l'exercice de la médecine. La dernière, bien que relative aux essais cliniques, résonne avec la pratique de l'oncologie médicale telle qu'elle est exercée au Cambodge. L'incertitude est d'autant plus forte qu'elle ne repose pas uniquement sur des facteurs biologiques et médicaux.

Adaptations financières

Les stratégies thérapeutiques dépendent des conditions matérielles et sanitaires du Cambodge tout en étant tributaires des incertitudes propres à la biomédecine. Pourtant, les médecins n'optent pas toujours pour les mêmes modalités de traitement bien que le profil pathologique de deux patients soit identique. Une variable cruciale détermine l'accès à des soins de qualité : la dimension économique. Pour ne prendre que l'exemple des protocoles de chimiothérapie, les médecins les sélectionnent en fonction des capacités de paiement des malades et les adaptent de différentes manières (la posologie, la durée d'administration, le nombre et la qualité des médicaments).

En effet, une partie seulement et non la totalité des médicaments utilisés dans les protocoles de chimiothérapie existe à l'hôpital. Parmi ces produits, certains sont inscrits sur la liste des « médicaments essentiels », ce sont des médicaments subventionnés par l'OMS et par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose

et le paludisme. En théorie, les produits indiqués dans ce registre sont censés être gratuits et disponibles à la pharmacie de l'hôpital. En pratique, des ruptures de stock[23] – que personne n'explique ouvertement – peuvent survenir et il est possible d'y « trouver des médicaments non enregistrés au Cambodge comme dans toutes les pharmacies du pays », selon un humanitaire français travaillant dans un des deux hôpitaux nationaux. De fait, les produits qui ne figurent pas sur cette liste doivent être achetés par les malades à la pharmacie de l'hôpital ou en dehors.

Les protocoles de chimiothérapie associent en moyenne deux à quatre produits composés d'une ou plusieurs molécules. Ces médicaments provoquent de nombreux effets secondaires qui nécessitent de prendre en complément d'autres substances de manière plus ou moins systématique telles que des anti-inflammatoires, des antalgiques, des orexigènes, des antiémétiques, des antinauséeux, des antidiarrhéiques, des antispasmodiques, des solutions nutritives, des somnifères ou encore des facteurs de croissance, etc. Le nombre de médicaments pris en charge par le ministère de la Santé dépend du protocole et du type de complications. Selon le Dr Borey de l'hôpital du Nord, « on lui donne [au patient] au moins un ou deux [médicaments] ». Il arrive parfois que « les patients doivent acheter deux ou trois ou quatre médicaments en plus que ceux qu'on leur donne ». Mais le coût des produits varie considérablement selon les molécules allant d'une centaine de dollars par cure de chimiothérapie à plus de 2 000 dollars.

Par exemple, le protocole FOLFOX utilisé pour le cancer du côlon nécessite d'administrer au patient quatre produits (trois molécules de chimiothérapie puis un anticorps monoclonal) en association avec des antiémétiques et des antinauséeux. Or l'une des molécules, l'oxaliplatine, ne fait pas partie des médicaments essentiels et coûte à elle seule 500 dollars. Elle n'est donc administrée qu'aux malades les plus riches. De la même manière, le protocole FOLFIRINOX qui est utilisé pour le cancer du pancréas revient à environ 800 dollars par cure de chimiothérapie. D'autres protocoles sont presque gratuits comme ceux utilisés contre le cancer des testicules (protocole BEP et protocole EP), le cancer bronchique (traité avec EP également) ou contre le cancer du sein (protocole FAC). Néanmoins, la plupart nécessitent une participation financière des usagers si les médecins veulent administrer toutes les molécules présentes dans le protocole initial. Certaines n'existent pas au Cambodge (selon mes interlocuteurs) comme l'hexaméthylmélamine et la doxorubicine (Adriblastine®) du protocole CHAP utilisé contre le cancer de l'ovaire. Les médecins traitent donc cette affection avec deux autres protocoles (protocole TC et CC). De manière similaire, les carcinomes hépatocellulaires (dit CHC ou cancer du foie primitif) ne peuvent pas être traités au Cambodge par transplantation, résection ou destruction percutanée par radiofréquence comme cela se fait dans d'autres pays plus développés et il n'existe pas de chimiothérapie de référence lorsque la pathologie est avancée. Un traitement palliatif anticancéreux nommé Nexavar® (sorafénib) reste la seule possibilité, alors qu'il coûte environ 2 000 dollars par mois et que son efficacité demeure relativement controversée. Même si les nantis l'achètent, les médecins cambodgiens disent souvent qu'il n'existe pas de traitement curatif ou palliatif contre le CHC au Cambodge.

Ainsi, les prix diffèrent selon les protocoles. Et les protocoles diffèrent selon les types de cancer et leur état d'avancement. Dans ces conditions, les médecins transforment les traitements afin de réduire directement leur coût. Premièrement, ils agissent sur la quantité de produits à ingérer (la posologie) en plus de réduire systématiquement les doses standards des protocoles de chimiothérapie pour des raisons immunologiques ou techniques. Par exemple, lorsqu'un patient a besoin de deux litres et demi de préparation chimique, le médecin prescrit deux bouteilles d'un litre et non trois, afin que le malade fasse l'économie de la bouteille qui aurait été partiellement consommée. Deuxièmement, les médecins administrent parfois en deux jours des doses qui devraient l'être en trois. Les protocoles de chimiothérapie sont très précis et stipulent notamment l'ordre et le temps d'administration de chaque produit. Dès qu'ils le peuvent, ils raccourcissent ce temps afin que le malade réduise les frais d'hospitalisation en écourtant son séjour à l'hôpital. Troisièmement, les médecins modifient le nombre de médicaments qui figurent sur les protocoles. Selon le Dr Borey :

> Ils ont changé les protocoles par rapport aux standards. Oui, il faut adapter les protocoles à la situation, adapter selon notre expérience peut-être… parce que par exemple, le protocole ABVD pour le *Hodgkin's lymphoma* : on n'a pas l'Adriblastine®, on a que trois médicaments donc on ne donne que les trois […] Si les patients sont vraiment riches, ils peuvent tout payer.

La logique d'action des médecins cambodgiens se veut adaptative et sur mesure, elle n'est pas formalisée, rigide ou figée ; dans cette perspective, elle entre en contradiction avec leurs conceptions du savoir scientifique exposées précédemment.

Les malades ont donc accès aux médicaments en fonction de leurs ressources financières. Les indigents (qui jouissent de l'exonération de tous les frais d'hospitalisation) et les autres personnes pauvres (qui payent les soins, les examens, le lit et la nourriture sans avoir le luxe de se payer les molécules de chimiothérapie complémentaires) bénéficient des médicaments qui sont disponibles et fournis gratuitement par la pharmacie générale de l'hôpital. Les autres (ceux qui peuvent acheter les produits) accèdent aux traitements proportionnellement à l'argent qu'ils déboursent. La dimension économique modèle les possibilités de soins et les médecins exercent en se basant sur cette contrainte. Certains indigents de l'hôpital du Sud ne suivent « pas de chimiothérapie parce qu'ils sont pauvres » énonce avec évidence et fatalisme l'un de mes interlocuteurs médecins, ils ne sont traités que par radiothérapie quand bien même la stratégie thérapeutique préconiserait une chimiothérapie en sus de l'irradiation. Lorsqu'un médecin soigne au Cambodge, il prend en considération les finances de son patient. Il ne soigne pas uniquement en fonction de la pathologie mais aussi en fonction du coût des traitements.

Par conséquent, les médecins font ce qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent. C'est ce que sous-entend le Dr Vibol lorsqu'il souligne qu'il voudrait « traiter avec ce protocole, mais il n'est pas en stock […]. Théoriquement, ce protocole selon les recherches va bien, mais il n'est pas disponible […] donc je n'ai pas d'autre choix pour soigner, je fais un traitement palliatif ». En effet, selon le

Pr Samnith les médicaments gratuits sont des « médicaments de base qui ne sont pas suffisants » pour traiter les patients dans une perspective curative. C'est aussi le point de vue de ses confrères des deux hôpitaux. Selon eux et notamment le Dr Sopheap, les médicaments gratuits sont « limités », ils servent avant tout à « prolonger la vie » et le « pourcentage de guérison est faible ». C'est pourquoi son collègue, le Dr Vibol estime que « les familles doivent acheter à l'extérieur si le malade veut guérir ». Il y aurait donc une adéquation entre la qualité et le coût d'un traitement.

Enjeux pharmaceutiques

Les compagnies pharmaceutiques démarchent les médecins afin qu'ils prescrivent leurs produits. La concurrence entre les industriels des pays occidentaux et ceux des pays émergents est d'autant plus forte que les premiers ne prennent pas nécessairement en compte les conditions d'exercice locales de la médecine (leurs produits et leurs prix ne sont pas adaptés au marché cambodgien) et que les seconds ne respectent pas les mêmes règles concurrentielles, comme l'atteste en 2014 la *marketing-manager* d'un distributeur pharmaceutique de renommée internationale au Cambodge :

> [Ici,] le problème c'est que nos clients [les laboratoires pharmaceutiques occidentaux] nous poussent à commercialiser des produits qui ne sont pas viables dans ce pays. Un produit oncologique à 1 000 dollars la boîte : qui peut se le permettre ? Donc le problème c'est que les clients n'ont pas la réalité du Cambodge et ils nous forcent à commercialiser [leurs] produits et nous, on se retrouve dans une situation à essayer de forcer la main à des médecins à utiliser nos produits.

Les distributeurs de médicaments face à la concurrence recourent à des stratégies marketing qui peuvent parfois s'éloigner des normes internationales de « compliance » (respect des législations, d'un code éthique et déontologique) :

> À l'hôpital c'est très compliqué […] parce que tous nos concurrents ne jouent pas le jeu, évidemment, et jouent à la corruption. C'est pour ça aussi que dans ma boîte on a tous les plus gros labos pharma. Toutes les « *big pharma* » du monde viennent chez nous parce qu'on est « compliants » [respectueux des législations] et qu'à l'international ils ne peuvent pas se permettre d'avoir un scandale de « compliance » au Cambodge. […] Mais tous les petits Pakistanais et Indiens […] achètent les médecins et vendent des produits pas forcément très qualitatifs. Pour nous c'est dur de *dealer* contre ça. Parfois on baisse nos prix, [par exemple] à l'hôpital [nom de l'hôpital] on a eu le cas pour un corticoïde injectable, on s'est aligné au prix du générique et ils [les médecins de l'hôpital] ont toujours refusé de passer […]. Quelle est la justification ? La justification c'est qu'ils [les distributeurs concurrents] donnent de l'argent [aux médecins cambodgiens].

Sans prendre part à ces accusations, ce contexte concurrentiel est accentué par la possibilité qu'ont les médecins cambodgiens de prescrire et d'acheter des médica-

ments, ce qui favorise un commerce très lucratif dans le secteur privé. Selon mon interlocutrice, c'est un vrai problème :

> Les médecins *deal* avec les médicaments, ils peuvent directement se fournir en médicaments et revendre aux patients. […] Ils les achètent en gros et après ils les revendent aux patients plus cher. Ils utilisent les promos […] ils se permettent de « pousser » des médicaments qui ne sont pas vraiment bons pour le patient en fonction de là où ils peuvent se faire le plus d'argent.

D'après elle :

> Les médecins se font beaucoup d'argent via les laboratoires pharma […]. Mes *managers* reçoivent des appels tous les jours [par exemple] ils veulent un nouveau home cinéma, ils veulent partir en Thaïlande avec leur famille, ils veulent aller au congrès à Chicago, mais ils ont de la famille qui vit à Toronto et faut payer. Ça, c'est tous les jours !

Ainsi, les médecins sont en position de force pour négocier avec les groupes ou les distributeurs pharmaceutiques. Ce n'est plus tout à fait le cas dès qu'ils sont *sponsorisés*, puisque les compagnies attendent d'eux qu'ils achètent et prescrivent leurs produits et qu'ils les promeuvent en participant notamment à des évènements scientifiques internationaux.

Dans ce contexte dérégulé, l'accès aux médicaments repose sur les ressources économiques des patients. Mon interlocutrice rappelle que :

> À l'hôpital du Sud le médecin m'avait dit clairement « vos produits sont très bons parce que vous êtes un grand labo donc vous avez des normes de qualité que les Indiens ou que les Pakistanais n'ont pas. Donc oui, je préfère largement vos produits. Mais je vais prescrire vos produits en fonction des revenus de nos patients ». […] Clairement je sais très bien que ce n'est pas un pauvre qui va avoir nos produits, clairement je crois que mon produit le moins cher fait trois dollars alors qu'un générique tu peux le trouver à soixante-dix cents. […] On prescrit en fonction de l'argent et les médecins vont « pousser » [tel médicament] parce que s'ils sont partis en vacances à Bali avec tel labo, ils savent que le labo derrière va regarder les commandes […] donc le patient va avoir le médicament qui a été « poussé ».

Cette troisième partie montre que l'adaptation des protocoles repose sur des problèmes qui dépendent de facteurs internes et externes à la médecine, d'où le rôle d'artisan-bricoleur endossé par les professionnels de santé. Le soin implique la transposition d'une médecine produite dans un autre contexte (les médecins appliquent un savoir initialement produit pour une population ayant d'autres caractéristiques sociobiologiques) dont les ressources (médicaments) sont régulées par la finance et la concurrence (pharmaceutique). Le savoir-faire semble difficilement formalisable puisqu'il repose sur une faculté adaptative. Ceci questionne, concrètement, la réalité empirique du quotidien : à quoi les médecins sont-ils confrontés et quelles stratégies utilisent-ils pour y faire face ?

Médecine à choix multiples

Propositions thérapeutiques

En écho à la vignette ethnographique présentée en introduction, la scène suivante est décrite par le petit-fils d'un malade en août 2014. Dans une des salles collectives de l'hôpital du Nord, mon interlocuteur accompagne son père aux côtés du grand-père atteint d'une tumeur du côlon. Pendant la discussion, la mère arrive et intègre le groupe de parole. Le malade dort (ou fait mine de dormir) pendant que ses proches racontent en détail l'histoire de la maladie et la quête de soin. Malinda, mon assistante-interprète, traduit au fur et à mesure. Le fils raconte la consultation dans le bureau du chef de service :

> Le médecin ici a donné le choix de suivre la *gīmī* [chimio] ou pas, parce qu'il est âgé et que la situation du malade est grave […], le médecin a expliqué la situation de la maladie. Ils ont décidé de suivre la chimiothérapie même si on sait que l'espoir [qu'il guérisse] est de 50 %.

Le père ajoute qu'« il a donné le choix de suivre ou non et dit qu'on n'a pas de traitement pour guérir ». Par l'intermédiaire de Malinda, je demande quelles sont les options thérapeutiques proposées par les médecins. Les trois proches du malade se remémorent ensemble : « Les propositions du médecin… 500, 2 000, 800 [dollars] à chaque fois » dit le père, « non, 600 » rectifie la mère, et le fils ajoute « le médecin a dit que la plupart choisissent 500 ». Le malade se retourne pour cracher, la mère et le fils l'aident, ce dernier lui frotte le dos pendant que la première tient le crachoir. Le père les regarde puis soutient le grand-père pour qu'il se redresse. Le fils continue de parler « c'est 500 dollars le traitement, en plus il faut ajouter le lit et tout le reste ». Je demande qui paye. Le père répond que dix personnes se cotisent, ce sont les enfants et les petits-enfants. Le grand-père est agriculteur, comme il a vendu tous ses biens pour aller en Thaïlande se faire opérer, les membres de sa famille ont pris le relais. Ils ont vendu des terres afin d'avoir assez d'argent pour payer le traitement jusqu'à la fin, sachant qu'ils en sont à la septième cure sur les douze prévues. Le fils poursuit :

> [La chimiothérapie sert] à prolonger la vie pour qu'il vive plus longtemps […] le médecin a expliqué que ça dépend de chaque cas, un an, deux ans, trois ans, mais on ne survit pas longtemps. Le médecin a dit que si on ne traite pas, la maladie progresse très vite. Si on fait le traitement et qu'il a du succès, on peut prolonger un peu longtemps.

Dans la plupart des cas, les médecins exposent à la famille du patient les options thérapeutiques possibles. Ils formulent en moyenne deux à quatre propositions de traitement comportant différents protocoles dont les prix varient entre 100 et 5 000 dollars environ pour une cure. En fait, il s'agit souvent d'un même protocole que les médecins modifient en ajoutant ou retranchant une ou plusieurs substances cytotoxiques payantes. Le Dr Borey souligne que « chaque type de protocole varie selon la capacité financière du patient. Certains coûtent moins cher, d'autres plus

cher ». Lors d'une discussion avec une femme atteinte d'une tumeur au sein à l'hôpital du Nord, elle m'explique que le médecin a dit qu'elle devait faire six cures de chimiothérapie. Il a proposé un traitement à 5 000 dollars, un autre à 3 000 dollars, un troisième à 500 dollars et un dernier à 160 dollars, et il lui a dit de choisir selon ses possibilités, ce qu'elle a fait en prenant le moins cher.

Chaque option a un tarif spécifique ainsi que des effets secondaires particuliers et une efficacité théorique différente. Cette efficacité est souvent traduite par la mobilisation de statistiques évaluant en pourcentage les chances de guérison du malade. Mais, la prévalence des cancers avancés (stade 3 et 4) conduit les médecins à produire une seconde évaluation. Ils énoncent une estimation du temps de prolongation de vie gagnée via les traitements. Dans ce cas, ils comparent le pourcentage de chance de survie avec et sans traitements au regard de chacun des protocoles proposés. Ce type de discours concorde avec ceux produits par d'autres médecins en Asie du Sud-Est. À Singapour par exemple, le corps médical fournit aux patients des tableaux et des graphiques qui indiquent les statistiques de survie à cinq ans selon la pathologie, le grade et le traitement afin d'aider les patients à « choisir » la meilleure thérapeutique possible en fonction de leurs ressources. Néanmoins, l'usage des statistiques n'est pas systématique au Cambodge. Les médecins peuvent aussi simplement expliquer au malade qu'il a deux options, un traitement à 200 dollars et un à 500 dollars en lui conseillant de choisir celui coûtant 500 dollars parce qu'il est spécifique à son cancer contrairement à celui valant 200 dollars. D'autres fois l'incitation peut se révéler plus soutenue. Un monsieur ayant un cancer généralisé confie à Malinda – qui traduit simultanément – « une injection c'est 4 000 dollars […] il n'y a pas plusieurs possibilités, seulement ce traitement […] le médecin a proposé beaucoup de traitements, mais il n'a pas le choix car cette maladie est rare et les médicaments pour traiter sont chers ». D'après ce malade, le médecin lui aurait expliqué que seul le traitement le plus cher lui permettrait de guérir.

En règle générale, le discours médical soutient que plus le traitement est onéreux plus il est efficace et que l'absence de traitement signifie la mort. D'où le fait qu'une aïeule atteinte d'un cancer du col de l'utérus de stade 3 réponde du tac-au-tac quand je lui demande quelle option elle a choisi : « Si je n'achète pas il y a que la mort » (*poe min diñ mān tae ṭek ṅāṕ*).

Ambivalence des dépenses

L'incitation à la dépense produite par les médecins est plus complexe qu'elle y paraît. Le Dr Visal estime que son équipe propose aux patients des options : « Très cher, moyen, pas cher » mais que cette échelle est faussée par la toxicité. La différence des traitements repose certes sur la qualité et l'efficacité mais « surtout sur la toxicité » : « Les médicaments pas chers ont beaucoup d'effets indésirables » qui nécessitent d'être régulés avec des médicaments « qui coûtent très très cher ». Le paradoxe est là. Les médecins déplorent les nombreux problèmes post-chimiothérapeutiques des traitements peu onéreux. Par exemple, une chimiothérapie bon

marché provoque une importante baisse les globules blancs (neutropénie) qui comporte un risque d'infection élevé. Ce type d'infection requiert des injections de facteurs de croissance qui régulent le nombre de cellules en stimulant la moelle osseuse. Or une de ces injections coûte 165 dollars. Ainsi, selon le Dr Visal, les médicaments plus chers ayant moins de toxicité peuvent se révéler plus rentables à long terme que ceux qui étaient initialement moins onéreux. Dans l'évaluation du prix d'un traitement, il faut également prendre en compte le coût de l'hospitalisation et le risque d'infections nosocomiales. C'est pourquoi le Dr Visal avec le Dr Keth et la Dr Reaksmey tentent de convaincre les familles que l'option la moins chère repose sur une vision à court terme et qu'il est préférable de choisir le traitement intermédiaire. Ce type de négociation est moins présent à l'hôpital du Sud où le Dr Sopheap souligne que le « choix » qui revient aux familles n'en est pas vraiment un – chacun fait en fonction de sa capacité de paiement. Il préfère qu'un malade prenne un traitement jusqu'à la fin plutôt qu'il s'arrête après deux ou trois cures comme c'est fréquemment le cas.

Les médecins cambodgiens considèrent que la chimiothérapie basée sur les médicaments essentiels ne suffit pas à traiter les malades, qu'elle ne permet pas « un succès à 100 % » comme le rappelle le Pr Samnith pour signifier l'absence de guérison. La chimiothérapie gratuite a une visée avant tout palliative, c'est-à-dire que les médecins ne visent pas la rémission mais une baisse des douleurs et des effets liés à la maladie via une diminution de la tumeur. Dans cette perspective, le Dr Sothon explique à un couple dont l'époux est atteint d'un cancer de l'œsophage que s'il ne se fait pas soigner à l'hôpital la tumeur grossira et il mourra, s'il prend au contraire le traitement gratuit, la tumeur diminuera et il pourra vivre mais uniquement pour un temps limité, et s'il prend le traitement payant, il vivra plus longtemps.

Effectivement, le Dr Sothon estime, au même titre que le Dr Visal, que c'est avec les chimiothérapies payantes qu'« on peut soigner ». Cependant, toutes les chimiothérapies payantes ne se valent pas. Les médecins distinguent leur qualité selon leur provenance et leur ancienneté qui est souvent – sans l'être systématiquement – proportionnelle au coût. Les chimiothérapies peu onéreuses sont des « produits indiens ou asiatiques, mais ce n'est pas 100 % au niveau efficacité » remarque le Dr Visal d'autant qu'elles comportent de nombreux effets indésirables ; alors que celles plus coûteuses proviennent principalement d'Europe ou d'Amérique du Nord, mais « c'est trop cher ». En plus d'être onéreux, les nouveaux médicaments mis sur le marché sont inaccessibles à la plupart des Cambodgiens parce qu'ils nécessitent des dispositifs techniques, biologiques et médicaux inexistants. Localement, les médecins ne disposent pas, en effet, des techniques génétiques permettant de diagnostiquer précisément un cancer, ils ne peuvent donc pas administrer de thérapies ciblées. Seuls certains riches patients revenant de l'étranger sont traités avec ce type de médicament.

Dans ce contexte, l'accès aux soins et la manière dont les médecins vont adapter leur pratique reposent essentiellement sur les ressources financières du patient. La Dr Reaksmey reçoit les résultats sanguins d'une malade et me dit « les plaquettes

baissent à douze gigas par litre, il y a le risque de saignement à la maison donc j'ai dit "il vaut mieux rester encore deux jours" ». Passé ce délai, la médecin compte surveiller le sang et si les plaquettes montent, elle la laissera partir. Mais la fille de la malade lui annonce qu'elle n'a plus d'argent et qu'il est donc difficile de rester deux jours en plus. La médecin est confrontée à un dilemme :

> Moi, je ne veux pas [la] faire partir avec les plaquettes à douze gigas par litre. Et elle habite loin, elle habite à Takeo, pas à côté de Phnom Penh, si y a des hémorragies à la maison c'est difficile. Et après la chimio, souvent, les globules baissent encore. Elle a quatre-vingt-cinq ans avec hypertension artérielle, ce n'est pas génial.

Elle va donc réduire les frais hospitaliers de sa patiente en lui administrant d'autres médicaments. Ainsi :

> Ce que je peux faire… je vais changer pour donner un autre médicament qui a la même action ou bien une action parallèle et qui est gratuit. Parce que maintenant y a des médicaments qui sont gratuits et d'autres que le patient doit payer. Par exemple, je vais changer d'antalgique, au lieu de lui donner un antalgique qu'il doit payer, je vais mettre un autre qui est gratuit. Donc pour les médicaments, je lui ai dit que je vais donner tous les médicaments qui sont gratuits et puis elle doit payer juste pour le lit 24 dollars par jour. Donc elle va demander à sa fille si elle a de l'argent pour encore deux jours, donc ça fait 50 dollars.

Je demande au Dr Reaksmey pourquoi elle n'a pas donné les médicaments gratuits dès le début. Elle répond :

> Parce que… par exemple pour les antalgiques, il y a un antalgique qui est un peu plus fort, qui est meilleur pour elle, pour la douleur. Mais si elle n'a pas l'argent, on peut changer avec un autre même [si] c'est un peu moins fort… si elle n'a pas d'argent, c'est mieux que rien. [silence] Par exemple, il y a deux corticoïdes différents, dexaméthasone et solu-medrol®. Normalement, solu-medrol® c'est plus fort, l'action est plus rapide et plus forte que dexamethasone. Mais dexamethsone c'est gratuit. Solu-medrol® c'est payant. Donc pour le patient, s'il n'a pas l'argent on donne dexa, s'il a de l'argent on donne solu. Donc on a le choix. Mais au début, comme elle n'a pas parlé de l'argent, on pense qu'elle peut payer pour solu et une fois qu'elle a dit qu'elle n'a plus d'argent on change dexaméthasone.

Conclusion

Les médecins cambodgiens prônent les valeurs de la médecine des preuves et de « l'objectivité régulatoire » – une nouvelle façon de concevoir l'objectivité qui est propre à la biomédecine, comme le résultat d'actions fondées sur des procédures collectives (Cambrosio 2005) – en vantant les mérites d'une science précise et normative. Pour autant leurs pratiques apparaissent comme éminemment plurielles et souples. Les stratégies thérapeutiques varient d'un établissement à l'autre au regard des alliances professionnelles et des techniques disponibles. Les standards se révèlent dangereux parce qu'ils ne sont pas adaptés aux réalités – sanitaires,

sociales, biologiques et techniques – du Cambodge. Les médecins tâtonnent à la recherche d'un équilibre entre les risques et les bénéfices d'un traitement. Ils apparaissent eux aussi comme des spécialistes de l'incertitude puisque leurs pratiques ressemblent, sans être identiques, à celles des médecins qui procèdent aux expérimentations cliniques. Dans ce contexte, une question perdure : comment les médecins évaluent-ils la portée de ce qu'ils font dès lors qu'ils empruntent des voies non balisées par les essais contrôlés randomisés ?

Les travaux portant sur l'indigénisation de la biomédecine cités dans l'introduction concordent avec les transformations, les adaptations et les improvisations dont font preuve les médecins qui exercent dans les pays en voie de développement. Bien que la biomédecine fasse l'objet d'un processus d'appropriation partout où elle est pratiquée, certains contextes favorisent le bricolage au sens où Claude Lévi-Strauss l'entend puisque les médecins s'arrangent avec les moyens du bord. C'est ce qui se produit ici. Les médecins pratiquent une médecine à la mesure des ressources financières des familles. Ils ajustent leur traitement au cas par cas en modifiant la posologie, le temps d'administration et/ou le nombre de médicaments. Les médicaments essentiels ne couvrent pas tous les produits qui sont indiqués dans les protocoles de chimiothérapie. Une partie des traitements reste donc à la charge des usagers. Il en va de même au Zimbabwe [24] où certains patients ne peuvent se permettre d'acheter qu'une partie des médicaments de chimiothérapie (Livingston 2012 : 179).

Les médecins comme les malades se retrouvent confrontés à des dilemmes thérapeutiques où les inégalités de santé sous-tendent les « choix » des familles. Les propositions les moins chères impliquent une toxicité et des effets secondaires importants ainsi qu'une efficacité plus faible. Et à l'inverse, certains produits onéreux ne se limitent pas à « prolonger la vie », mais visent aussi la guérison. La frontière entre le palliatif et le curatif est donc en partie déterminée par le capital économique et la qualité d'un traitement apparaît comme proportionnelle à son coût. L'ambivalence est là : des médicaments plus chers mais moins toxiques peuvent se révéler moins dispendieux à la longue. D'où une incitation de la part des professionnels à soigner avec certains produits plus que d'autres.

À ce sujet, il ne faut pas non plus omettre les enjeux pharmaceutiques qui conduisent à ce que certains médicaments soient « poussés » par les multiples invitations et petits cadeaux que les médecins reçoivent à l'hôpital de la part des compagnies et des distributeurs pharmaceutiques. Les pratiques médicales s'inscrivent ici dans un système économique capitaliste et ne peuvent faire l'impasse sur la marchandisation de la santé et des traitements. Ceci revient à souligner que les médicaments ont une valeur marchande, ce que le quotidien à l'hôpital rappelle vigoureusement.

Dans cet article, j'ai cherché à montrer que la médecine repose sur une transformation des savoirs, qui implique des (re)configurations spécifiques et perpétuelles des modalités d'action, résultant des formes complexes d'accommodement de l'exercice médical, produites par des professionnels de santé confrontés à des réalités empiriques en décalage avec les savoirs formels et théoriques.

Notes

1. Tous les noms ont été modifiés.
2. Le terme biomédecine est employé ici en référence à la médecine savante d'origine occidentale, il renvoie à une médecine utilisant les sciences biologiques et plus largement les technosciences (Clarke *et al.* 2000) dans son application. Pour plus de détails sur la notion de biomédecine, se référer à l'introduction de ce numéro de *Moussons*.
3. « *Indigenization of biomedicine* ». Toutes les citations en anglais ont été traduites par l'autrice.
4. Le terme local fait référence à un contexte situé dans le temps et l'espace, inscrit dans une histoire et traversé par des enjeux socio-politiques. Envisagé dans le sens où l'emploie Pascale Moity-Maïzi, il s'agit de mettre l'accent sur « la notion de *localisation* […] pour signaler à la fois les processus, les mouvements, les négociations et rapports d'autorités à travers lesquels certains savoirs sont distribués, institués et validés […] au sein d'un groupe professionnel, plus largement dans des communautés scientifiques, des organisations ou filières liées à divers marchés » (2011 : 4).
5. Se référer entre autres aux travaux de Kleinman (1995 : 24) et Livingston (2012).
6. La notion d'improvisation est employée par Julie Livingston pour analyser les pratiques médicales des services d'oncologie au Botswana et au Zimbabwe, mais l'autrice ne prétend pas que ce processus serait spécifique à l'Afrique.
7. « *Need to adapt this knowledge to their institutional setting like a round peg to a square hole* ».
8. Selon Claude Lévi-Strauss, le bricoleur possède « un répertoire dont la composition est hétéroclite et qui, bien qu'étendu, reste tout de même limité » ([1962] 2017 : 30). Ce répertoire sert « quelle que soit la tâche qu' [il] s'assigne, car [il] n'a rien d'autre sous la main » (*ibid.*). Le bricolage implique une identification (nommer) et une catégorisation (classer) des objets, mais, pour le bricoleur « la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus » (*ibid.* : 31).
9. Sur la notion d'itération, voir Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008 : 82).
10. Pour plus de détails, se référer à mon travail de thèse (M'zoughi 2020).
11. Selon le système de translittération de Saveros Lewitz (1969).
12. L'action d'un médicament sur l'organisme.
13. Il s'agit des médecins des services d'oncologie de l'hôpital du Nord et de l'hôpital du Sud ainsi que des autres professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de l'enquête de terrain (médecins et infirmiers cambodgiens et étrangers travaillant au sein d'ONG).
14. Alberto Cambrosio souligne, dans le cas de l'oncologie, que « ce sont les essais cliniques qui ont donné naissance à la spécialité » (2005 : 43).
15. L'EBM est couramment défini comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions concernant les soins de chaque patient » (« *the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients* ») (Sackett *et al.* 1996 : 71). Aujourd'hui, l'EBM n'est plus considérée comme opposée, mais comme complémentaire à l'expérience clinique, son but étant d'améliorer la clinique notamment par le recourt systématique aux guides de bonnes pratiques (Timmermans & Mauck, 2005). Pour plus de détails sur les guides de bonnes pratiques, voir *infra*.

16. Selon le dictionnaire de l'Institut national du cancer, un protocole est une « description précise des conditions et du déroulement d'une étude ou d'un traitement. Un protocole de chimiothérapie a pour but de spécifier les noms et les doses de médicaments, le nombre de cures, etc. Un protocole de radiothérapie spécifie le type et les doses de rayons, le nombre de séances, etc. » (http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/protocole).
17. Les cancers sont classés selon quatre stades qui correspondent à la progression de la maladie dans le corps. Le stade 1 renvoie à une tumeur de petite taille circonscrite localement, tandis que le stade 4 équivaut à une généralisation du cancer dans l'organisme. Les stades 2 et 3 sont des phases intermédiaires situées entre ces deux états.
18. En principe, la chimiothérapie vise à détruire les cellules cancéreuses et/ou les empêcher de proliférer. Elle s'attaque aux cellules qui se multiplient rapidement. C'est le cas des cellules cancéreuses, mais aussi d'autres cellules (comme celles de la moelle osseuse qui fabriquent le sang) ce qui explique les effets secondaires (anémie, infections, fatigue). La radiothérapie agit quant à elle localement par radiation (ionisation) sur les cellules cancéreuses de la zone ciblée pour en bloquer la multiplication (avec la possibilité de toucher les tissus sains à proximité).
19. Un désaccord politico-professionnel a conduit l'ancien chef de service de l'hôpital du Sud (ayant le monopole des traitements anticancéreux) à ouvrir un autre service d'oncologie à l'hôpital du Nord. À l'époque de l'enquête, le dialogue entre les deux établissements était rompu. Il était considéré comme un aveu de faiblesse (et une perte de gain) que d'envoyer un patient chez un confrère (M'zoughi 2020).
20. http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/T/traitement-standard.
21. Sachant que, d'après la Banque mondiale, le revenu mensuel par habitant au Cambodge est d'environ 100 dollars en 2016.
22. J'ai proposé une analyse plus approfondie de l'incertitude médicale dans la pratique de l'oncologie au Cambodge dans un article récent (M'zoughi 2021).
23. J. Livingston (2012 : 177) parle des ruptures de stock de médicaments au Zimbabwe comme résultant d'une mauvaise organisation dans des circonstances dramatiques.
24. L'oncologie y est dispensée dans le secteur privé contrairement au Botswana où les traitements sont pris en charge par le système de santé publique.

Références

ABASTADO, Philippe, 2007, *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*, Paris : Éditions EDK.

ADIOJO DIEUDONNÉ, Désiré, 2007, « Éthique de la recherche et pays en développement », *Journal International de Bioéthique*, 18 (4) : 69-73.

BOURRET, Pascale & LE MOIGNE, Philippe, 2014, « Essais cliniques, production de la preuve et mutations de la biomédecine », *Sciences sociales et santé*, 32 (3) : 5-11.

BRIVES, Charlotte, LE MARCIS, Frédéric & SANABRIA, Emilia, 2016, « What's in a Context ? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine », *Medical Anthropology*, 35 (5) : 369-376.

CAMBROSIO, Alberto, 2005, « Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos de la régulation des pratiques biomédicales », *Sciences sociales et santé*, 23 (4) : 41-48.

CASTEL, Patrick & MERLE, Ivanne, 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44 (3) : 337-355.

CLARKE, Adele E., FISHMAN, Jennifer R., FOSKET, Jennifer Ruth, MAMO, Laura & SHIM, Janet K., 2000, « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18 (2) : 11-42.

CROCHET, Soizick, 2000, « L'invisible guérison : Notes d'ethnomédecine en milieu rural au Cambodge », *Aséanie*, 5 : 13-39.

DASTON, Lorraine & GALISON, Peter, 2012, *Objectivité*, Dijon : Les Presses du réel.

DODIER, Nicolas, 1998, « Ilana Löwy, Between Bench and Bedside. Science, Healing and Interleukine-2 in a Cancer Ward », compte-rendu, *Sciences sociales et santé*, 16 (1) : 138-146.

DODIER, Nicolas, 2005, « Transnational Medicine in Public Arenas : Aids Treatments in The South », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29 : 285-307.

EPSTEIN, Steven, 2007, *Inclusion : The Politics of Difference in Medical Research*, Chicago : University of Chicago Press.

FIELD, Marilyn .J. & LOHR, Kathleen N., 1990, *Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program*, Washington : National Academy Press.

FOX, Renée, 1988, *L'incertitude médicale*, Paris : Éditions L'Harmattan.

FREIDSON, Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris : Éditions Payot.

GOBATTO, Isabelle, 1999, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris : Éditions L'Harmattan.

GOBATTO, Isabelle & TIJOU TRAORÉ, Annick, 2011, « Apprendre à "savoir y faire" avec le diabète au Mali », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 (3), [en ligne], http://journals.openedition.org/rac/13562, consulté le 08.04.2021.

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

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.

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

LÉVI-STRAUSS, Claude, [1962] 2017, *La pensée sauvage*, Paris : Plon.

LEWITZ, Saveros P., 1969, « XI. Note sur la translittération du cambodgien », *Bulletin de l'École française d'Extrême-Orient*, 55 : 163-169.

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

LÖWY, Ilana, 1996, *Between Bench and Bedside. Science, Healing and Interleukine-2 in a Cancer Ward*, Cambridge : Harvard University Press.

MARKS, Harry, 1999, *La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris : Institut édition Synthélabo.

MOITY-MAÏZI, Pascale, 2011, « Interroger la localisation et la circulation des savoirs en Afrique », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 (3), [en ligne], http://journals.openedition.org/rac/13462, consulté le 08.04.2021.

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

M'ZOUGHI, Meriem, 2021, « Une famille et des professionnels médicaux face au cancer. Incertitudes et contraintes au Cambodge », *Anthropologie & Santé*, 23 (à paraître).

OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif*, Louvain-La-Neuve : Academia Bruylant.

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

RABEHARISOA, Vololona, 2009, « De la médecine à la biomédecine : les multiples figures du patient », *Mines. Revue des Ingénieurs*, 440 : 47-49.

ROSELLI, Mariangela, 2013, « Ethnographie de deux restitutions manquées. Ce que la formalisation fait aux résultats d'enquêtes », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7 (2) : 525-543.

SACKETT, David & ROSENBERG, William, GRAY, Muir, HAYNES, Brian & RICHARDSON, Scott, 1996 « Evidence-Based Medicine : What it is and What it isn't », *British Medical Journal*, 312 : 71-72.

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

TIMMERMANS, Stefan & KOLKER, Emily S., 2004, « Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge », *Journal of Health and Social Behavior*, 45 : 177-193.

TIMMERMANS, Stefan & MAUCK, Aaron, 2005, « The Promises And Pitfalls of Evidence-Based Medicine », *Health Affairs*, 24 (1) : 18-28.

VAN DER GEEST, Sjaak, 2017, « Les médicaments sur un marché camerounais », *Anthropologie & Santé*, 14, URL : https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2450, consulté le 05.10.2018.

WEMOS, 2017, *Clinical Trials in Africa. The Cases of Egypt, Kenya, Zimbabwe and South Africa*, Amsterdam : Wemos Foundation.

Résumé : Cet article analyse les manières dont les cancérologues exercent la médecine au Cambodge. Il s'agit de s'intéresser aux pratiques courantes du quotidien et de décrire les processus d'adaptation et d'appropriation biomédicaux, autrement dit, de décrire comment les médecins adaptent leurs savoirs et leurs savoir-faire, en s'appropriant les outils et les ressources dont ils disposent, afin de soigner leurs patients. Je montre comment les médecins cambodgiens s'appuient sur la « médecine des preuves » (la médecine basée sur les essais cliniques randomisés) afin de légitimer le bien-fondé de leurs pratiques. Ils se réfèrent à la science – à une « vérité scientifique » entendue comme un savoir positiviste – en mobilisant des statistiques issues d'études médicales occidentales lorsqu'ils doivent convaincre les malades et leur famille de suivre un traitement. Or, ces médecins font face à un certain nombre de contraintes locales qui les

conduisent à adapter les traitements standards. Ils s'ajustent au cas par cas pour « ne pas tuer le patient » comme ils disent. Certes ils sont confrontés aux incertitudes liées aux effets délétères des médications et à l'évolution de la maladie. Mais ils doivent aussi prendre en compte les ressources financières des malades. Médecins et usagers sont ainsi confrontés à des dilemmes thérapeutiques qui incitent les premiers à faire preuve d'une flexibilité dans leurs pratiques. La médecine repose ici sur une transformation des savoirs résultant des formes complexes d'accommodement de l'exercice médical, elle est produite par des professionnels de santé confrontés à des réalités empiriques en décalage avec les savoirs formels et théoriques.

Do-It-Yourself Medicine (Medicine of Bricolage*). Knowledge and Practices of Cambodian Oncologists*

Abstract*: This article analyzes the ways in which oncologists practice medicine in Cambodia. It focuses on everyday practices and describes the processes of biomedical adaptation and appropriation, in other words, to describe how physicians adapt their knowledge and skill, by appropriating the tools and resources at their disposal, in order to treat their patients. I illustrate how Cambodian physicians rely on "evidence-based medicine" (medicine based on randomized clinical trials) to legitimize the validity of their practices. They refer to science—to a "scientific truth" understood as positivist knowledge—by mobilizing statistics from Western medical studies when they must convince patients and their families to undergo treatment. However, these doctors face a certain number of local constraints that lead them to adapt standard treatments. They adjust on a case-by-case basis to "not kill the patient" as they say. Of course, they are confronted with uncertainties related to the deleterious effects of medications and the evolution of the disease. But they must also consider the financial resources of patients. Doctors and users are thus confronted with therapeutic dilemmas that encourage the former to be flexible in their practices. Medicine is based here on a transformation of knowledge resulting from the complex forms of accommodation of medical practice, it is produced by health professionals confronted with empirical realities that are out of step with formal and theoretical knowledge.*

Mots-clés : anthropologie médicale, Cambodge, médecine, médecin, cancer, cancérologie, oncologie, bricolage, adaptation thérapeutique.

Keywords*: medical anthropology, Cambodia, medicine, physician, cancer, cancerology, oncology,* bricolage *(do-it-yourself), therapeutic adaptation.*