

Une fascination culturelle pour la médecine : l'anthropologie médicale aux Pays-Bas

Sjaak van der Geest

On dit que les Pays-Bas affichent le ratio d'anthropologues le plus élevé du monde. Cela pourrait bien être vrai. D'autant plus que cette affirmation semble concorder avec deux autres « records » reposant tout autant sur de simples impressions. À l'époque bénie des œuvres missionnaires, ce pays comptait un nombre incroyablement élevé de missionnaires chrétiens répartis aux quatre coins du monde, tout particulièrement en Afrique et en Indonésie, ancienne colonie hollandaise. Dans le sillage et à l'avant-garde des prêtres missionnaires se trouvaient de nombreux médecins et infirmières qui ont consacré une partie de leur vie – si ce n'est presque toute – à ce qu'on a plus tard appelé les pays en développement. Certains de ces « spécialistes médicaux du développement » étaient embauchés dans le cadre de contrats gouvernementaux, mais bon nombre d'entre eux étaient rattachés à une organisation de missionnaires. Les origines de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas sont liées de près aux activités des missionnaires et du personnel médical des pays en voie de développement.

La discussion la plus élaborée concernant le passé et l'existence de l'anthropologie médicale néerlandaise est attribuable – comme il fallait peut-être s'y attendre – à une étrangère : l'anthropologue italienne Diasio (1999, 2003), qui a étudié les traditions de l'anthropologie médicale de quatre sociétés européennes : la France, la Grande-Bretagne, l'Italie et les Pays-Bas. Selon ses écrits, les anthropologues néerlandais étaient plus que modestes, et se montraient même dissuasifs, quant à leurs propres mérites en matière d'anthropologie. Ils ne semblaient pas croire qu'ils avaient apporté une contribution importante à cette discipline et se considéraient plutôt comme le produit d'un métissage d'influences étrangères et interdisciplinaires. Je suis d'accord avec la thèse de cette auteure concernant la provenance mixte de l'anthropologie médicale néerlandaise, mais je ne me montrerai pas dissuasif quant à la contribution des Pays-Bas au développement de la sous-discipline dont nous discutons ici.

ORIGINES «ÉTRANGÈRES»

La première étude néerlandaise qui fit explicitement référence à l'«anthropologie médicale» parut en 1964. Il s'agissait d'un exposé écrit par un médecin, Vincent Van Amelsvoort, sur l'introduction des soins de santé «occidentaux» dans l'ancienne colonie néerlandaise de Nouvelle-Guinée (devenue une province précaire d'Indonésie). Ce n'est qu'un an plus tard que l'Écosse délimitait le champ de recherche et d'enseignement officiel de l'anthropologie médicale et instituait cette dernière comme une sous-discipline de l'anthropologie culturelle¹. L'étude de Van Amelsvoort portait sur le choc de la rencontre de deux cultures (médicales) entièrement différentes (Van Amelsvoort 1964a). Au cours de cette même année, il publiait, dans une revue médicale néerlandaise, un bref commentaire (Van Amelsvoort 1964b) sur le nouveau champ de l'anthropologie médicale. Traitant des origines de cette nouvelle sous-discipline, Van Amelsvoort a surtout parlé des professionnels des sciences sociales et de la santé qui travaillaient au développement de la santé (comme il l'a fait lui-même) et qui ont analysé la relation entre la culture, la santé et les pratiques médicales. Il s'agissait, notamment d'Erasmus, de Wellin, de McDermott et de Carstairs. Van Amelsvoort écrivit que la médecine faisait partie intégrante de la culture :

«La médecine forme un vaste ensemble de connaissances, de croyances, de techniques, de rôles, de normes, de valeurs, d'idéologies, d'attitudes, de coutumes, de rituels et de symboles qui s'imbriquent les uns aux autres, renforçant et soutenant ainsi ce système... Dans sa totalité, ce système agit pour résoudre un important problème universel présent dans toutes les sociétés: la maladie.»

Van Amelsvoort 1964a: 13

Van Amelsvoort était «spécialiste de la médecine tropicale» et nourrissait un intérêt particulier pour la culture. Cet intérêt lui a été reconnu au cours de son travail à titre de médecin colonial en Nouvelle-Guinée. Plus tard, il devint professeur de «soins de santé dans les pays en développement» à la faculté de médecine de l'Université de Nijmegen². Le contexte biographique de son travail en anthropologie médicale caractérise l'origine «étrangère» de cette discipline aux Pays-Bas. Cette origine «étrangère» fait référence tant au territoire géographique qu'au territoire professionnel de la discipline. C'est en effet bien loin de chez elle, sous les tropiques, que l'anthropologie médicale des Pays-Bas a pris naissance. De plus, ceux et celles qui lui ont donné naissance n'étaient pas des anthropologues mais bien des médecins.

Initiatives médicales

Je vois deux raisons principales pour lesquelles ce sont les médecins et non les anthropologues qui se sont intéressés les premiers au lien qui existe entre la culture et la médecine. Le caractère social et culturel des problèmes de santé se manifeste de manière plus évidente dans la pratique médicale que dans le travail de recherche anthropologique. Les tentatives des médecins tropicaux visant à améliorer les conditions de santé se sont heurtées à des «barrières culturelles» qui les ont forcés à réfléchir à la nature même de ces dernières ainsi qu'à leur propre mission. Quelle que soit l'opinion qu'ils se sont formée quant aux conséquences pratiques de ces barrières culturelles, bon nombre de ces médecins se sont à tout le moins rendu compte qu'il était crucial d'en savoir plus à leur sujet. Il fallait mieux connaître les cultures locales, et en particulier les cultures médicales.

Cet éveil de l'intérêt culturel chez les médecins tropicaux néerlandais transparait dans les travaux des premiers médecins ayant œuvré dans la colonie néerlandaise des Indes. J. P. Kleiweg de Zwaan (1910) publia une étude sur la médecine indigène du peuple Menangkabau dans la partie nord de Sumatra. J. M. Elshout (1923) fit de même au sujet du peuple Dayak à Bornéo, et J. A. Verdoorn (1941) rédigea, entre autres, une étude sur les sages-femmes traditionnelles autochtones au sein des divers groupes ethniques de cette même colonie. Autre précurseur colonial de l'anthropologie médicale, F. D. E. Van Ossenbruggen, avocat ayant étudié les aspects généraux des cultures indonésiennes locales, s'intéressait particulièrement à la manière dont la maladie et la santé s'imbriquaient dans la culture générale. Il réalisa, notamment, une étude comparative des rituels destinés à combattre la variole parmi les différentes populations (Van Ossenbruggen 1916; voir aussi Diasio 2003; Niehof 2003). En 1964, l'exposé de Van Amelsvoort suivait la tradition des médecins coloniaux, et il en allait de même de l'étude de G. Jansen (1973) sur la relation médecin-patient en territoire bomvana (*Bomvanaland*), en Afrique du Sud. Jansen avait pratiqué la médecine pendant neuf ans à titre de missionnaire auprès de la tribu Bomvana. C'est autour de cette période, soit les années 1970, que les anthropologues néerlandais commencèrent à s'intéresser à l'aspect culturel de la santé et de la médecine et prirent la relève de leurs collègues médecins pour s'occuper d'anthropologie médicale.

L'objectif médical (appliqué) de l'anthropologie médicale a toutefois solidement persisté même après l'arrivée des anthropologues dans ce domaine. Bon nombre des premiers anthropologues médicaux des Pays-Bas collaborèrent de près à des projets médicaux ou furent embauchés dans le cadre de ceux-ci. L'anthropologue Douwe Jongmans, par exemple, quitta l'Université d'Amsterdam pour se joindre à la section de la santé du Royal

Tropical Institute et y mener des recherches auprès des immigrants nord-africains. Sa principale contribution porte sur les perceptions et les pratiques culturelles en matière de fertilité et de limitation des naissances (Jongmans 1974, 1977)³. Dans une certaine mesure, plusieurs autres anthropologues continuèrent à pratiquer l'«anthropologie dans le cadre de la médecine» à l'étranger, mais de plus en plus fréquemment aussi aux Pays-Bas, auprès des immigrants (Van Dijk 1981, 1987).

L'«omission» des anthropologues à saisir l'occasion offerte par les débuts de l'anthropologie médicale pourrait, en deuxième lieu, s'expliquer par leur lassitude à l'égard de la prévalence de l'anthropologie appliquée, au cours la période postcoloniale. Dans les années 1950 et 1960, la majeure partie des anthropologues cherchaient à respecter – autant que possible – le principe de non-intervention. Les «véritables» anthropologues ne devaient pas, croyait-on, se salir les mains en participant à quelque projet de développement que ce soit, que celui-ci ait été mis sur pied par le gouvernement ou par des missionnaires. Les problèmes de maladie et de décès devaient avant tout être étudiés en tant qu'objet de lutte sociale et de cérémonies religieuses. La maladie et la mort, en tant que telles, ne les intéressaient pas. Ce n'est qu'au moment où ces problèmes surgirent dans leur environnement immédiat, les touchant ainsi personnellement, que les anthropologues y réagirent plus activement. Bon nombre d'entre eux, par exemple, se mirent à distribuer des médicaments à «leur famille» et à leurs voisins et à les aider de toutes sortes d'autres manières. Certains étaient même réputés tenir un «rôle de médecin» et allaient jusqu'à afficher des «heures de visite». Ces activités demeurèrent toutefois entièrement distinctes de leur travail scientifique et ne les menèrent pas vers une réflexion anthropologique à ce sujet. Il s'agissait d'activités non seulement qui ne cadraient pas avec la portée de leurs recherches, mais qui entraient aussi en conflit avec les «règles» du travail de terrain de tout anthropologue convenable: la non-intervention et l'*observation* participante (l'accent étant mis sur le premier terme de ce dernier syntagme).

C'est «classique», l'anthropologie a toujours été allergique à la biologie, et cette situation a probablement accru la réticence des anthropologues à prendre part aux affaires médicales. Ce n'est qu'au cours des années 1970 que les anthropologues «découvrirent» le corps et la biologie en tant que phénomènes culturels et qu'ils s'intéressèrent aux questions médicales. C'est à cette époque que remonte la reconnaissance de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas – tout comme dans bien d'autres pays –, ainsi que son entrée au sein de l'anthropologie sociale et culturelle en tant que domaine d'étude prisé⁴.

Xénophilie

L'aspect géographique est un autre élément qui conféra, au cours des premières années, un statut d'étrangère à l'anthropologie médicale aux Pays-Bas. La recherche reconnue comme appartenant au champ de l'anthropologie médicale avait toujours été menée au loin, en territoire étranger, ce qui n'est pas étonnant puisque, à cette époque, l'anthropologie était considérée comme l'étude des «autres cultures», comme le confirme Beattie (1964) dans le titre de son manuel d'anthropologie. Si l'on exagère un peu, on peut dire que ce n'est pas tant le sujet d'une étude, mais bien le lieu où elle se déroule, qui lui confère son caractère «anthropologique». Les études sur les aspects social et culturel de la santé, du corps, de l'esprit, de l'émotion et du bien-être, qui seraient de nos jours considérées comme typiquement anthropologiques, mais qui se déroulaient à l'époque au sein même de la société néerlandaise, furent automatiquement exclues de la littérature anthropologique (pour être plus précis: il n'aurait jamais été envisagé de les inclure ou d'y faire référence; elles n'étaient même pas mentionnées). Inversement, le travail réalisé sous le soleil des tropiques était englobé dans le champ de l'anthropologie, ou était considéré comme pertinent sur le plan anthropologique, même s'il se trouvait plutôt éloigné des volets théorique et méthodologique de l'anthropologie.

J'illustrerai mon point de vue à l'aide de deux exemples⁵. Les études avant-gardistes du médecin, biologiste, psychologue et philosophe F. J. J. Buytendijk (1887-1974) ne sont presque jamais citées dans les publications des premiers anthropologues médicaux néerlandais. La principale préoccupation de Buytendijk peut être décrite comme une tentative cohérente de dépasser la dichotomie corps-esprit, un thème qui, environ 30 ans plus tard, a inspiré l'une des publications les plus influentes de l'anthropologie médicale (Scheper-Hughes et Lock 1987). À partir de données tirées de la physiologie et de l'éthologie, Buytendijk tentait de défendre aux yeux d'un groupe de praticiens des sciences exactes les idées du philosophe français Merleau-Ponty (1908-1961) concernant le corps-objet. Il plaida en faveur d'une «physiologie anthropologique», soit une physiologie qui – comme le suggérait Merleau-Ponty – réagissait de manière significative aux expériences humaines. Il appliqua cette vision aux réactions corporelles telles que le sommeil, l'état de veille, la douleur, la soif, le rougissement, la transpiration et l'évanouissement. Buytendijk se sentait affilié de près au groupe de Heidelberg, en Allemagne, où Viktor von Weizsäcker, Herbert Plügge, Thure Van Uexküll et d'autres travaillaient à défendre leur conception non dualiste de la médecine⁶. Buytendijk, dont le travail a été traduit en anglais, démontre la présence de subjectivité et de réactions très significatives dans les processus physiologiques. Le corps est un produit culturel et

le dysfonctionnement corporel est lui aussi un acte significatif et culturel: une manière d'être humain (Buytendijk 1974). Comme je l'ai déjà dit, les publications de Buytendijk n'étaient pas pertinentes aux yeux des anthropologues culturels. En fait, on s'ignorait mutuellement. Buytendijk quant à lui tirait son inspiration et ses données de la biologie et de la psychologie des humains et des animaux, mais il n'a jamais fait référence aux études portant sur d'autres cultures. On peut mettre en doute le fait qu'il ait lu des travaux anthropologiques, une omission qui, rétrospectivement, est étonnante.

Une histoire semblable pourrait être racontée au sujet du psychiatre néerlandais Van den Berg. Hors des Pays-Bas, Van den Berg est surtout connu pour avoir publié un bref traité sur la psychologie des malades alités, qui a été traduit dans de nombreuses langues. Dans son propre pays, il a considérablement attiré l'attention grâce à son livre intitulé *Metabletica* (1956), une étude sur les changements sociétaux dans une perspective historique. Quelques années plus tard, il a publié sa monumentale étude du corps humain dans une perspective «metabletique» (Van den Berg 1959, 1961). Sa thèse principale consiste à dire que le corps humain s'est modifié avec les époques (son étude remonte jusqu'au XIII^e siècle). Il soutenait non seulement que la *signification* du corps se modifiait continuellement mais aussi que le corps lui-même se modifiait «dans sa matérialité». Le style de raisonnement de Van den Berg ne s'inscrit dans aucune discipline conventionnelle et la meilleure façon de le décrire serait de le qualifier de postmoderniste «avant la lettre». Son argumentation passe par des associations imprévisibles, à partir des peintures de Brueghel, Rubens et Picasso, jusqu'à la vision mystique, en passant par un livre de dévotions, une étude scientifique sur le cœur, un article de journal sur un sauvetage lors d'une noyade, une collection de paroles de chansons, une photographie prise aux rayons X et un édifice conçu par Le Corbusier. Le corps, écrit Van den Berg, reflète les idées et les politiques de son époque. Un point de vue qui, encore une fois, fait couler beaucoup d'encre chez les anthropologues d'aujourd'hui, mais qui est passé inaperçu en ce temps-là. Inversement, on peut souligner que Van den Berg, à l'instar de Buytendijk, n'a manifesté aucun intérêt pour les descriptions du corps humain au sein d'autres cultures faites par les anthropologues. La xénophilie des anthropologues n'a d'égale que la «xénophobie» des autres disciplines dont l'objet d'étude était le corps, la culture et la société⁷.

J'ai souligné les origines divergentes de l'anthropologie médicale néerlandaise. Le mélange d'identité historique et culturelle de cette discipline est le résultat d'une singulière interaction entre l'inclusion et l'exclusion des influences externes. Dans un langage hygiénique, quasi médical, Diasio (1999) parle de «science impure», un choix d'adjectif intentionnellement malheureux, puisque aucun phénomène culturel ne peut demeurer «pur». Poursuivant sa métaphore médicale, la «pureté» implique

bien sûr la stérilité. On pourrait aussi proposer la métaphore anthropologique de l'exogamie pour décrire les caprices de l'anthropologie médicale néerlandaise en matière de géographie et de disciplines⁸.

QUESTIONS ACTUELLES

Décrire la situation actuelle de l'«anthropologie médicale» aux Pays-Bas n'est pas très différent que de parler d'une société multiculturelle. Les gens changent d'identité au gré des circonstances et de leurs intérêts. Les sociologues et les psychologues peuvent décider de se donner le titre d'anthropologue (médical) si cela peut les avantager dans leur travail ou leur milieu universitaire. Inversement, les anthropologues peuvent adopter un autre titre pour la même raison. De plus en plus de gens formés dans une profession (para)médicale décident d'étudier l'anthropologie médicale afin de revenir par la suite à leur profession initiale, sans révéler leur statut d'anthropologue. J'estime qu'en ce moment une cinquantaine d'anthropologues médicaux travaillent dans différents domaines des soins de santé, du travail social et des politiques de santé sans être identifiés comme tels. En lisant la suite de cet article, il faut garder à l'esprit ce caractère fluide de l'«anthropologie médicale».

Chaires d'anthropologie médicale

De nos jours, l'anthropologie médicale est une discipline universitaire bien établie aux Pays-Bas. Elle est enseignée dans différentes universités, mais le noyau de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine est sans l'ombre d'un doute l'unité d'anthropologie médicale de l'Université d'Amsterdam. Au cours des 10 dernières années, 5 professeurs ont été nommés titulaires de chaire en anthropologie médicale ou dans des domaines qui y sont liés de près.

En 1990, Pieter Streefland est nommé professeur en sociologie appliquée au développement, dans le domaine précis de la santé. En 1994, l'Université d'Amsterdam établit pour la première fois une «véritable» chaire d'anthropologie médicale aux Pays-Bas, et Van der Geest en est le titulaire (Van der Geest 1995a). En 1995, Corlien Varkevisser est nommé professeur de recherche interdisciplinaire en santé et développement⁹ et, en 2000, Stuart Blume, professeur en dynamique des sciences et de la technologie, se joint à l'unité d'anthropologie médicale. En 2002, Anita Hardon est nommée professeure d'anthropologie des soins et de la santé.

À l'Université de Leiden, Annemiek Richters occupe la chaire d'études sur la culture, la santé et la maladie de la faculté de médecine. Elle est diplômée en médecine, en anthropologie, en sociologie et en philosophie, et elle s'est spécialisée dans les questions de genre, de traumatismes et de droits de la personne. À l'Université libre d'Amsterdam, Ivan Wolffers occupe un poste de professeur en culture et en soins de santé à la faculté de médecine, et Joop de Jong est professeur de psychiatrie transculturelle à cette même faculté. À Utrecht, David Ingleby est professeur de psychologie interculturelle. À l'Université de Nijmegen, Frank Kortmann, est professeur de psychiatrie transculturelle (son adage favori étant: « toute la psychiatrie est transculturelle »).

Enseignement¹⁰

Depuis 1978, l'Université d'Amsterdam offre un cours d'introduction à l'anthropologie médicale destiné à la fois aux étudiants d'anthropologie et à ceux d'autres disciplines. Ce cours était donné à l'origine par Klaas van der Veen et Sjaak van der Geest. Plus tard, d'autres se sont joints à eux: Anita Hardon, Anja Krumeich, Cor Jonker, Els van Dongen, Ria Reis, Maud Radstake, Marian Tankink et Diana Gibson. Avec les années, d'autres cours se sont également ajoutés à celui-ci, tels que santé et développement (Corlien Varkevisser, Trudie Gerrits, Winny Koster), anthropologie et psychiatrie (Els van Dongen, Han ten Brummelhuis), genre et santé génésique (Anita Hardon, Jeanet van de Korput, Trudie Gerrits, Lia Sciortina), médecine et dynamique des sciences (Stuart Blume, Anja Hiddinga, Olga Amsterdamska), anthropologie du vieillissement (Sjaak van der Geest, Els van Dongen), anthropologie des maladies infectieuses (Pieter Streefland), anthropologie et épidémiologie (Anita Hardon et Walter Devillé), l'anthropologie et les enfants (Ria Reis, Anita Hardon) ainsi que trois cours sur les aspects régionaux de l'ethnographie de la santé et des soins de santé: Afrique (Sjaak van der Geest, Ria Reis), Asie (Han ten Brummelhuis, Pieter Streefland, Leontine Visser, Maarten Bode) et Europe (Els van Dongen).

En 1997, l'unité d'Amsterdam a mis sur pied un programme international de maîtrise en anthropologie médicale, l'«AMMA»¹¹, qui attire chaque année de 15 à 20 étudiants provenant des quatre coins du monde. Depuis 2003, cette unité offre (en néerlandais) le programme de maîtrise en anthropologie médicale et en sociologie.

Des cours en anthropologie médicale (ou liés de près à ce sujet) se donnent dans trois universités, outre celle d'Amsterdam. L'Université libre d'Amsterdam offre deux cours aux étudiants de médecine: « culture et

santé» ainsi que « santé et développement »¹² et Anja Krumeich, de l'Université de Maastricht, enseigne l'introduction à l'anthropologie médicale¹³. Plusieurs cours sont offerts à l'Université de Leiden. L'un d'eux s'intitule « Sociologie médicale des pays en développement ». Ce cours a débuté en 1971 et le premier à l'avoir organisé était Willem Buschkens¹⁴, dont l'une des préoccupations était de combler le fossé entre les professeurs de médecine et les sociologues ou anthropologues en matière de développement de la santé. Après le décès de Buschkens, c'est Hans Speckman¹⁵ et Jan Slikkerveer qui ont pris la relève. D'autres cours de l'Université de Leiden sont de la responsabilité d'Annemiek Richters. Ils sont donnés à l'école de médecine et portent sur la santé et les droits de la personne ainsi que la médecine multiculturelle¹⁶. À l'Université d'Utrecht, David Ingleby organise des cours dans le domaine de la psychologie culturelle et interculturelle¹⁷.

Recherche¹⁸

Il n'est pas possible de rendre justice à toutes les activités de recherche en anthropologie médicale menées aux Pays-Bas, et je présente à l'avance mes excuses pour les nombreuses omissions que je commettrai dans le cadre du présent exposé. La majeure partie de la recherche pouvant être classée dans le champ de l'« anthropologie médicale » a été menée par le groupe de recherche de l'Université d'Amsterdam. On estime qu'au cours des 25 dernières années, 20 thèses de doctorat et une centaine de mémoires de maîtrise ont été déposés par des membres de l'unité d'Amsterdam ou sous la direction de ceux-ci. Combinés aux autres projets de recherche, ces documents couvrent une gamme inimaginable de sujets, dont nous pouvons dégager six thèmes principaux.

Le premier traite des perceptions et des pratiques concernant la santé et la maladie. Ce thème, selon lequel la santé et la maladie, ainsi que les réactions à leur endroit, sont des phénomènes sociaux imbriqués dans les conventions culturelles, a constitué l'élément déclencheur d'une vaste gamme d'explorations en anthropologie médicale. Cette perspective sur la santé et la maladie a inspiré bien des recherches sur les variations culturelles dans la conception et le traitement de certaines maladies, telles que la malaria, la tuberculose, le VIH-sida, les troubles nutritionnels et les maladies chroniques, comme l'épilepsie et le diabète. D'autres projets portent sur les traditions thérapeutiques ainsi que les concepts d'hygiène et de prévention¹⁹.

Le deuxième thème traite des connaissances et de la technologie médicales, notamment les produits pharmaceutiques et l'immunisation. Pendant plus de 20 ans, l'unité d'Amsterdam a joué un rôle de pionnier en

matière d'étude anthropologique des produits pharmaceutiques. L'autre facette de la technologie médicale ayant été étudiée est le contexte social, culturel et historique de l'immunisation. Cette recherche, fondée sur une approche comparative, a été menée dans sept pays différents. Plus récemment, l'histoire de la production de la science et de la technologie médicales a été ajoutée au programme de recherche de cette unité²⁰.

Un troisième thème porte sur le genre, la santé génésique et les politiques démographiques. La recherche liée à ce thème vise à mieux comprendre comment les hommes et les femmes régissent leur fertilité et comment ils perçoivent leur santé en matière de reproduction. Grâce à ces projets, les chercheurs contribuent à améliorer l'acceptabilité culturelle des interventions axées sur le genre en matière de santé génésique. Une attention particulière est accordée à l'influence des politiques démographiques sur la qualité des services de planification des naissances. Bien qu'on ait beaucoup écrit au sujet de la violation des droits des femmes liés à la procréation dans les pays en voie de développement, aucune recherche n'a, jusqu'à maintenant, porté directement sur la manière dont les femmes et les hommes pourraient eux-mêmes prendre la parole à ce sujet. Une recherche, menée dans sept pays, traite de l'élaboration et du fonctionnement des programmes de planification de naissances ainsi que des progrès réalisés en matière de technologies de régulation de la fertilité²¹.

Un quatrième thème couvre la maladie chronique et le vieillissement, notamment les soins de longue durée et le « travail sans fin » des personnes souffrantes. L'étude anthropologique et sociologique des maladies chroniques, de la vie des personnes âgées et de l'organisation des soins de longue durée reflète à la fois les tendances changeantes en matière de morbidité et de mortalité ainsi que la préoccupation actuelle quant aux politiques de soins de santé en général. Les soins aux personnes âgées atteintes de maladie chronique, qui sont souvent offerts à domicile, exigent un effort et un investissement financier de plus en plus grand. L'unité d'Amsterdam explore les variantes sociales et culturelles de ce type de soins mais se concentre aussi sur la manière dont les personnes âgées, atteintes de maladie chronique et handicapées, « prennent soin » d'elles-mêmes et se mêlent à la vie publique. L'« aspect public » de la vie de ces personnes constitue un autre thème de recherche. Cette recherche vise à formuler des suggestions quant à des politiques adéquates à cet égard²².

En cinquième lieu, l'unité effectue de la recherche en santé mentale. Le fardeau des problèmes de santé mentale est susceptible de s'alourdir au cours des temps à venir, ce qui fera obstacle au développement mondial et à l'émancipation humaine. Les questions importantes de ce champ de recherche sont la migration et la santé mentale, la violence et le traumatisme, la « tendance à la morosité » de la société, l'abus d'alcool ou de drogues,

l'oppression, la pauvreté, la formation de l'identité et la mémoire sociale. L'anthropologie médicale explore les variantes sociales et culturelles ayant trait à la santé mentale et tente de formuler des suggestions sur les mesures à prendre. Elle contribue aussi à l'élaboration de théories pouvant permettre la comparaison interculturelle²³.

Finalement, l'unité se concentre sur les politiques et la gestion des soins de santé. Les soins de santé communautaires retiennent une attention spéciale, puisqu'il s'agit d'une tentative cohérente de remettre les soins dans les mains de ceux qui sont le plus concernés. La perspective profane se situant au cœur des intérêts de l'anthropologie, il est tout à fait logique que cette dernière s'intéresse à la manière dont les soins de santé fonctionnent à l'échelle communautaire et aux autres paliers de l'organisation sociomédicale. Une attention toute particulière est accordée à la réaction du profane aux pressions exercées par le changement structurel. Les conséquences sociales des politiques de réforme des soins de santé, par exemple le partage des coûts, sont aussi au cœur de ces intérêts²⁴.

Outre ces thèmes, c'est probablement à l'anthropologie des produits médicaux qu'on a accordé le plus d'attention à l'échelle internationale. En 1991, l'unité d'Amsterdam organisait une conférence internationale à ce sujet en collaboration avec l'Université de Copenhague. De plus, cette unité a publié plusieurs ouvrages et articles qui sont à l'origine de nouvelles tendances en « anthropologie pharmaceutique » (Van der Geest et Whyte 1988; Hardon 1989; Etkin et Tan 1994; Van der Geest *et al.* 1996; Senah 1997; Tan 1999; Whyte *et al.* 2002). Les autres thèmes de recherche auxquels l'unité d'Amsterdam a apporté une contribution substantielle sont l'immunisation (Blume et Geesink 2000; Streefland 2001; Streefland *et al.* 1999) et la santé génésique (Hardon 1998; Hardon et Hayes 1997).

La position de chef de file de l'unité d'Amsterdam en matière de recherche se reflète aussi dans d'autres activités. En effet, cette unité dirige la publication de la revue néerlandaise et anglaise *Medische Antropologie* et de trois collections: *Health, Culture and Society*, *Current Reproductive Health Matters* et *Community Drug Use Studies*.

Les activités de recherche d'Annemiek Richters et de ses collègues à l'Université de Leiden portent sur divers thèmes, notamment, la violence qui s'exerce en fonction du genre, le trauma, la santé et la guérison, la qualité des soins liés à la fonction reproductive prodigués aux femmes migrantes aux Pays-Bas, la médecine traditionnelle et les politiques en matière corporelle s'appliquant aux femmes dans le contexte de la mondialisation, la santé et les droits de la personne, ainsi que le VIH-sida selon une perspective culturelle. Le principal centre d'intérêt de la recherche est l'effet de la mondialisation sur l'identité des genres, et la violence qui s'exerce en fonction du genre (Richters 1998, 2001; Hof et Richters 1999). À cette

même université, Jan Slikkerveer a pendant de longues années travaillé sur les systèmes de connaissances locales, notamment les connaissances médicales (Slikkerveer 1993; Warren *et al.* 1995).

À la faculté de médecine de l'Université libre d'Amsterdam, Ivan Wolffers dirige un projet de recherche sur le sida et la migration dans quelques pays d'Asie. Ce programme comprend plusieurs projets de recherche centrés sur la compréhension des facteurs qui créent la vulnérabilité chez les migrants. Cette recherche vise le renforcement des moyens d'action et se concentre sur les interventions et les outils de défense des intérêts (Wolffers *et al.* 2002). La recherche menée sur les dangers pour la santé qu'entraîne le travail sexuel pratiqué dans plusieurs pays d'Asie est un dérivé de ce projet. À cette même université, Joop de Jong participe à la recherche sur la violence de la guerre et la santé mentale en Afrique, en Asie et en Europe. En outre, les travaux de recherche d'Arko Oderwald portent sur les aspects philosophique et éthique de la santé et des soins de santé. Oderwald a beaucoup publié sur les questions de santé et de maladie présentes dans l'imaginaire littéraire et les documents traitant du moi (Oderwald 1994, 2001).

À l'Université de Maastricht, Bernike Pasveer et ses collègues dirigent un projet de recherche sur le « corps médiatisé » (*The Mediated Body*). Mobilisant différents angles de vue, soit la médecine, les arts et la philosophie, à la fois sous l'aspect historique et contemporain, l'étude repose sur l'hypothèse de recherche selon laquelle la connaissance médicale du corps humain ainsi que l'expérience subjective du corps sont des phénomènes influencés par les procédures et instruments de médiation servant à étudier et à représenter le corps. Au lieu de supposer que les instruments médicaux de visualisation sont des fenêtres transparentes ouvertes sur un corps donné, l'hypothèse consiste à dire que ce qui est connu du corps, de même que l'expérience que les gens ont de leur propre corps, est médiatisé par les nombreux instruments de production et de représentation de la connaissance ou en sont le résultat.

Un peu dans la même veine, Annemarie Mol, philosophe médicale à l'Université de Twente, étudie les contingences sociales et culturelles de la science et des pratiques biomédicales. Ses publications portent sur le genre, le corps, la technologie et la littérature. Pour l'un de ses ouvrages (Mol 2002), la recherche ethnographique s'est déroulée dans un hôpital néerlandais.

À l'Université de Nijmegen, Fenneke Reyssoo participe à une recherche sur les processus sociaux de la sexualité et des choix en matière de reproduction. L'accent est mis sur les déterminants socio-économiques (situation matrimoniale, structure familiale, conditions de logement, division rurale-urbaine, religion, sécularisation, exposition aux médias de masse et pouvoir d'achat), ainsi que sur les systèmes de sens relatifs au genre, à

l'amour, à l'honneur et à la honte, au mariage, à la réputation, au pouvoir et à la propriété. Une partie de cette recherche se fonde sur la documentation ethnographique de divers pays, et une autre partie sur une collecte de données se déroulant actuellement au Maroc.

Questions administratives

Les projets de recherche dirigés par les universités néerlandaises se rattachent habituellement aux grandes écoles, pour permettre aux nouveaux chercheurs et aux chercheurs chevronnés d'y participer, notamment les candidats au Ph. D. La majeure partie de cette recherche est financée par les universités, par les ministères néerlandais et par des commanditaires tels que l'OMS, l'Union européenne, les fonds commerciaux et les ONG. Les écoles de recherche sont évaluées par des commissions externes.

La plupart des recherches mentionnées dans le présent exposé sont rattachées à l'Amsterdam School of Social Science Research (ASSR), à la Research School for Resource Studies for Development (CERES) et à la Netherlands Graduate School of Science, Technology and Modern Culture (WTMC).

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET ÉTHIQUES

La diversité des thèmes de recherche en anthropologie médicale néerlandaise n'a d'égale que celle des concepts et des perspectives théoriques. Par un certain « tour de force », nous pouvons toutefois discerner quelques thèmes plus ou moins situés au cœur des discussions théoriques. Six concepts théoriques méritent une mention spéciale : le potentiel symbolique du phénomène médical ; le pouvoir lié à la pensée, à la technologie et aux actes médicaux ; la mondialisation et la localisation des connaissances et des pratiques médicales ; la relation entre la biologie et la culture ; la représentation des patients et l'applicabilité de la recherche. Ces concepts et perspectives recoupent les thèmes déjà présentés. Les considérations éthiques sont enchevêtrées dans tous ces concepts mais plus particulièrement dans les deux derniers.

Les symboles sont la « substance » de la pensée et de l'action humaines. La culture est de plus en plus considérée comme un univers de symboles communs. Grâce aux symboles, les gens communiquent leur vécu en matière de relations sociales et d'expériences culturelles. Si la maladie et la santé sont au centre de la culture et de la société, il n'est pas étonnant que la sphère de la maladie et du bien-être, tout comme celle de la chance et de la malchance, soit celle qui fournisse le plus grand nombre de métaphores et de métonymies utilisées pour ordonner l'existence et lui conférer un sens ainsi que pour communiquer avec autrui. Dans ce réseau, le corps occupe la place centrale à titre d'expérience primaire. Ainsi, le corps malade devient le « topo » de la vulnérabilité dans un environnement hostile ou indifférent, le corps affligé par la maladie chronique représente le malaise chronique de la société et le corps vieillissant devient une métaphore d'un monde ayant perdu tout attrait. L'épidémie mondiale de sida est peut-être l'exemple le plus déroutant du symbolisme de la destructivité.

Le corps sain tout comme le corps malade ou handicapé est le point de référence intime à partir duquel, et par lequel, les gens explorent le monde. L'immédiateté de l'expérience corporelle infuse des symboles corporels d'une force rhétorique toute particulière. Ces symboles permettent aux gens de supposer que certaines contingences « vont de soi », et de concrétiser des expériences restées jusque-là diffuses. La médicalisation et la somatisation ne font pas simplement partie intégrante des pratiques médicales professionnelles, elles sont aussi les éléments constitutifs de la vie quotidienne des citoyens ordinaires.

L'approche anthropologique de la maladie et de la santé jette un éclairage sur la manière dont les gens produisent la culture et la société et sur le fait qu'en retour ils sont eux-mêmes les « produits » des processus sociaux et culturels. Les phénomènes médicaux, en ce qu'ils sont porteurs de connotations (« idée plutôt valorisée »), constituent une sphère d'étude cruciale pour les anthropologues néerlandais.

Hégémonie médicale: acceptation et résistance

Si les phénomènes médicaux occupent une place aussi centrale dans la production de symboles et dans le maintien des relations sociales, alors il est compréhensible qu'ils se prêtent aussi facilement à l'exercice du pouvoir. Les discours médicaux contribuent à la construction d'autrui en tant qu'être nécessitant aide et encadrement, et les services médicaux sont les

moyens politiques par lesquels cet encadrement se concrétise. Introduisant le concept de « biopouvoir » (le pouvoir de guérir au lieu du pouvoir de tuer), Foucault a figuré au nombre de ceux qui ont attiré l'attention sur la dimension politique du phénomène médical. Certains anthropologues néerlandais appliquent à cette dimension de la médecine un autre concept, soit celui de la « naturalisation ». Dans la pratique médicale, le social est déclaré « nature », et il est présenté comme allant de soi.

Non seulement la connaissance médicale et les soins de santé sont les produits d'une autorité d'État qui prend soin de ses citoyens, mais elle confère aussi à cet État le droit d'exister et facilite l'exercice du pouvoir politique. La médecine tropicale, par exemple, a apporté une contribution essentielle à l'instauration des régimes coloniaux et a servi à les légitimer. La santé publique joue le même rôle dans la société néerlandaise. Inversement, toute défaillance dans la prestation des soins de santé place les gouvernements en grand danger politique.

Le pouvoir et la vie politique sont aussi liés de bien d'autres manières au « secteur médical ». La recherche épidémiologique montre que les inégalités sociales et économiques sont les meilleurs facteurs de prédiction de la santé et de l'accès aux soins de santé. La pauvreté, au sens économique, signifie habituellement un manque de maîtrise sur son propre corps et sur sa santé. La professionnalisation des soins de santé et la monopolisation de la maîtrise sur la technologie médicale sont des exemples d'enchevêtrement du pouvoir et du médical.

En dernière analyse, la recherche sur la configuration des soins et du pouvoir psychiatriques montre que la culture est non seulement une force obligatoire mais aussi un système manipulateur qui marginalise, ostracise, stigmatise et punit. La marginalisation des personnes âgées dans la société démontre à quel point les « faiblesses » sociales et physiques sont liées de près.

Mondialisation et localisation des ententes sur les soins de santé

La force du symbolisme médical s'exprime vigoureusement dans les processus de mondialisation et de localisation, c'est-à-dire dans la diffusion de la médecine bioscientifique et les réinterprétations, ou résistances locales, à l'égard de cet empiètement. Ce développement mondial est étudié de près dans le cadre de la recherche sur les campagnes de vaccination et sur la distribution, l'utilisation et la perception des produits pharmaceutiques, notamment les contraceptifs. Les processus mondiaux d'expansion et d'adaptation sont aussi illustrés par la recherche sur l'histoire sociale de la production des connaissances et de la technologie médicales.

Dans le contexte d'une politique internationale visant à réduire la croissance de la population, les contraceptifs sont disséminés jusque dans les coins les plus reculés du monde. Le cycle de vie des technologies contraceptives, de leur création jusqu'à leur application en passant par leur production, démontre clairement la tension entre la mondialisation et la localisation. La recherche sur les pratiques contraceptives porte sur cette question, tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale, et montre comment les consommateurs et les producteurs de ces techniques s'influencent mutuellement.

L'ambiguïté de la mondialisation par rapport à la localisation se manifeste dans la rencontre difficile entre les traditions médicales exogènes et indigènes. En Inde, par exemple, l'hégémonie des produits pharmaceutiques occidentaux se bute à l'opposition de l'Ayurveda. Les produits pharmaceutiques ayurvédiques procurent aux cultures indiennes des symboles concrets et évocateurs pour exprimer leur propre identité en contrepoint des images occidentales (Bode 2002).

L'étude de la perception et de l'usage réel des produits pharmaceutiques montre comment l'effet de la dissémination des produits pharmaceutiques à l'échelle mondiale est atténué par la réinterprétation culturelle à l'égard de ces produits. Ceux-ci acquièrent en effet de nouveaux sens locaux pouvant s'écarter radicalement de leur définition biomédicale « mondiale » (Whyte *et al.* 2002).

La mondialisation joue aussi un rôle dans la recherche sur les perceptions et les pratiques de vaccination, par exemple, en ce qui a trait aux points de vue dominants quant à la prévention des maladies et à la protection de la santé. Les études reposant sur une perspective multiple montrent comment les objectifs internationaux se traduisent en programmes et pratiques nationales et locales. Ces changements souvent substantiels dans le contenu des objectifs peuvent fausser la communication entre les divers paliers d'organisation et entraîner des problèmes considérables sur le plan des politiques.

La coproduction de la biologie et de la culture

L'anthropologie et la biologie ont longtemps entretenu un double rapport de fascination et d'hostilité. Ce rapport découle en partie de la critique contre le biologisme et le scientisme, et il a été grandement modelé par ce concours de circonstances. Malheureusement, les discussions se sont souvent soldées par des points de vue inconciliables de nature déterministe : réductionnisme culturel s'opposant au réductionnisme biologique. Les anthropologues doivent éviter ces faux raisonnements fondés sur une pensée exclusive. Ils doivent étudier à la fois le caractère culturel de la biologie et

les caractéristiques biologiques de la culture. Le rejet de la pensée dualiste constitue l'un des principaux enjeux et objectifs de l'anthropologie médicale.

L'inséparable unité du « corps-sujet » (terme de Merleau-Ponty) peut difficilement être mieux observée et décrite qu'au moyen de l'expérience de la maladie et du rétablissement. Sur le plan corporel, les conséquences physiques de la fabrication de sens sont indéniables et la maladie ainsi que le bien-être apparaissent eux-mêmes comme les « co-productions » de la nature et de la culture. Il est impossible de dégager une signification de la cause, de l'étiologie, de l'expression et de l'expérience des plaintes concernant la santé sans replacer celles-ci dans une perspective sociale et culturelle.

En anthropologie, le corps est vu non seulement comme l'arène où se déroule la bataille entre la « nature » et la « culture », mais aussi comme le lieu où la réconciliation est possible. Le corps humain constitue en soi une démonstration convaincante de l'insoutenable de la dichotomie cartésienne.

Représentation des patients

Les études anthropologiques sur la santé et la maladie dépeignent souvent les patients comme des récepteurs « patients » et « passifs » des soins prodigués par autrui, par exemple les professionnels et les proches. Certaines publications traitent des institutions ainsi que des mesures afférentes aux soins et à l'intervention médicale mais accordent peu d'attention au « travail sans fin » (pour paraphraser Strauss) accompli par les patients eux-mêmes. Les soins de santé n'existent pas uniquement dans le cadre des établissements et de l'expertise professionnels, mais ils constituent un processus continu qui implique de « se soigner » et d'« être soigné ». Les études sur les activités des soins de santé s'intéressent surtout à leurs effets *interactionnels* (ce que les patients font en réaction à ce que les autres leur font, et vice-versa) et *transformationnels* (comment les mesures afférentes aux soins médicaux et les patients se transforment à la suite de ce processus interactionnel). Les anthropologues néerlandais veulent se concentrer davantage sur les patients, considérés comme les protagonistes situés au cœur et en périphérie de la prestation des soins de santé, mais aussi au cœur et en périphérie de la production des nouvelles connaissances biomédicales et des nouveaux outils thérapeutiques et de diagnostic. Dans certaines circonstances, des groupes de patients réussissent à influencer le développement de la science biomédicale (Blume et Catshoek 2002). Les anthropologues cherchent à promouvoir une plus grande influence des patients sur le contenu de la recherche en santé et sur la manière dont celle-ci est réalisée.

Applicabilité

L'application des résultats de recherche représente un défi pratique et théorique constant. La façon d'utiliser les résultats de la recherche anthropologique est une épineuse question. Souvent, une meilleure compréhension du fonctionnement de certains phénomènes et des raisons qui en sont à l'origine entraîne plus de paralysie que de dynamisme quant à la recherche de solutions concrètes. Si tous les phénomènes sont interdépendants, comme l'affirment souvent les anthropologues, alors comment est-il possible de passer à l'action? Résultat: les professionnels des disciplines plutôt pragmatiques ne souhaitent souvent pas s'engager dans la recherche anthropologique, et les anthropologues se soucient rarement de ce qui se fait ou pourrait se faire avec leurs recherches.

Le fossé doit être comblé entre le travail pratique, d'une part, ainsi que la théorie et l'ethnographie, d'autre part. La recherche anthropologique doit aussi mener à des conclusions pratiques. Les applications de la recherche constituent une part essentielle de la quête anthropologique. L'application pratique de l'acquisition de connaissances approfondies implique de prendre sérieusement en considération les idées et les intérêts des « autres ». De plus, si le pragmatisme l'emporte, il est possible de vaincre l'ethnocentrisme universitaire et le cloisonnement trop répandu de la discipline (Van der Geest 1995b).

L'un des principaux problèmes de la recherche appliquée se résume ainsi: ce sont ceux à qui les résultats s'adressent le plus qui y ont le moins accès. Il arrive souvent que les résultats d'une recherche menée à titre de service à l'intention des moins nantis ne soient présentés qu'aux plus nantis, qui ont directement intérêt à ce que la situation ne change pas.

L'accent mis sur le pragmatisme en tant que défi objectif et théorique peut être observé dans de nombreux projets de recherche présentés dans cette étude. Les études sur l'« usage communautaire de médicaments » tentent, d'une part, de formuler des recommandations en vue d'un meilleur usage de la médication et, d'autre part, de tenir compte sérieusement des idées de ceux qui utilisent « à tort » les médicaments. On se heurte à une tâche similaire dans la recherche sur les divers aspects de la santé génésique qui révèle des notions et des pratiques pouvant être nuisibles d'un point de vue biomédical mais qui ont une grande valeur dans la culture locale. La manière dont les gens affrontent les maladies comme la tuberculose et le VIH-sida oblige l'anthropologue à faire face à un problème similaire et exige une grande créativité de sa part, afin de reformuler des recommandations de changement respectueuses, qui tiennent compte de la culture.

Ce respect de la culture n'est toutefois pas aveugle et dépourvu de sens critique. En dernière instance, le respect pour la culture doit prendre racine dans le respect des *personnes*, c'est-à-dire ceux et celles qui vivent dans cette culture. La défense des traditions culturelles que les membres de cette culture considèrent comme oppressives deviendrait une nouvelle forme d'impérialisme culturel, un ethnocentrisme inversé. En gardant ces éléments à l'esprit, les anthropologues médicaux doivent chercher des solutions respectueuses qui reçoivent l'aval et l'appui des principaux intéressés (Van der Geest et Reis 2002).

PERSPECTIVES

Il est difficile de prédire l'avenir de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas, mais deux types de développements sont susceptibles de se produire. Le premier nous ramène au paragraphe d'ouverture de cet article. L'anthropologie médicale s'éloignera de plus en plus de ses origines « étrangères » et rentrera au « bercail ». L'unité d'Amsterdam encourage activement la recherche dans sa propre société comme en témoigne sa participation à trois conférences internationales sur l'« anthropologie médicale à l'échelle locale » (1998, 2001, 2003).

Le retour au bercail de l'anthropologie médicale néerlandaise est aussi stimulé par les changements sur la scène de l'épidémiologie. Les maladies chroniques et la vieillesse attirent de plus en plus l'attention. Le centre d'intérêt se déplace de l'intervention médicale active vers les préoccupations en matière de soins et d'attention sociale. Le rôle du contexte social et culturel prend de l'importance tout comme l'étude de ce contexte par les anthropologues.

Le nombre accru de citoyens d'origine étrangère, dont les perceptions culturelles en matière de santé et de médecine sont différentes, constitue un troisième facteur nourrissant le besoin de recherche anthropologique dans la société néerlandaise. Les anthropologues attirent l'attention sur la « culturalisation » des problèmes de santé parmi les citoyens migrants (Van Dijk 1998) et sur les politiques d'exclusion dans les soins de santé. Un grand nombre d'initiatives (recherche et cours) ont été mises en place concernant l'interculturalisation de la santé et des soins de santé²⁵.

Ces trois raisons expliquent ce « retour au bercail » et supposent une plus grande collaboration entre les anthropologues, les professionnels de la santé et les patients. Les anthropologues médicaux seront chassés de leur paradis de « pure » anthropologie. Les vieilles racines de médecine appliquée de l'anthropologie médicale seront revitalisées, mais le portrait obtenu sera plus complexe qu'auparavant.

Remerciements

La rédaction d'un exposé sommaire sur un champ aussi varié que celui de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas constitue une entreprise délicate, en particulier pour celui ou celle qui s'y trouve submergé, comme c'est le cas de l'auteur. Je remercie les nombreux collègues qui m'ont aidé à colliger l'information (tout particulièrement Annemiek Richters et Rob van Dijk) et je présente toutes mes excuses pour les omissions et la « partialité » dont je fais preuve (en faveur d'Amsterdam). J'ai amplement cité des extraits d'un document, que j'ai rédigé à l'intention de ma propre unité de recherche, à l'Université d'Amsterdam (MASU 2003). Les autres exposés consultés sont ceux de Diasio (2003), Richters (1983) et Streefland (1986).

Notes

1. L'anthropologie médicale n'a pas de véritable date de naissance, mais 1953 fut indéniablement une année importante au cours de laquelle, Caudill, dans le cadre de son travail de formation des psychiatres, rédigea un texte dans *Anthropology Today*, de Kroeber, au sujet de « l'anthropologie appliquée à la médecine » (Caudill 1953). Dix ans plus tard, Scotch publiait son commentaire sur le travail en anthropologie médicale, qu'il commençait comme suit : « [...] Dans toutes les cultures, il existe un construit autour des principales expériences de vie relativement à la santé et à la maladie ainsi qu'un corps substantiel et intégral de croyances, de savoir et de pratiques. » (Scotch 1963 : 30) Il s'agissait alors de l'une des premières tentatives pour définir l'objet d'étude de l'anthropologie médicale.
2. Vincent van Amelsvoort est décédé en 2001. Pour de brèves biographies sur sa vie, voir les diverses contributions au numéro de *Festschrift* consacré à son départ à la retraite, (Braakman 1986), ainsi qu'un article nécrologique en [néerlandais] (Van der Geest et Hamel 2001).
3. En 1983, Douwe Jongmans devint professeur d'« étude interculturelle de la fertilité humaine » à l'Université d'Utrecht. Il a pris sa retraite en 1986. Pour plus d'information sur sa vie et son œuvre, consulter le numéro de *Festschrift* consacré à son départ à la retraite (Hoogbergen et de Theije 1986).
4. Je soupçonne que l'anthropologie médicale se soit développée en adoptant des chemins semblables dans d'autres pays. Les précurseurs les plus connus de l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne, par exemple, sont les médecins (Rivers, Lewis, Loudon) et il en va de même aux États-Unis (Ackerknecht, Paul et Kleinman). À propos des racines médicales de l'anthropologie médicale britannique, voir Diasio (1999 : 44-122).
5. Un autre exemple, plus ancien (non inclus dans mon bref exposé), est le travail des hygiénistes néerlandais, au XIX^e siècle, en particulier celui de Pruys van der Hoeven, pour qui la nature sociale et politique de la santé et de la maladie devait primer. Richters (1983) et Diasio (1999, 2003) ont traité du lien – non admis – entre les hygiénistes et l'anthropologie médicale.
6. À Heidelberg, le terme *Medizinische Anthropologie* (anthropologie médicale) a été utilisé bien longtemps avant que son équivalent ne soit adopté ailleurs (notamment dans le monde anglophone), mais il avait un autre sens : la réflexion philosophique sur la maladie, la santé et la guérison (Von Weizsäcker 1927). Par conséquent, les anthropologues médicaux allemands ont été incapables d'adopter ce terme pour désigner l'anthropologie médicale, puisqu'il recouvrait déjà une autre notion. Les Allemands cherchent toujours avec difficulté à trouver un terme acceptable pour nommer cette discipline, que leurs collègues hors de l'Allemagne appellent « anthropologie médicale ».
7. La prédilection des anthropologues pour les « choses venues de loin », ou l'exotisme, était bien sûr un type inversé d'ethnocentrisme. À ce propos, voir plus loin Van der Geest (2002a).
8. Il est peut-être possible de dire que l'anthropologie médicale néerlandaise est maintenant axée sur l'étranger d'une troisième manière. La littérature présentée dans ses cours est principalement étrangère, ce qui montre une forme extrême de non-chauvinisme. Les auteurs néerlandais sont rarement mentionnés dans les manuels les plus connus des lecteurs du domaine de l'anthropologie médicale. L'étude la plus ambitieuse sur les fondements de l'anthropologie médicale, rédigée par un auteur néerlandais, est entièrement consacrée à un débat au sujet de l'école américaine de Kleinman et effleure à peine les réalisations de l'« école néerlandaise » (Richters 1991). Pour un résumé en anglais et un aperçu de cette étude, voir Maretzki (1994).

9. Elle donna sa première conférence en 1995 sur le thème de la recherche sur les systèmes de santé (Varkevisser 1996).
10. Un exposé assez élaboré – mais maintenant dépassé – sur les cours en anthropologie médicale aux Pays-Bas fut publié il y a quelques années dans *Anthropology and Medicine* (Van Dongen 1997).
11. On peut trouver de l'information exhaustive sur l'AMMA (Amsterdam Master's in Medical Anthropology) dans le site Web [http://www2.fmg.uva.nl/amma/], (dernière consultation, juin 2004). On peut également commander une brochure auprès du secrétariat (amma@pscw.uva.nl).
12. Information : Anke van der Kwaak (a.van_der_kwaak.social@med.vu.nl), (dernière consultation, juin 2004).
13. Information : Anja Krumeich (A.Krumeich@ZW.unimaas.nl).
14. Willem Buschkens, qui se surnommait lui-même « sociologue non occidental », a travaillé au Surinam, en Éthiopie et en Somalie. Il est décédé en 1991. Pour obtenir une brève biographie, voir Speckman (1991).
15. Hans Speckman s'est spécialisé dans les aspects social et culturel de la planification des naissances. Il a mené des recherches et il a enseigné au Surinam, en Indonésie et ailleurs. Il est décédé en 1997. Pour une brève biographie, voir Van der Geest (1997).
16. Information : Annemiek Richters (j.m.richters@lumc.nl).
17. Information : D.Ingleby@fss.uu.nl
18. Les activités de recherche et les publications dans le domaine de l'anthropologie médicale sont trop nombreuses pour être mentionnées. Pour un aperçu des travaux de recherche et des publications des membres et chercheurs associés de l'unité d'anthropologie médicale d'Amsterdam, de 1993 à 2002, voir MAU (1997) et MASU (2003).
19. Les publications dans ce domaine sont notamment : Nijhof (2002), Reis (2001), Van Dongen et Fainzang (2002), Van Duursen *et al.* (2002).
20. Certaines publications à ce sujet : Adome *et al.* (1996), Amsterdamska et Hiddinga (2000), Blume (1997, 1998, 1999, 2000, 2002), Blume et Geesink (2000), (Bode 2002), Gibson (2001), Streefland (1995, 2001), Vermeulen (2000), Whyte *et al.* (2002), Zaman (2004).
21. Publications traitant de santé génésique : Gerrits (2002), Hardon (1998), Hardon et Hayes (1997), Koster (2003), Krumeich (1994).
22. Publications sur la vieillesse, les soins de longue durée et les maladies chroniques sont notamment : Nijhof (2002), Van der Geest (2002 b), Van Dongen (2002 a), von Faber (2002), von Faber *et al.* (2001).
23. Les publications sur la santé mentale sont notamment : Van Dongen (2000, 2002b, 2002c, 2003), Van Dongen et Van Dijk (2000).
24. Certaines publications sur les politiques et l'intervention en matière de santé : Arhinful (2003), Streefland (1998), Vulpiani *et al.* (2000).
25. Les anthropologues médicaux néerlandais participent à une grande recherche européenne sur l'exclusion des migrants des soins de santé nationaux dans neuf pays européens, voir à ce sujet Vulpiani *et al.* (2000). Il existe un centre d'expertise en santé mental interculturelle dans le domaine de la diversité ethnique et culturelle (MIKADO). Son principal objectif est d'offrir de meilleurs soins en santé mentale par l'amélioration du transfert des connaissances, la promotion de l'expertise interculturelle et la recherche introductive. Information : n.sonmez@mikado-ggz.nl, [www.mikado-ggz.nl], (dernière consultation, juin 2004).

Références

- ADOME R.O., S. R. WHYTE et A. HARDON, 1996, *Popular Pills: Community Drug Use in Uganda*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- AMSTERDAMSKA O. et A. HIDDINGA, 2000, « The Analysed Body » : 33-417, dans J. Pickstone et R. Cooter (dir.), *Medicine in the twentieth century*. London, Harwood Publishers.
- ARHINFUL D.K., 2003, *The Solidarity of Self-interest: Social and Cultural Feasibility of Rural Health Insurance in Ghana*. Leiden, African Studies Centre, Research Report 71.
- BEATTIE J., 1964, *Other Cultures. Aims, Methods and Achievements in Social Anthropology*. Londres, Routledge.
- BLUME S., 1997, « The Rhetoric and Counter Rhetoric of a "Bionic" Technology », *Science Technology et Human Values*, 22 : 31-56.
- , 1998, « From Bench to Bush: Problems of Vaccine Development and Their Analysis » : 82-169, dans P. Streefland (dir.), *Problems and Potential in International Health*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- , 1999, « Histories of Cochlear Implantation », *Social Science et Medicine*, 49 : 68-1257.
- , 2000, « Medicine, Technology and Industry » : 85-171, dans J. Pickstone et R. Cooter (dir.), *Medicine in the Twentieth Century*. Londres, Harwood Academic Publishers.
- , 2002, « Testing and Empowerment: On the Boundary Between Hearing and Deafness », *Medische Anthropologie*, 14, 1 : 55-69.
- BLUME S. et I. GEESINK, 2000, « Vaccinology: an Industrial Science? », *Science as Culture*, 9 : 41-72.
- BLUME S. et G. CATSHOEK, 2002, *Articulating the Patient Perspective: Strategic Options for Research*. Utrecht, Stichting Patiënten Praktijk.
- BODE M., 2002, « Indian Indigenous Pharmaceuticals: Tradition, Modernity and Nature » : 184-203, dans W. Ernst (dir.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*. Londres et New York, Routledge.
- BRAAKMAN M. (dir.), 1986, *Gezondheidszorg en kultuur kritisch bekeken. Medisch-anthropologische opstellen aangeboden aan Prof. Dr. Vincent F.P.M. van Amelsvoort*. Groningen, Konstapel.
- BUSCHKENS W. F. L., 1982, « R.A.J. van Lier en de ontwikkeling van de Leidse Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden » : 73-163, dans B. F. Galjart (dir.) « Een andere in een ander. » *Liber amicorum voor R.A.J. van Lier*. Leiden, ICA-Publications, n° 52.
- BUYTENDIJK F. J. J., 1974, *Prolegomena to an Anthropological Physiology*. Pittsburgh, Duquesne University Press. (Version originale allemande 1965).
- CAUDIL W., 1953, « Applied Anthropology in Medicine » : 771-806, dans A.L. Kroeber (éd.), *Anthropology Today*. Chicago, University of Chicago Press.

- DIASIO N., 1999, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris, Presses universitaires de France.
- , 2003, « Traders, Missionaries and Nurses and Much More. Early Trajectories towards Medical Anthropology in The Netherlands », *Medische Antropologie*, 15, 2: 263-86.
- ELSHOUT J.M., 1923, *Over de geneeskunde der Kenja-Dajak in Centraal-Borneo in verband met hun godsdienst*. Amsterdam. Johannes Müller.
- ETKIN N. L. et M. L. TAN (dir.), 1994, *Medicines: Meanings and Contexts*. Quezon City, Health Action Information Network.
- GERRITS T., 2002, « Infertility and Matrilineality. The Exceptional Case of the Macua »: 46-233, dans M. C. Inhorn et F. van Balen (dir.), *Infertility around the Globe: New Thinking on Childless, Gender and Reproductive Technology*. Los Angeles. University of California Press.
- GIBSON D., 2001, « Negotiating the New Health Care System in Cape Town, South Africa », *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4: 515-532.
- HARDON A. P., 1989, *Confronting ill Health: Medicines, Self-Care and the Poor in Manila*. Quezon City, Health Action Information Network.
- HARDON A. P., 1998, (dir.) *Beyond Rhetoric: Participatory Research on Reproductive Health*. Amsterdam, Spinhuis.
- HARDON A., P. BOONMONKON, P. STREEFLAND, M.L. TAN, T. HONGVIVATANA, S. VAN DER GEEST, AL. VAN STAA AND C. VARKEVISSER, 1994, *Applied Health Research Manual. Anthropology of Health and Health Care*. Amsterdam, Het Spinhuis (édition révisée en 2000).
- HARDON A.P. et L. HAYES (dir.), 1997, *Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on the Quality of Care*. Londres, Zed Press.
- HOF C. et A. RICHTERS, 1999, « Exploring Intersections between Teenage Pregnancy and Gender Violence. Lessons from Zimbabwe », *African Journal of Reproductive Health*, 3, 1: 51-66.
- HOOGBERGEN W. et M. DE THEIJE (dir.), 1986, *Vruchtbaar onderzoek. Essays ter ere van Douwe Jongmans*. Utrecht, Instituut voor Culturele Antropologie, ICAU Mededelingen 24.
- JANSEN G., 1973, *The Doctor-Patient Relationship in an African Tribal Society*. Assen, Van Gorcum.
- JONGMANS D.G., 1974, « Socio-Cultural Aspects of Family Planning: an Anthropological Study at the Village Level »: 33-64, dans D. G. Jongmans et H. J. M. Claessen (dir.), *The Neglected Factor. Family Planning. Perception and Reaction at the Base*. Assen, Van Gorcum.
- , 1977, « Gastarbeider en gezondheidszorg. Eer en zelfrespect: De Noord-Afrikaanse boer en de overheid », *Medisch Contact*, 32: 509-12.
- KLEIWEG DE ZWAAN J.P., 1910, *De geneeskunde der Menangkabau-Maleiers*. Amsterdam, Meulenhoff.

- KOSTER W., 2003, *Secret strategies. Women and Induced Abortion in Yoruba Society, Nigeria*. Amsterdam, Aksant.
- KRUMEICH A., 1994, *The Blessings of Motherhood. Health, Pregnancy and Child Care in Dominica*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- MARETZKI T.W., 1994, « A Dutch View on Medical Anthropology: Criticisms and Suggestions », *Social Science et Medicine*, 39, 11: 1579-84.
- MEDICAL ANTHROPOLOGY/SOCIOLOGY UNIT (MASU), 2003, *Social Studies of Health and Health Care. An Overview of Projects and Publications (1997-2002)*. Amsterdam, MASU.
- MEDICAL ANTHROPOLOGY UNIT (MAU), 1997, *Research by the Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam. An Overview of Projects (1993-1997)*. Amsterdam, MAU.
- MOL A., 2002, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham, NC, Duke University Press.
- NIEHOF A., 2003, « The Indonesian Archipelago as Nursery for Leiden Anthropology. Supplementary Notes to Nicoletta Diasio », *Medische Antropologie*, 15, 2: 292-95.
- NIJHOF G., 2002, « Parkinson's Disease as a Problem of Shame in Public Appearance »: 188-198, dans S. Nettleton et U. Gustafson (dir.), *Sociology of Health and Fitness*. Cambridge. Polity Press.
- ODERWALD A.K., 1994, *Lijden tussen de regels*. Zoetermeer, NCCZ.
- , 2001, *Vertrouwd anders*. *Medische Antropologie*, 13, 1: 36-45.
- REIS R., 2001, « Epilepsy and Self-Identity Among the Dutch », *Medical Anthropology*, 19, 4: 355-82.
- RICHTERS A. J.M., 1983, « De medische antropologie. Een nieuwe discipline? », *Antropologische Verkenningen*, 2, 3: 39-69.
- , 1991, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Delft, Eburon.
- , 1998, « Sexual Violence in Wartime. Psycho-Sociocultural Wounds and Healing Processes: The Example of the Former Yugoslavia »: 112-128, dans P.J. Bracken et C. Petty (dir.), *Rethinking the Trauma of War*. Londres, Free Association Books.
- , 2001, « Gender Violence, Trauma and Healing in Situations of Ethno-National Conflicts: The Cases of Former Yugoslavia and Tajikistan »: 137-165, dans F. Reysoo, *Hommes armés, femmes aguerries. Rapports de genre en situations de conflit armé*. Berne, Commission nationale suisse pour l'UNESCO.
- SCHEPER-HUGHES N. et M. J.M. LOCK, 1987, « The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly* NS, 1, 1: 6-41.
- SCOTCH N.A., 1963, « Medical Anthropology », *Biennial Review of Anthropology* 1963: 30-68.
- SENAH K.A., 1997, *Money Be Man: The Popularity of Medicines in a Rural Ghanaian Community*. Amsterdam, Het Spinhuis.

- SLIKKERVEER L. J. et al. (dir.), 1993, *The Expert Sign. Semiotics of Culture. Towards an Interface of Ethno and Cosmologies*. Leiden, DSWO Press.
- SPECKMANN J. D., 1991, «In Memoriam Willem Frederik Lodewijk Buschkens», *Medische Antropologie* 3 (2): 25-322.
- STREEFLAND P. H., 1986, «Medical Anthropology in Europe. The State of the Art. The Netherlands», *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 4: 91-94.
- , 1990, *Zoeken naar een evenwicht*. Inaugural lecture. Universiteit van Amsterdam / Koninklijke Instituut voor de Tropen.
- , 1995, «Enhancing Coverage and Sustainability of Vaccination Programmes. An Explanatory Framework with Special Reference to India», *Social Science et Medicine*, 41, 5: 647-56.
- , 1998, (dir.), *Problems and Potentials in International Health. Transdisciplinary Perspectives*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- , 2001, «Public Doubts about Vaccination Safety and Resistance against Vaccination», *Health Policy*, 55, 3: 72-159.
- STREEFLAND P. H., A. M. R. CHOWDHURY et P. RAMOS-JIMENEZ, 1999, «Patterns of vaccination acceptance», *Social Science et Medicine*, 49, 12: 1705-1716.
- TAN M.L., 1999, *Good Medicine. Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- VAN AMELSVOORT V.F.P. M., 1964a, *Early Introduction of Integrated Rural Health into a Primitive Society. A New Guinea Case Study in Medical Anthropology*. Assen, Van Gorcum.
- , 1964b, «Medische antropologie, een terreinverkenning», *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 108: 90-1289.
- VAN DEN BERG J.H., 1956, *Metablica of leer der veranderingen*. Nijkerk, Callenbach.
- , 1959, *Het menselijk lichaam. Een metablicisch onderzoek*. Volume 1: *Het geopende lichaam*. Nijkerk, Callenbach.
- , 1961, *Het menselijk lichaam. Een metablicisch onderzoek*. Volume 2: *Het verlaten lichaam*. Nijkerk, Callenbach.
- VAN DER GEEST S., 1995a, «Hoe gaat 't?» Vijf opmerkingen over medische antropologie en ethnocentrisme. Inaugural Lecture, Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam.
- , 1995b, «Editorial. Overcoming Ethnocentrism. How Social Science and Medicine Relate and Should Relate to one Another», *Social Science et Medicine*, 40, 7: 869-72.
- , 1997, «In memoriam Hans Speckmann (1928-1997)», *Medische Antropologie*, 9, 2: 430-33.
- , 2002a, «Introduction. Ethnocentrism and Medical Anthropology»: 1-23, dans S. Van der Geest et R. Reis (dir.), *Ethnocentrism. Reflections on Medical Anthropology*. Amsterdam, Aksant.
- , 2002b, «Respect and Reciprocity. Care of Elderly People in Rural Ghana», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17, 1: 3-31.

- VAN DER GEEST S. et S. R. WHYTE (dir.), 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht, Kluwer.
- VAN DER GEEST S., S. R. WHYTE et A. HARDON, 1996, «The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach», *Annual Review of Anthropology*, 25: 78-153.
- VAN DER GEEST S. et J. HAMEL, 2001, «In Memoriam Vincent van Amelsvoort (1931-2001)», *Medische Antropologie*, 13, 1: 165-67.
- VAN DER GEEST S. et R. REIS (dir.), 2002, *Ethnocentrism: Reflections on Medical Anthropology*. Amsterdam, Aksant.
- VAN DIJK R., 1981, *Ziekte en ziektegedrag bij Marokkaanse arbeiders in Nederland. Een terreinverkenning*. Hilversum, JAC 't Gooi.
- , 1985, «Mijn gezondheid is gebarsen als glas!» *Arbeidsgeschiedenis Marokkanen en Turken in de eerste lijn in Bos en Lommer*. Amsterdam, OSA.
- , 1987, *De dokter vertelde dat ik niet meer beter word? Turkse arbeidsgeschiedenissen en somatische fixatie*. Amsterdam, OSA.
- , 1998, «Culture as Excuse: The Failures of Health Care to Migrants in The Netherlands»: 243-250, dans S. Van der Geest et A. Rienks (dir.), *The art of medical anthropology. Readings*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- VAN DONGEN E., 1997, «Courses in Medical Anthropology: The Netherlands», *Anthropology et Medicine*, 4, 3: 26-321.
- , 2000, «Anthropology and Psychiatry. Two of a Kind but Where is the Other?»: 123-456, dans V. Skultans et J. Cox (dir.), *Anthropological Approaches to Psychological Medicine. Crossing Bridges*. Londres, Jessica Kingsley.
- , 2002a, «Skeletons of the Past, Flesh and Blood of the Present. Remembrance and Older People in a South African Context»: 77-257, dans S. Makoni et K. Stroecken (dir.), *Ageing in Africa. Sociolinguistic and Anthropological Approaches*. Aldershot, Ashgate.
- , 2002b, *Walking Stories. An Oddnography of Mad People's Lives*. Amsterdam, Rozenberg Publishers.
- , 2002c, «Contesting Reality: Therapists and Schizophrenic People in a Psychiatric Hospital in the Netherlands»: 67-90, dans S. Van der Geest et R. Reis (dir.), *Ethnocentrism. Reflections on Medical Anthropology*. Amsterdam, Aksant.
- , 2003, *Worlds of Psychotic People*. Londres/New York, Routledge.
- VAN DONGEN E. et S. FAINZANG (dir.), 2002, *Towards a Medical Anthropology of Lying*. Numéro special *Anthropology et Medicine*, 9, 2.
- VAN DONGEN E. et R. VAN DIJK, 2000, «Migrants and Health Care in the Netherlands»: 47-69, dans P. Vulpiani, J. Comelles et E. van Dongen (dir.), *Health for All, All in Health*. Rome, Cides/Alisei.
- VAN DUURSEN N., R. REIS et H. TEN BRUMMELHUIS, 2002, *Dezelfde zorg voor iedereen? Een explorerende studie naar 'allochtonen' en 'autochtonen' met chronische buikklachten*. Amsterdam, Slotervaartziekenhuis, University of Amsterdam.

- VAN OSSENBRUGGEN F. D. E., 1916, «Het primitieve denken, zoals dat zich uit voornamelijk in pokengebruiken op Java en elders. Bijdrage tot de pre-animistische theorie», *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde van Nederlandsch-Indië*, 71 : 1-370.
- VARKEVISSER C. M., 1996, *Health Systems Research. De knikkers en het spel*. Inaugural lecture, University of Amsterdam, Royal Tropical Institute.
- VERDOORN J. A., 1941, *Verloskundige hulp voor de inheemsche bevolking van Nederlandsch-Indië: Een sociaal medische studie*. Gravenhage, Boekencentrum.
- VERMEULEN E., 2000, *Een proeve van leven. Praten en beslissen over extreme te vroeg geboren kinderen*. Amsterdam, Aksant.
- VON FABER M., 2002, *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Rotterdam, Optima.
- VON FABER M., A. BOOTSMA-VAN DER WIEL, E. VAN EXEL, J. GUSSEKLOO, G. LAGAAY, E. VAN DONGEN, D. KNOOK, S. VAN DER GEEST et R. WESTENDORP, 2001, «Successful Aging in the Oldest Old. Who Can Be Characterized as Successfully Aged?», *Archives of Internal Medicine*, 161 : 2694-2700.
- VON WEIZSÄCKER V., 1927, «Ueber medizinische Anthropologie», *Philosophischer Anzeiger*, 2 : 236.
- VULPIANI P., J. COMELLES et E. VAN DONGEN (dir.), 2000, *Health for All, All in Health. European Experiences on Health care for Migrants*. Rome, Cidis/Alisei.
- WARREN D. M., L. J. SLIKKERVEER et D. BROKENSCHA, (dir.), 1995, *The Cultural Dimension of Development. Indigenous Knowledge Systems*. Londres, Intermediate Technology Publications.
- WHYTE S. R., S. VAN DER GEEST et A. HARDON, 2002, *Social Lives of Medicines*. Cambridge, Cambridge University Press.
- WOLFFERS I. I. HERMANDEZ, S. VERGHIS et M. VINK, 2002, «Sexual Behaviour and Vulnerability of Migrant Workers for HIV infection», *Culture, Health et Sexuality*, 4, 4 : 459-73.
- ZAMAN S., 2004, *Broken Limbs, Broken People. Life in a Hospital Ward in Bangladesh*. Amsterdam, Aksant.