

---

# L'hôpital

Janina Kehr et Fanny Chabrol

---

- 1 Qu'est-ce qu'un hôpital ? A cette question très simple, il n'est pas aisé de répondre. Et pourtant, rares sont les lieux qui sont investis d'autant de projections et de fantasmes dans notre imaginaire collectif (Bonah & Filliquet, 2016). L'hôpital est un échelon structurant de l'organisation des systèmes de santé, un lieu où se pratique la médecine et où de multiples professions médicales et non-médicales travaillent ensemble. Cette institution située au cœur de la biomédecine est devenue, depuis une vingtaine d'années, un terrain privilégié des chercheurs en anthropologie de la santé. Plusieurs numéros spéciaux récents de revues anglophones et francophones en rendent compte (Finkler et al., 2008 ; Fortin & Knotova, 2013 ; Long et al., 2008 ; Street & Coleman, 2012 ; Van der Geest & Finkler, 2004). Ces propositions pour une ethnographie hospitalière ont mis en avant l'hôpital comme miroir de la société et de sa culture, domaine dans lequel les valeurs se (re)définissent, un espace qui condense la vie et la mort (Long et al., 2008). Récemment, l'hôpital est figuré comme hétérotopie au sens foucauldien du terme, comme un lieu à la fois réel et imaginé, fictif et productif, où des utopies sont effectivement réalisées (Foucault, 1984). C'est un espace à la fois perméable et délimité, ordonné et ouvert, imprévisible et opaque (Street & Coleman, 2012). Dans l'ensemble, les anthropologues ont conçu l'hôpital comme une fenêtre sur le vaste monde biomédical contemporain, mettant l'accent sur la manière dont les hôpitaux « fonctionnent » (Finkler et al., 2008), ou dont ils représentent ou « ordonnent » (Street & Coleman, 2012) le monde social (Street, 2014). Cherchant à prendre une part active aux discussions sur, et aux conceptualisations de l'hôpital, ce dossier thématique d'*Anthropologie & Santé* réunit des articles ethnographiques, ancrés dans des approches « classiques » d'anthropologie médicale, tout en ouvrant de nouvelles pistes de recherche. Les auteurs abordent l'hôpital en reliant de manière originale le lieu hospitalier aux pratiques – médicales, infirmières, bureaucratiques et comptables – exercées en son sein. A mesure que le regard ethnographique s'éloigne des problématiques propres à la médecine hospitalière, l'on appréhende les productions et propriétés de l'hôpital en tant que tel.

## De l'ethnographie hospitalière à l'anthropologie de l'hôpital

- 2 Dès les années 1950, l'hôpital a été investi par les chercheurs en sociologie et anthropologie, afin d'y mener des enquêtes qualitatives et ethnographiques sur la pratique médicale, l'expérience du soin, les relations soignants-soignés, le corps, les trajectoires thérapeutiques, ainsi que les politiques sanitaires et institutionnelles dans différentes parties du monde (Fortin & Knotova, 2013). Des dossiers récents dans des revues anthropologiques – dont le dernier en français dans *Anthropologie et Sociétés* (Fortin & Knotova, 2013) – proposent une revue de littérature exhaustive. Il n'est donc pas utile de procéder à une telle entreprise ici mais plutôt de souligner combien des approches qui conçoivent l'hôpital comme institution médicale où se croisent science, clinique, économie et affects demeurent saillantes et riches pour les thématiques abordées dans ce dossier.

### Interactions : professionnels et patients dans le monde clinique

- 3 Les premières études dans les années 1950 et 1960 en Europe et aux Etats-Unis, reposant sur une présence longue du chercheur dans les services hospitaliers, ont porté sur la vie des patients et sur les mondes sociaux créés et recréés dans les services où ils restaient pendant de longues périodes d'hospitalisation, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques (Goffman et al., 1968 ; Zussman, 1993). Anselm Strauss a conceptualisé l'hôpital en termes de monde social en proposant d'étudier l'« hôpital et son ordre négocié », l'hôpital comme lieu de négociations entre les différentes professions concernées par son fonctionnement. Il a aussi analysé la gestion de la mort avec les premières ethnographies du mourir à l'hôpital (Strauss et al., 1985 ; Strauss, 1996). Il a ainsi posé les bases d'une sociologie interactionniste dans le champ de la santé. Les tenants de cette approche ont perpétué un intérêt particulier pour les professions et les institutions médicales (Freidson, 1984) ainsi que les interactions de soin – avec un regard sur certaines spécialités médicales, certains lieux clés de l'hôpital comme les Urgences (Peneff, 1992 ; Vassy, 2004) – et certains espaces où les enjeux moraux se posent de manière particulièrement accrue comme la réanimation en néonatalogie (Paillet, 2007) ou la chirurgie (Pouchelle, 2010). Ces études ont contribué à nourrir la sociologie des professions, notamment les connaissances sur la production genrée des professions médicales, et ont participé à faire connaître l'éthique médicale en pratique et en actes, en particulier autour de la naissance et de la mort (Couilliot et al., 2011 ; Kaufman, 2005 ; Le Marcis & Grard, 2015). Ces travaux abordent les questions organisationnelles et les problèmes existentiels de la vie de l'hôpital, comme par exemple les trajectoires des patients ou les enjeux de pouvoir et conflits entre professions médicales et paramédicales (Arborio, 2002 ; Vega, 1999).
- 4 Analysant les interactions entre médecins pratiquant des médecines non-conventionnelles et patients âgés, Lucia Candelise et Gilles Remillet dans ce dossier montrent comment, au sein d'un hôpital italien, non seulement différentes professions, mais également différentes médecines interagissent – la biomédecine, l'homéopathie et l'acupuncture. En prenant pour exemple un hôpital régional en transformation, les auteurs montrent que l'hôpital contemporain peut abriter différentes approches

thérapeutiques, qui témoignent des multiples manières dont les frontières entre sciences médicales et pratique clinique sont négociées au jour le jour selon les contraintes et les opportunités que les systèmes de santé en transformation ouvrent.

## Frontières : science médicale et pratique clinique

- 5 L'hôpital a été au centre des travaux sur la naissance de la clinique comme espace d'enseignement et de production de savoirs (Foucault, 1963 ; Foucault *et al.*, 1976 ; Gaudillière, 2006). L'histoire et la sociologie des sciences et des techniques a entrevu l'hôpital comme un espace technique où les frontières du normal et du pathologique, du stérile et du non-stérile s'évanouissent (Keating & Cambrosio, 2003), et où « des corps multiples » (Mol, 2002) sont produits par les savoirs et les technologies dans l'interaction de différentes spécialités médicales autour du patient. Au fil des décennies, l'hôpital en tant que lieu de production de savoirs s'est redéfini à mesure que les essais cliniques se sont imposés comme la forme normalisée de production de connaissances à partir des années 1950 (Amrith, 2004 ; Marks, 1999). La médecine est modifiée lorsque ce savoir est appliqué en clinique en tant que « médecine basée sur les preuves » (Ecks, 2008 ; Brives *et al.*, 2016), qui a comme conséquence la standardisation et la hiérarchisation des « bonnes pratiques » cliniques. Les études sur le cancer soulèvent, dès les années 1970, la question économique et épistémologique du caractère expérimental des interventions, mais aussi surtout des médicaments (Keating & Cambrosio, 2012). L'économie de la recherche clinique a ainsi transformé les hôpitaux partout dans le monde, notamment dans les pays du Sud où les promoteurs d'essais cliniques et de programmes de coopération médicale ont créé des enclaves de prise en charge médicale, creusant les inégalités avec les autres services hospitaliers (Sullivan, 2012). Cela a été démontré dans le cas du sida en Afrique subsaharienne avec l'arrivée, ou plutôt la « massification », des traitements antirétroviraux qui ont d'abord été proposés sous un mode expérimental pour les sujets participant à la recherche clinique (Nguyen, 2009 ; Chabrol, 2014b). En somme, l'hôpital n'est pas seulement une institution clinique mais aussi une institution scientifique, où différentes épistémologies et espaces – comme le laboratoire et la clinique – s'entrechoquent, et où des acteurs non-cliniques – comme l'industrie pharmaceutique – façonnent les enjeux de prise en charge des malades, le travail diagnostique, et l'expérience de la maladie.
- 6 Armelle Lorcy et Eve Dubé montrent comment, dans cinq hôpitaux canadiens, les frontières entre l'espace de l'hôpital et l'espace du laboratoire sont réorganisées par de nouvelles technologies diagnostiques au chevet du patient, aussi bien dans une logique d'amélioration de la pratique clinique, que dans une logique de contrainte budgétaire s'exerçant de plus en plus sur les systèmes de santé. Les innovations scientifiques et technologiques sont étroitement imbriquées avec des impératifs économiques dans le soin hospitalier.

## Gestion : maladies et médicaments

- 7 En prenant le cas français comme un exemple parmi d'autres études, on voit tôt émerger l'hôpital comme objet d'impératifs économiques, en lien avec les dépenses élevées qu'engendrent les soins hospitaliers pour la sécurité sociale. Dans la continuité d'un intérêt pour son histoire économique (Domin, 2013), les transformations les plus récentes

de l'hôpital ont été mises au jour, notamment les logiques de rationalisation et le nouveau management public mettant l'hôpital « sous pression » (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2013), ainsi que les effets de « marchandisation » avec la tarification à l'activité en France (Juven, 2016). La science politique française reconnaît les vertus d'une « ethnographie au chevet de l'action publique » permettant, dans l'hôpital, d'observer la fabrication de l'action publique (Belorgey, 2012). Plus largement, comme l'a déjà remarqué Paul Starr dans les années 1980, l'essor des hôpitaux révèle la manière dont l'idéologie du marché s'est introduite progressivement dans une vieille institution de charité (Starr, 1982). Aujourd'hui, l'hôpital est bel et bien un espace de création de richesse et de gestion, en somme, un espace économique.

- 8 En étudiant les dispositifs de gestion financière de l'hôpital, Pierre-André Juven montre comment se fait et se définit l'économie des hôpitaux publics contemporains à mesure que ceux-ci se convertissent à la création de valeurs et de profits avec l'installation d'une logique de rentabilité de l'activité. L'hôpital est loin d'être un espace prioritairement gouverné par des logiques cliniques ou médicales, mais un espace profondément "économisé" (de plus en plus gouverné par des rationalités économiques), dans lequel la financiarisation néolibérale de l'activité médicale interfère directement dans les pratiques cliniques.
- 9 Ces approches d'économie politique ont été mobilisées pour étudier la dispensation de traitements pharmaceutiques, pour des maladies spécifiques. L'hôpital a toujours été un site privilégié pour étudier la prise en charge des maladies et des malades, du point de vue des patients comme de celui des professionnels de santé, comme par exemple les pathologies infectieuses telles que le sida (Fassin 2008b ; Sullivan, 2012 ; Brada, 2011 ; Chabrol, 2014a), la tuberculose (Draus, 2004 ; Kehr, 2012 ; Keshavjee, 2014 ; Koch, 2013), ou bien le cancer (Derbez & Rollin, 2016 ; Livingston, 2012 ; Menoret, 2007), mais aussi les maladies chroniques et la gestion de la fin de vie (Kaufman, 2005). L'étude des services de maladies infectieuses à l'apogée de l'épidémie de sida en Afrique, puis de la mise en place de programmes d'accès aux médicaments (Fassin, 2008b ; Livingston, 2012 ; Chabrol, 2014a) a mis en évidence des enclaves de soins gratuits (Sullivan, 2012) au sein des systèmes de santé en crise permanente ayant des effets violents sur la prise en charge des malades (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Ces inégalités sont renforcées par l'afflux de médecins et de chercheurs dans les hôpitaux et dans les ONG internationales et la place grandissante des essais cliniques dans l'accès aux soins (Rottenburg, 2009 ; Nguyen, 2010). Ces travaux sur les maladies et les médicaments à l'hôpital suivent les problématiques médicales et scientifiques, organisées de manière essentiellement nosologique (Engelmann & Kehr, 2015), tout en s'ouvrant plus largement sur des questions d'économie politique, faisant écho aux travaux sur l'économie ou l'économicisation de l'hôpital, devenu un sujet de recherche à part entière.

## L'intangible : affects et temporalités

- 10 Les temporalités et les affects gouvernent et ordonnent l'hôpital, comme Alice Street l'a récemment montré à travers son ethnographie d'un hôpital public en Papouasie Nouvelle-Guinée (Street, 2012). Dans un monde où « nous sommes constamment bombardés avec les succès de la biomédecine et les espoirs et promesses de sociétés de plus en plus biomédicalisées<sup>1</sup> » (Jain & Kaufman 2011 : 183), les imaginaires de l'avenir façonnent tout autant la pratique clinique que les expériences des patients. La mort

« technologisée » (Kaufman, 2005), la médicalisation controversée de la fin de vie (Kaufman, 2015), les incertitudes et les promesses de guérison dans le domaine du cancer (Jain, 2013 ; Livingston, 2012) ou encore l'absence d'imaginaire d'avenir dans le domaine des « pathologies du passé » comme la tuberculose (Kehr, 2012) montrent comment espoirs et peurs quant à l'avenir, traces du passé, expériences intimes de diagnostic et de pronostics s'entremêlent dans des « espaces affectifs » (Street, 2012).

- 11 Dans son article, Elodie Berenguer montre comment, pour les professionnels, les épisodes maniaques conditionnent l'espace et le temps d'un service psychiatrique hospitalier. Le traitement de l'épisode maniaque n'est pas seulement motivé médicalement, mais avant tout par ce que l'auteure nomme « l'économie morale du soin », c'est-à-dire des pratiques cliniques « saturées d'affects, de valeurs et de normes implicites », qui ont une longue histoire dans le soin psychiatrique, et qui prennent forme au sein d'espaces bien spécifiques sur le plan architectural comme le sont les chambres d'isolement. Ces temporalités et affects orientent les manières dont les maladies sont traitées et vécues à l'hôpital, et agissent directement sur les sites hospitaliers, qui opèrent dans un contexte de compétition pour attirer des patients et cumuler des essais. A partir d'une recherche au Vanuatu, Sanga Stuber décrit deux hôpitaux aux temporalités très différentes : le vieil hôpital public d'un côté, l'hôpital bateau en mission de l'autre, qui accoste quelques jours dans l'île et qui crée des attentes et des espoirs parmi la population auxquels cette infrastructure éphémère ne répond pas entièrement.

## Matérialités : lieu, architecture, supports

- 12 Appréhender les hôpitaux par leur histoire (Dupont, 2010 ; Chauveau, 2012), et en particulier leur histoire architecturale, a donné lieu à de nombreuses publications (Duhau & Lestienne, 2017). L'organisation de l'espace est censée permettre le travail médical, la guérison des patients et le contrôle de la transmission des infections. L'infrastructure et la matérialité des hôpitaux et des asiles suscitent l'intérêt des observateurs dans une approche monographique : de nombreuses monographies historiographiques d'hôpitaux ont ainsi été réalisées en Europe, avec les cas exemplaires des sanatoriums qui étaient jusqu'aux années 1950-1960 des microsociétés à part entière, de véritables villes. En Espagne, par exemple, les grands hôpitaux universitaires construits entre les années 1960 et 1980 sont appelés « villes sanitaires », comme cela est le cas de l'hôpital qui figure sur la couverture de ce dossier thématique : la *Cuidad sanitaria La Paz*. L'architecture hospitalière est un domaine foisonnant : le sanatorium était emblématique du lieu pensé pour soigner mais aussi pour isoler, l'architecture et le bâtiment dans son environnement portaient les fondements de la guérison dans une époque précédant les antibiotiques (Kehr & Condrau, 2016 ; Venkat, 2016). La technologie, les visions du progrès et du développement laissent leurs traces dans les lieux de soins et de science comme le montre par exemple Ruth Prince au sujet d'un hôpital financé par la Russie dans les années 1960 dans une grande ville du Kenya, un hôpital dès lors surnommé « *Russia* » (Prince, 2016). A la croisée de l'histoire et de l'anthropologie, ces travaux exhument ces traces du temps et des affects dans les bâtiments eux-mêmes et dans la singularité de lieux abandonnés et pourtant toujours habités (Lachenal *et al.*, 2016). On voit aussi resurgir d'autres formes anciennes comme le navire-hôpital conçu pour porter secours aux blessés ou naufragés, devenu une arme de diplomatie sanitaire pour la Chine dans le Pacifique tel qu'analysé par Sanga Stuber.

- 13 Saisi aujourd'hui ainsi par son infrastructure ruinée mais toujours imposante, l'hôpital se laisse admirer et produit des histoires photographiques (Bonah & Filliquet, 2016 ; Lachenal *et al.*, 2016) et même des bandes dessinées (Collectif, 2016 ; Sulaiman, 2016). Les hôpitaux sont des infrastructures de médecine et de science, emblématiques des traces laissées par les attentes passées (Geissler, 2013 ; Lachenal, 2013). Qu'il s'agisse de la façade d'un hôpital au Niger, dont les travaux de rénovation masquent difficilement la vacuité de l'intérieur (Masquelier, 2001), ou les transformations engagées avec la construction d'une centaine d'hôpitaux par le gouvernement chinois sur le continent africain, la présence des hôpitaux dans leur environnement compte et engage les citoyens qui les fréquentent, se rappellent d'autres époques, et craignent de n'y rencontrer que l'impuissance et le vide. En Afrique et ailleurs, l'hôpital (public) c'est l'Etat, sa puissance comme sa vacuité.
- 14 Josiane Tantchou saisit ainsi la présence et l'absence de l'Etat dans un hôpital du Nord Cameroun, région dans laquelle l'Etat est devenu invisible. C'est dans la matérialité de supports graphiques et scripturaux que l'auteure saisit ce paradoxe de la visibilité et l'invisibilité de l'Etat : les « papiers » fixent et rappellent les tarifs de consultation, redéfinissent en permanence les rôles des professionnels et des patients et les règles de bienséance qui régissent le fonctionnement de l'hôpital malgré les pénuries de moyens matériels et le manque de professionnels de santé dans un environnement sahélien extrême sur le plan climatique et géopolitique.

## L'hôpital en tant que tel

### Productions / infrastructures

- 15 L'hôpital ne produit pas que des actes de soin, il produit beaucoup d'autres choses. Il produit des papiers analysés comme des « artefacts graphiques » (Hull, 2012) par Josiane Tantchou : le carnet de santé, le bulletin d'examen, le certificat médical et un reçu spécifique. En décryptant les interactions autour de ces supports écrits, elle analyse la routinisation des pratiques médicales, les résistances et les détournements, et montre comment ceux-ci font et produisent l'hôpital bureaucratisé et la maladie elle-même. Ses propositions engagent à interroger l'hôpital comme une véritable bureaucratie médicale, en prenant au sérieux la manière dont la bureaucratisation influence les pratiques professionnelles et dont l'hôpital est appréhendé par les usagers. Tout en revisitant les travaux pionniers des années 1980 (Freidson, 1983), il nous semble important d'analyser l'hôpital comme une bureaucratie parmi d'autres, ce que des travaux récents en anthropologie ont commencé à saisir (Graeber, 2017 ; Gupta, 2012).
- 16 L'hôpital est aussi une grande « fabrique de déchets » (Hodges, 2017). Il utilise des « *single-use plastic items* » comme des seringues, gants et poches de sang, c'est-à-dire tout un bataillon de matériel jetable en plastique que Sarah Hodges appelle « *processional infrastructure of disposable hygiene* ». L'hygiène jetable permet de contrôler certains risques inhérents aux gestes médicaux, mais en génère d'autres malgré toutes les précautions prises. Il est aussi un lieu iatrogène, où se produisent des contaminations et des maladies (infections nosocomiales), un lieu anxigène, comme le montre l'article de Dubé et Lorcy, lorsque les nouveaux tests rapides de détection de multi-résistance quittent les laboratoires pour être désormais introduits au chevet du malade. Loin des représentations courantes sur la propreté et la stérilité des hôpitaux, l'hôpital apparaît comme ici un espace contaminé par des microbes et comme un lieu anxigène, pour les

patients et pour les professionnels dont les conditions de travail sont profondément modifiées. Si l'hôpital est gouverné par les micro-organismes, il l'est aussi par des politiques de santé publique et ses préoccupations économiques et organisationnelles. L'approche interactionniste de Berenguer, focalisée sur la micro-politique de la rencontre clinique, laisse entrevoir la force des bâtiments même, la iatrogénie de l'hôpital, l'ambivalence du pavillon comme espace clos et commun, secret et intime, espace de privilège et de tranquillité, le pavillon hospitalier devenant la synecdoque de l'hôpital psychiatrique lui-même.

- 17 Les hôpitaux sont aussi pris dans des réseaux d'infrastructures plus larges de gestion des déchets, de l'eau et de l'énergie, un ensemble de réseaux qui sont nécessaires à son fonctionnement. A cet égard, les hôpitaux comme nœuds centraux des infrastructures de santé sont aussi des projets techno-politiques produisant des désirs et des idées qui dépassent leur fonction technique (Larkin, 2013). Penser l'hôpital comme infrastructure permet aussi de porter notre regard sur les réseaux, liaisons, approvisionnements, qui mettent en scène d'autres acteurs (les entreprises de construction, le secteur privé auquel de nombreux services sont délégués). On pourra ainsi élargir le propos à différentes échelles, allant du quartier à la ville, à la région, et à l'Etat, les travaux en géographie se penchant sur la fabrication des lieux ou « *making of place* » (Herrick, 2017) et sur le caractère thérapeutique des espaces et des paysages. Pour étudier cet hôpital *en tant que tel*, sa vie, sa décomposition, sa destruction, son aspiration dans des regroupements hospitaliers plus larges, il faut d'abord intégrer des histoires spécifiques dans les travaux ethnographiques (Street, 2014 ; Livingston, 2012), comme le font Candelise et Remillet à travers l'exemple de l'hôpital à Pitigliano ou Berenguer à travers l'exemple d'un hôpital psychiatrique du sud de la France.
- 18 Que sera l'hôpital de « demain » ou l'hôpital du « futur » (Rochaix & Hirsch, 2015), celui qui n'est pas encore construit, qui sera peut-être loin des villes, au sein d'une énorme infrastructure de plus en plus réglementée et contrôlée ? La transformation des hôpitaux dans le futur, avec la lutte contre les infections et les résistances bactériennes, au sein de nouveaux types de bâtiments, va déterminer nos études et nos approches. Il est à craindre qu'il sera de plus en plus inaccessible aux anthropologues, avec la place toujours plus grande des dispositifs de régulation de la recherche, tels que la protocolisation des projets de recherche et des *ethical review boards* qui s'imposent comme acteur majeur dans la négociation de l'accès aux terrains hospitaliers, surtout au sein des grands hôpitaux universitaires. Souvent, ses instances sans expertise sur les recherches qualitatives, décident de nos permis de recherche (Fassin, 2008a), nous incitant à faire des recherches collaboratives avec les acteurs de la biomédecine plutôt qu'à interroger la biomédecine (Lock & Nguyen, 2010).

## Propriétés / projets

- 19 L'hôpital compte : comme lieu de vie et de mort, dans les histoires familiales, mais également comme créateur d'emploi pour les professionnels et lieu de dernier recours pour les patients. Ainsi, il est connecté de multiples manières à l'imaginaire de la ville et de ses habitants, de par son emplacement, son histoire, ou le voisinage qui le fréquente. A qui appartient l'hôpital et pour qui devrait-il exister ? Au sein de l'infrastructure qu'est le système de santé, les travailleurs et les citoyens lui attribuent de multiples propriétés. Les



hôpitaux publics sont des lieux où se posent des questions de droits et d'accessibilité, d'emprise foncière et d'exploitation.

- 20 Dans des pays dotés d'un système de santé publique, les grands hôpitaux universitaires, souvent localisés non loin des centres villes, avec une histoire vieille d'un ou deux siècles, sont les symboles concrets, visibles d'une médecine publique, une médecine qui a le devoir de soigner celles et ceux qui viennent en détresse. Quand ces grands hôpitaux publics sont menacés de fermeture ou de restructuration car jugés peu rentables, sont désinvestis au profit de cliniques privées ou de nouvelles constructions de plateformes technoscientifiques en partenariat public-privé, ou encore d'abandon des pouvoirs publics, alors les citoyens et usagers se mobilisent pour défendre ce qu'ils estiment être « leur hôpital ». *Charity Hospital* à La Nouvelle-Orléans aux Etats-Unis, les hôpitaux de Juvisy, Longjumeau et Orsay en France, *Lewisham Hospital* à Londres en Angleterre, ou *l'Hospital La Princesa* à Madrid en Espagne, sont des exemples parmi des centaines d'autres concernés en Europe et aux Etats-Unis, par des projets de fermeture, de restructuration ou de démolition qui sont mis au jour, débattus et contestés. Ces projets suscitent des mouvements de défense des citoyens, attachés à leurs lieux de soin. Ces mobilisations, abandons, ou marginalisations de services hospitaliers se produisent parce qu'il y a des enjeux économiques et politiques plus larges qui dépassent le seul cadre local de l'hôpital. La fermeture de *Charity hospital* à la Nouvelle Orléans après l'ouragan Katrina a ainsi été analysée comme relevant du « capitalisme du désastre » (Klein, 2007 ; Ott, 2012), comme le rappelle Fanny Chabrol dans sa note de recherche. Les protestations et controverses qui s'en sont suivies ont quant à elles mis en tension d'un côté un attachement identitaire à l'hôpital et une préoccupation pour l'urgence du soin au présent, et d'un autre côté les projets de transformation bioscientifique du site où se trouve *Charity Hospital* (Lovell, 2011) portés par les autorités de la ville.
- 21 Sanga Stuber montre l'hôpital bateau comme super-infrastructure éphémère et espace géopolitique. Elle met en avant les dimensions esthétiques, temporelles et politiques singulières de ces deux hôpitaux – bâtis et flottants – leurs formes, objectifs et représentations. L'hôpital bateau fait événement pendant que l'hôpital public fait défaut. Deux scénographies sont mises en tension : celle de la défaillance et de la vétusté, et celle de l'efficacité, de la rapidité et de la technicité de l'intervention éclair de l'armée chinoise, capable de miracles technologiques. En Toscane, dans un contexte de restructuration du paysage sanitaire où l'hôpital est menacé de fermeture, et de changements démographiques, qui ont pour conséquence l'accueil d'un nombre croissant de patients gériatriques, les professionnels ainsi que l'hôpital ont trouvé un nouveau salut dans la mise en route d'un service de « médecine intégrée » proposant aux patients âgés des médecines non conventionnelles, comme le montrent Candelise et Remillet. Cet hôpital devient, en quelque sorte, un lieu hétérotopique exemplaire où la coexistence de différentes médecines hospitalières est mise en œuvre et d'où de nouvelles pratiques médicales non-conventionnelles sont imaginées.
- 22 Comprendre ce que ces enjeux signifient dans un contexte donné, permet non seulement de décrypter l'économie morale des sites hospitaliers, mais aussi de formuler de nouvelles questions quant aux propriétés des lieux et aux formes de résistance à une économicisation accrue des hôpitaux. Dans un contexte de privatisation de tout ou partie de la production hospitalière (cuisine, nettoyage, entretien, science) et d'emplois hospitaliers toujours plus précaires, quelles résistances à la logique de capitalisation émergent ? Quelles sont les marges de manœuvre et stratégies des professionnels, des



patients et de leurs familles pour contrer la valorisation économique de l'hôpital, en faveur d'autres valorisations ? Juven montre que les praticiens acceptent cette recherche de rentabilité pour certaines interventions bénignes sans pour autant sacrifier l'accueil des patients âgés isolés qui sont pris en charge de façon récurrente et sans marge de profit possible. Ceci pose la question de l'accessibilité et de la propriété de l'hôpital public.

- 23 Qui veut, rêve ou s'engage pour quel hôpital, où et accessible pour qui ? Poser ces questions sur l'hôpital ne signifie pas se désintéresser de la médecine, des pratiques de soin et des expériences de la maladie. Au contraire, ne plus se focaliser sur les seules questions médicales permet de travailler sur les multiples forces locales et globales qui façonnent la vie à l'hôpital, les propriétés qui lui sont attribuées et les possibilités de soigner et d'être soigné aujourd'hui.

---

## BIBLIOGRAPHIE

AMRITH S., 2004. « In Search of a 'Magic Bullet' for Tuberculosis : South India and Beyond, 1955-1965 », *Social History of Medicine*, 17 : 113-130.

ARBORIO A.-M., 2002. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Economica.

BELORGEY N., 2010. *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. Paris, La Découverte.

BELORGEY N., 2012. « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique ». *Gouvernement et action publique*, 2, 2 : 9.

BONAH C. et FILLIQUET P., 2016. « Ouverture », In BONAH C. et FILLIQUET P. (dir.), *Silence hôpital. Regards sur la vie d'un centre hospitalo-universitaire au XX<sup>e</sup> siècle*. Strasbourg, MESASO.

BRADA B., 2011. « "Not Here" : Making the Spaces and Subjects of "Global Health" in Botswana ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35, 2 : 285-312.

BRIVES C., LE MARCIS F. et SANABRIA E., 2016. « What's in a Context ? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine », *Medical Anthropology*, 35, 5 : 369-76.

CHABROL F., 2014a. *Prendre soin de sa population. L'exception botswanaise face au sida*. Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

CHABROL F. 2014b. « Sida : l'eldorado africain ? » *La Vie des idées*, décembre. [En ligne], <http://www.laviedesidees.fr/Sida-l-eldorado-africain.html> (page consultée le 12 avril 2018).

CHAUVEAU S., 2012. « Quelle histoire de l'hôpital aux XX<sup>e</sup> et XXI<sup>e</sup> siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, 33 : 81-89.

COLLECTIF, 2016. *Hôpital public*. Nantes, Éditions Vide Cocagne.

COUILLIOT M.-F., VASSY C. et LÉBOUL D., 2011. « Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences », *Santé Publique*, 23 : 269-278.

DERBEZ B. et ROLLIN Z., 2016. *Sociologie du cancer*. Paris, La Découverte.

- DOMIN J.-P., 2013. *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles), tome 2 : Une analyse rétrospective du développement hospitalier (1946-2009)*. Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, La documentation française.
- DRAUS P., 2004. *Consumed in the City: Observing Tuberculosis at Century's End*. Philadelphia, Temple University Press.
- DUHAU I. et LESTIENNE C., 2017. « Patrimoines de la santé : essais de définition – enjeux de conservation. Éditorial ». *In Situ. Revue des patrimoines*, 31. [En ligne], <http://journals.openedition.org/insitu/14481> (page consultée le 26 avril 2018).
- DUPONT M., 2010. *L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*. Que Sais-Je ? Paris, Presses Universitaires de France.
- ECKS S., 2008. « Three Propositions for an Evidence-Based Medical Anthropology », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 14 : S77-S92.
- ENGELMANN L. et KEHR J., 2015. « Double trouble? Towards an epistemology of co-infection », *Medicine Anthropology Theory*, 2, 1 : 1-31.
- FASSIN D., 2008a. « L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, 71 : 117-136.
- FASSIN D., 2008b. « The elementary forms of care: An empirical approach to ethics in a South African Hospital ». *Social Science & Medicine*, 67, 2 : 262-270.
- FINKLER K., HUNTER C. et IEDEMA R., 2008. « What Is Going on? », *Journal of Contemporary Ethnography*, 37 : 246-250.
- FORTIN S. et KNOTOVA M., 2013. « Présentation : Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière », *Anthropologie et Sociétés*, 37 : 9-24.
- FOUCAULT M., 1963. *Naissance de la Clinique*. Paris, Presses Universitaire de France.
- FOUCAULT M., 1984. « Of Other Spaces, Heterotopias », *Architecture, Mouvement, Continuité*, 5 : 46-49.
- FOUCAULT M., BARRET-KRIEGLER B., THALAMY A., BEGUIN F. et FORTIER B., 1976. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Institut de l'environnement.
- FREIDSON E., 1983. « Viewpoint: Sociology and Medicine : A Polemic », *Sociology of Health & Illness*, 5, 2 : 208-19.
- FREIDSON E., 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.
- GAUDILLIERE J.-P., 2006. *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*. Paris, Editions La Découverte.
- GEISSLER W., 2013. « Stuck in Ruins, or Up and Coming? The Shifting Geography of Urban Public Health Research in Kisumu, Kenya », *Africa*, 83 : 539-560.
- GOFFMAN E., LAINE L., LAINE C. et CASTEL R., 1968. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Les éditions de Minuit.
- GRAEBER D., 2017. *Bureaucratie*. Arles, Actes Sud.
- GUPTA A. et FERGUSON J., 1997. *Anthropological Locations. Boundaries and Locations of a Field Science*. Berkeley, University of California Press.
- GUPTA A., 2012. *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham, Duke University Press.

- HERRICK C., 2017. « When places come first: suffering, archetypal space and the problematic production of global health », *Transactions of the Institute of British Geographers*, 42, 4 : 530-43.
- HODGES S., 2017. « Hospitals as factories of medical garbage », *Anthropology & Medicine*, 24, 3 : 319-33.
- HULL M. S., 2012. « Documents and Bureaucracy », *Annual Review of Anthropology* 41, 1 : 251-67.
- HUNT N. R. 2015. *A Nervous State: violence, remedies, and reverie in colonial Congo*. Durham, Duke University Press
- JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- JAIN S. L., 2013. *Malignant How Cancer Becomes Us*. Berkeley, University of California Press.
- JAIN S.L. et KAUFMAN S.R., 2011. « Introduction to Special Issue After Progress : Time and Improbable Futures in Clinic Spaces », *Medical Anthropology Quarterly*, 25, 2 : 183-88.
- JUVEN P.-A., 2016. *Une santé qui compte ? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière*. Paris, Presses Universitaires de France.
- KAUFMAN S. R., 2005. *And a Time to Die: How American Hospitals Shape the End of Life*. 1<sup>re</sup> éd. Chicago and London, University Of Chicago Press.
- KAUFMAN S. R., 2015. *Ordinary medicine: extraordinary treatments, longer lives, and where to draw the line*. Critical global health. Durham : Duke University Press.
- KEATING P. et CAMBROSIO A., 2012. *Cancer on Trial. Oncology as a new style of practice*. Chicago and London, University of Chicago Press.
- KEHR J., 2012. *Une maladie sans avenir. Anthropologie de la tuberculose en France et en Allemagne* . Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- KEHR J. et CONDRAU F., 2016. « Recurring Revolutions: Tuberculosis Treatment in the Era of Antibiotics », in GREENE J., CONDRAU F. et SIEGEL WATKINS E. (dir.), *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*. Chicago, University Of Chicago Press : 126-149.
- KESHAVJEE S., 2014. *Blind Spot How Neoliberalism Infiltrated Global Health*. Berkeley, University of California Press.
- KLEIN N., 2007. *The shock doctrine: The rise of disaster capitalism*. London, Penguin Books.
- KOCH E., 2013. *Free Market Tuberculosis: Managing Epidemics in Post-Soviet Georgia*. Nashville, Vanderbilt University Press.
- LACHENAL G., 2013. « Le stade Dubaï de la santé publique », *Revue Tiers Monde*, 3 : 53-71.
- LACHENAL G., GEISSLER P.W., TOUSIGNANT N. et MANTON J. (dir.), 2016. *Traces of the Future. An Archaeology of Medical Science in Twenty-first-century Africa*. Bristol, Intellect Books.
- LARKIN B., 2013. « The Politics and Poetics of Infrastructure ». *Annual Review of Anthropology*, 42, 1 : 327-43.
- LE MARCIS F. et GRARD J., 2015. « Ethnography of everyday ethics in a South African medical ward », In HERDT T.D. et OLIVIER DE SARDAN J.P. (dir.), *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa : The Game of the Rules*. Londres et New York, Routledge : 160-185.
- LIVINGSTON J., 2012. *Improvising Medicine: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*. Durham, Duke University Press.

- LOCK M. et NGUYEN V.-K., 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Hoboken, Wiley-Blackwell.
- LONG D., HUNTER C. et VAN DER GEEST S., 2008. « When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography », *Anthropology & Medicine*, 15, 2 : 71-78.
- LOVELL A., 2011. « Debating Life After Disaster: Charity Hospital Babies and Bioscientific Futures in Post-Katrina New Orleans », *Medical anthropology quarterly*, 25, 2 : 254-277.
- MARKS H., 1999. *La médecine des preuves*. Paris, Empecheurs Penser en Rond.
- MASQUELIER A., 2001. « Behind the dispensary's prosperous façade : imagining the state in rural Niger », *Public Culture*, 13, 2 : 267-291.
- MENORET M., 2007. *Les temps du cancer*. Lormont, Editions Le Bord de l'eau.
- MOL A., 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, Duke University Press.
- NGUYEN V.-K., 2009. « Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa ». *Social Theory & Health*, 7, 3 : 196-217.
- NGUYEN V.-K., 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham : Duke University Press.
- OTT B., 2012. « The Closure of New Orleans' Charity Hospital After Hurricane Katrina : A Case of Disaster Capitalism ». M. A. Thesis, University of New Orleans. [en ligne], <https://scholarworks.uno.edu/td/1472> (page consultée le 17 mai 2018).
- PAILLET A., 2007. *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, La Dispute.
- PENEFF J., 1992. *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Paris, Editions Métailié.
- PIERRU F., 2013. « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, 82 : 67-82.
- POUCHELLE M.-C., 2010. « Situations ethnographiques à l'hôpital. 'Elle vient voir si on a un os dans le nez' », *Recherche en soins infirmiers*, 103, 4 : 4.
- PRINCE R., « Russia », In LACHENAL G., GEISSLER P.W., TOUSIGNANT N. et MANTON J. (dir.), 2016. *Traces of the Future. An Archaeology of Medical Science in Twenty-first-century Africa*. Bristol, Intellect Books : 232-239.
- ROCHAIX L. et HIRSCH M., 2015. « L'hôpital du futur : quelle place pour l'analyse économique ? », *The Conversation*, 10 décembre 2015, [En ligne], <https://theconversation.com/lhopital-du-futur-quelle-place-pour-lanalyse-economique-52031>, (page consultée le 15 mai 2018).
- ROTTENBURG R., 2009. « Social and public experiments and new figurations of science and politics in postcolonial Africa », *Postcolonial Studies*, 12, 4 : 423-440.
- STARR P., 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. Baltimore, Basic Books.
- STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B. et WIENER C., 1985. *Social organization of medical work*. Chicago, University of Chicago Press.
- STRAUSS A., 1996. *La trame de la négociation*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, l'Harmattan.
- STREET A., 2012. « Affective Infrastructure. Hospital Landscapes of Hope and Failure », *Space and Culture*, 15 : 44-56.
- STREET A., 2014. *Biomedicine in an unstable place: infrastructure and personhood in a Papua New Guinean hospital*. Durham, Duke University Press.

STREET A. et COLEMAN S., 2012. « Introduction Real and Imagined Spaces », *Space and Culture*, 15 : 4-17.

SULAIMAN H., 2016. *Freedom Hospital*. Paris, Editions ça et là/ARTE Editions.

SULLIVAN N., 2012. « Enacting Spaces of Inequality Placing Global/State Governance Within a Tanzanian Hospital », *Space and Culture*, 15 : 57-67.

VAN DER GEEST S. et FINKLER K., 2004. « Hospital ethnography : introduction », *Social Science & Medicine*, 59 : 1995-2001.

VASSY C., 2004. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 2, 32 : 67-74.

VEGA A., 1999. « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, 29, 9 : 100-110.

VENKAT B. J., 2016. « Cures ». *Public Culture*, 28, 3 : 475-97.

ZUSSMAN R., 1993. « Life in the hospital: A review », *The Milbank Quarterly*, 71, 1 : 167-185.

## NOTES

1. « We are constantly bombarded with both the successes of biomedicine and the hopes and promises of increasingly biomedicalized societies. » (Jain & Kaufman, 2011: 183)

---

## AUTEURS

### JANINA KEHR

Institut d'anthropologie sociale, Université de Berne, Lerchenweg 36, 3012 Bern, Suisse,  
janina.kehr@anthro.unibe.ch

### FANNY CHABROL

Centre Population et Développement, UMR 196, Université Paris-Descartes, Institut de  
Recherches pour le Développement (IRD), 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France,  
fanny.chabrol@ird.fr