

L'hôpital comme microcosme de la société
Ethnographie d'un hôpital du Bangladesh
Hospital as the Microcosm of the Broader Society
Ethnography in a Bangladeshi Hospital
El hospital en tanto que microcosmos de la sociedad
Etnografía de un hospital de Bangladesh

Shahaduz Zaman

Volume 37, numéro 3, 2013

Ethnographies hospitalières : l'hôpital et ses terrains
Hospital Ethnography: The Hospital and Its Landscapes
Etnografías hospitalarias: El hospital y sus investigaciones de campo

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1024078ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1024078ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)
1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Zaman, S. (2013). L'hôpital comme microcosme de la société : ethnographie d'un hôpital du Bangladesh. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 45–62.
<https://doi.org/10.7202/1024078ar>

Résumé de l'article

Cet article se base sur une étude ethnographique réalisée dans un hôpital du Bangladesh. Il existe très peu d'exemples d'ethnographies réalisées en contexte médical dans des pays non occidentaux, et aucun au Bangladesh. Cette recherche a démontré que, contrairement à l'universalisme supposé de la biomédecine, la pratique biomédicale est en fait le produit de conditions sociales particulières, et que l'hôpital dans laquelle elle se déroule reflète les caractéristiques de la société à laquelle il appartient. L'étude a mis en évidence qu'un hôpital du Bangladesh constitue un microcosme de ce pays, et illustre les dimensions humaines de la pratique médicale dans ce pays pauvre où la violence physique et structurelle est quotidienne. J'avance que, loin d'être une île coupée du reste de la société, l'hôpital devrait être considéré comme la capitale du continent.

L'HÔPITAL COMME MICROCOSME DE LA SOCIÉTÉ

Ethnographie d'un hôpital du Bangladesh

Shahaduz Zaman



Introduction

Cet article est tiré d'une étude ethnographique que j'ai menée dans un hôpital public du Bangladesh (Zaman 2005). Bien qu'un certain nombre d'études ethnographiques aient été réalisées dans des contextes médicaux, il n'en existe que de très rares exemples dans des pays non occidentaux, et aucune pour le Bangladesh. Quelques rares tentatives d'études anthropologiques en contexte médical ont eu lieu à la fin des années 1950 et au début des années 1960 (Caudill 1958; Goffman 1961; Coser 1962; King 1962). Voici ce que King dit au sujet de l'hôpital considéré en tant que phénomène culturel :

L'hôpital est unique, en tant que mode de vie, comme une sous-culture particulière au sein de la société dans son ensemble. La ronde de la vie, les coutumes, les relations entre les gens, les problèmes spécifiques de la vie quotidienne présentent des différences suffisamment conséquentes avec ceux des autres organisations sociales pour qu'on puisse le considérer comme une sous-culture unique.

King 1962: 399¹

La valeur des premières études ethnographiques réalisées en contexte hospitalier réside dans le fait qu'elles ont démontré tout d'abord l'existence d'un monde social distinct, créé par les patients au sein de l'hôpital, et qu'elles ont documenté l'ensemble complexe des relations entre les patients et le personnel médical. Elles ont également mis au jour l'expérience collective que constituent la maladie et l'hospitalisation. Mais, dans ces études, les auteurs considéraient la vie de l'hôpital comme une fin en soi et comme une sous-culture isolée. Ils évoquaient la façon dont les malades sont coupés de la société normale pour être placés dans un hôpital qui n'est pas sans faire penser à une île. Quelques études ethnographiques récentes portant sur l'hôpital se sont principalement concentrées sur les discours médicaux, en s'efforçant de définir ce qu'est la culture de la biomédecine (Germain 1979; Rhodes 1990; Atkinson 1995). Elles n'ont pas

1. Tous les extraits sont une traduction libre de l'anglais (NdT).

porté une grande attention au lien entre la vie à l'hôpital et la vie de la société en-dehors de l'hôpital et dans laquelle celui-ci se situe néanmoins. Cependant, on a vu récemment se manifester un intérêt grandissant en anthropologie médicale pour la diversité des institutions médicales dans différents contextes sociaux, culturels et politiques (Van der Geest et Finkler 2004). Bien que ne se situant pas dans le domaine de l'ethnographie hospitalière, certains auteurs ont discuté de la relation entre la médecine et la société dans son ensemble (Mishler *et al.* 1981 ; Fisher 1986 ; Waitzkin 1991). Seules quelques études ethnographiques – pour la plupart réalisées dans des hôpitaux non occidentaux – ont attiré l'attention sur cette relation entre le niveau micro du contexte hospitalier et le niveau macro de la société au sens large (Kirkpatrick 1979 ; Henderson et Cohen 1983 ; Finkler 1991 ; Sciortino 1992 ; Stein 1995 ; Van der Geest et Sarkodie 1999). Dans la même ligne de pensée, cette étude ethnographique que j'ai réalisée en contexte hospitalier se donnait pour intention de souligner que l'hôpital ne constitue pas une sous-culture isolée, mais plutôt un microcosme reflétant la culture dont il fait partie. Bien qu'il existe dans cet hôpital, qui est par ailleurs un institut biomédical cosmopolite, une réalité biologique particulière, je mettrai ici en évidence comment les dynamiques sociales nécessaires pour aborder cette réalité confèrent à la vie de l'hôpital son caractère local. Afin de dépeindre ce dernier, je décris les actions, les idées et les préoccupations des différents acteurs du service orthopédique d'un hôpital universitaire public du Bangladesh.

Je suis un médecin bangladaise avec une formation en anthropologie, et mon rôle dans cette étude ethnographique était celui « d'observateur participant », tel que le définit Savage (2000). J'étais fondamentalement un observateur, et à la fois un participant au sens où j'étais présent sur la scène du service en tant qu'être social, regardant, observant et discutant avec les gens du service. J'ai également recueilli des informations au fil de conversations informelles, d'entrevues formelles, d'études de cas et au moyen de la consultation de fichiers et de registres officiels. L'étude d'ensemble était menée sous l'égide de l'École de recherches en sciences sociales d'Amsterdam (Amsterdam School of Social Science Research, ASSR) à laquelle j'étais affilié, et qui l'a approuvée sur le plan éthique. J'avais également obtenu l'accord de la direction de l'hôpital et le consentement des personnes interrogées afin de mener à bien cette étude. J'ai exposé dans un autre article (Zaman 2008) l'expérience consistant à se faire « autochtone parmi les autochtones » dans la réalisation de cette étude ethnographique, en plus d'y exposer en détail la méthodologie et les contraintes éthiques.

Résultats

Cette étude ethnographique a été réalisée dans un grand service orthopédique de 100 lits dans un espace ouvert. Il s'agit de l'un des services d'un hôpital universitaire public devant desservir plus de trois millions de personnes vivant sur un territoire de près de 50 000 km², dans un district situé au sud du Bangladesh. Par conséquent, bien que le service ait une capacité de 100 lits, il y a toujours

entre 20 et 25 patients supplémentaires que l'on doit installer à même le sol, avec à peine un matelas ou un drap sur lequel les étendre. Puisqu'il s'agit là de l'option la plus économique pour des soins de niveau tertiaire, l'hôpital est occupé surtout par des patients venant des milieux les plus pauvres : il s'agit surtout d'hommes jeunes, victimes d'accidents de la route, de la criminalité et du manque de sécurité dans leur milieu de travail. La présentation des détails ethnographiques irait au-delà du cadre de cet article, mais je souligne ici brièvement quelques dimensions de la vie à l'hôpital, l'objectif étant ici de démontrer comment cette dernière reflète les caractéristiques de la société bangladaisienne dans son ensemble.

La pénurie, un trait commun à toute la société

On peut constater et ressentir la pénurie dans tous les aspects de la vie à l'hôpital. Celui-ci ne reçoit que la moitié du budget qui lui serait nécessaire. Ce budget limité génère à son tour une insuffisance chronique de matériel tel que coton, gaze ou ciseaux, ainsi qu'un manque de personnel. Bien que les frais d'admission dans un hôpital public soient symboliques, les patients pauvres doivent acheter presque tous les médicaments, voire même certains instruments nécessaires à leur traitement. Ces dépenses les ruinent littéralement. Les parents du patient prennent en charge toutes les responsabilités des soins infirmiers car il n'y a pas assez de personnel infirmier dans le service pour s'occuper à la fois de tous les dossiers administratifs et des soins aux patients. Ces derniers attendent durant des heures près de la salle d'opération, car l'unique anesthésiste est requis par d'autres services. Les salaires du personnel sont insuffisants pour couvrir le coût de la vie ordinaire, ce qui les contraint à trouver d'autres sources de revenus ; les médecins partent de bonne heure de l'hôpital pour donner des consultations privées. Les membres sous-payés du personnel tirent parti de leur situation de personnes indispensables pour extorquer des pourboires aux patients ou obtenir de l'argent par d'autres moyens ingénieux mais pas forcément honnêtes. C'est donc la pauvreté qui, dans une large mesure, dicte sa loi à la réalité du service.

Le Bangladesh compte parmi les pays les plus pauvres du monde. À un niveau analytique d'ensemble applicable à la plupart des pays du Tiers-Monde, on peut avancer que la pauvreté de ces pays vient de la façon dont ils ont été incorporés à un système économique et politique international dominé par les pays capitalistes et industriels développés qui ont également été des puissances coloniales (Hye 1996 : 17). Par conséquent, la pauvreté actuelle du Bangladesh résulte d'une conjonction de facteurs internes et externes. Malgré quelques progrès réalisés depuis l'indépendance du pays en 1971, les taux élevés de densité de population, de croissance démographique, d'analphabétisme, de morbidité et de mortalité, outre la faible industrialisation et la distribution inégale des revenus et des chances sociales ne font que freiner la réduction de la pauvreté au Bangladesh. La pauvreté reste la principale entrave pour à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (BIDS 2000 ; Gouvernement du Bangladesh 2009).

Il est évident qu'un hôpital public du Bangladesh ne peut que souffrir de cette immense emprise de la pauvreté sur le pays. Les hôpitaux publics pâtiennent aussi particulièrement de la faiblesse des fonds alloués au secteur de la santé dans le pays, ceux-ci étant bien inférieurs aux budgets militaires. Il était donc significatif de voir que le professeur du service orthopédique criait après tout le monde parce que l'unique paire de ciseaux du service avait disparu, au moment où le gouvernement achetait un nouvel avion de chasse pour son armée de l'air.

Qui est grand, qui est petit ?

La vie au sein de cet hôpital du Bangladesh montre clairement la valeur sociale de la hiérarchie. Lors des interactions à l'intérieur du service, les membres du personnel se soucient en premier lieu de délimiter les frontières et de maintenir les inégalités institutionnalisées entre eux-mêmes et les patients accompagnés de membres de leurs familles, et entre leurs différents grades. Le professeur, qui a le plus haut diplôme universitaire et la position la plus importante, demeure au sommet de la hiérarchie et fait montre de son pouvoir en donnant des ordres, en réprimandant et en intimidant tous les autres membres du service qui lui sont statutairement inférieurs. De même, les autres acteurs se comportent en fonction de leur statut et de leur position. Les internes exercent leur pouvoir sur les infirmières, les garçons de salle, les aides-soignantes et les patients. La façon de parler, les gestes et l'attitude générale des membres du personnel signalent qui est « grand » et qui est « petit » dans le service. Les patients un peu perdus reconnaissent la position relative des membres du personnel en observant qui parle et qui garde le silence, et qui crie après qui. La répartition de l'espace et des lieux au sein du service montre également les différences de statut. Le professeur dispose d'une salle privée, bien meublée avec de la moquette et une salle de bains, tandis que les internes n'ont qu'une petite salle commune avec un mobilier de mauvaise qualité. Les infirmières ont une salle commune bien moins privée dans laquelle les chaises sont cassées. Les garçons de salle et les aides-soignantes, de l'autre côté, n'ont même pas le luxe d'une salle bien à eux dans laquelle s'asseoir.

Les chaises aussi sont des indicateurs hiérarchiques, de même que les pauses thé. Les chaises de la salle du professeur sont disposées hiérarchiquement. Celles qui ont des accoudoirs, les plus proches de la table, sont réservées aux médecins, et les chaises simples, dans la rangée de l'arrière, sont pour le personnel « sans grade ». En outre, tout le monde n'est pas autorisé à s'asseoir en présence du professeur. En général, un étudiant ou une jeune infirmière s'abstiendra de s'asseoir. Le portier n'est pas autorisé à avoir une chaise : on lui donnera plutôt un tabouret. Chaque jour, les médecins prennent place sur ces chaises et discutent entre eux autour d'un thé ou de quelque chose à grignoter. Le personnel des grades inférieurs n'a pas droit au plaisir de ce rituel quotidien.

Le statut des patients et de leurs parents est encore inférieur à celui des membres les plus inférieurs du personnel hospitalier, même lorsque les patients appartiennent à la classe moyenne. Même les membres du personnel placés

le plus bas dans la hiérarchie – les garçons de salle et les aides-soignantes – humilient les patients et les exploitent financièrement. Malgré leur statut social et économique inférieur, les garçons de salle et les aides-soignantes parviennent à atteindre un statut plus élevé que celui des patients grâce à leur « capital social » (Bourdieu 1977), leur expérience, leurs connexions et leurs compétences acquises au sein de l'hôpital.

La hiérarchie sociale est un trait caractéristique du Bangladesh, comme de nombreux autres pays de l'Asie du Sud d'ailleurs. Un certain nombre d'observateurs de la culture des Bangladeshis ont remarqué l'extrême préoccupation de ceux-ci pour le statut et le rang social.

Chaque individu [au Bangladesh] sait, et est très prompt à estimer, qui est au-dessus de lui et qui est au-dessous. L'indication du rang se remarque dans les conversations informelles et dans les interrogations officielles, dans lesquelles toutes les personnes sont caractérisées par des références à leur couleur de peau, l'importance de leur salaire, leur niveau académique et leur ordre de naissance au sein de leur famille.

Kotalová 1996: 148

Ce comportement hiérarchisé se constate le plus souvent dans des pays comme le Bangladesh où les inégalités de pouvoir, d'influence et de chances sont extrêmes. Cependant, différentes valeurs traditionnelles génèrent aussi ce comportement hiérarchique ; un certain nombre d'auteurs ont montré de quelle façon les coutumes relatives à la hiérarchie sociale dans son ensemble ont façonné les institutions administratives et d'enseignement au Bangladesh (Ahmed 1980 ; Huque 1990 ; Selim 1995 ; Jamil 2002). Jamil (2002) soutient que la culture administrative du Bangladesh se caractérise davantage par des normes traditionnelles que par des normes de gouvernance moderne. Il a montré en quoi les valeurs sociétales du *samaj* influencent la bureaucratie du Bangladesh. Étymologiquement, *samaj* s'enracine dans la notion « d'aller ensemble », bien que dans son acception moderne il signifie plus exactement « la société en général » ou, en contexte plus étroit, « l'association » (Chowdhury 1995). Le *samaj*, en tant que schéma de base, est le cadre de référence des activités sociales. Le *samaj* a l'autorité de décerner des châtiments à quiconque s'écarte des normes sociales établies. Chaque individu est bien conscient du contrôle qu'exerce le *samaj* (Aziz 1979 : 26). Mannan (2010) a étudié le changement du mode et du rôle de la hiérarchie dans le *samaj* bangladaïsi. En raison des divisions entre classes économiques, des croyances religieuses relatives à la pureté et au prestige, autant qu'en raison de la notion culturelle de l'indulgence, la pratique de la hiérarchie sociale demeure un trait distinctif de la société bangladaïsie ; elle se pratique intensément, dans la société au sens large, tout comme dans le service orthopédique où l'on découvre une concentration de gens aux statuts différents. Le genre a lui aussi un rôle non négligeable dans l'établissement de la hiérarchie. Les membres du sexe masculin bénéficient en général d'un statut plus élevé dans la hiérarchie. Dans le contexte de l'hôpital, un médecin homme recevra

plus d'attention et d'honneurs de la part du personnel sous ses ordres qu'un médecin femme. Cependant, le genre ne joue aucun rôle dans l'instauration de la hiérarchie entre classes. Par exemple, un garçon de salle, venant d'une classe inférieure sur le plan socioéconomique, n'atteindra jamais un statut plus élevé qu'un médecin femme en général issue de la classe supérieure. Nous reviendrons un peu plus loin sur cet aspect du genre dans la société bangladaishe.

Les nôtres

Nous avons pu observer le rôle crucial que jouent les membres de la famille du patient hospitalisé dans le service orthopédique. En général, durant toute sa période d'hospitalisation, le patient est accompagné par un membre de sa famille dans le service qui lui procure toutes sortes de soins. Il ou elle aide le patient à se nourrir, à se laver et à se servir du bassin. Il ou elle l'aide également à prendre ses médicaments et à s'habiller. Les membres de la famille jouent un rôle d'intermédiaires entre le patient et le personnel du service, et avec le monde extérieur à l'hôpital. Ils prennent part aux diverses décisions qui concernent le traitement du patient et lui fournissent aussi un soutien économique et émotionnel. Au Bangladesh, les membres des familles font partie, de manière informelle mais réelle, de l'organisation de l'hôpital.

Dans le service, la vie des patients montre le rôle essentiel que jouent les familles dans une vie individuelle en contexte bangladaishe, y compris dans son traitement thérapeutique. Le patient bangladaishe ne peut jamais agir individuellement ou prendre une décision; c'est sa famille qui lui fournit toutes sortes de soutiens économiques, sociaux ou émotionnels. Les soins médicaux impliquent des dépenses de temps et d'énergie de la part de la parenté du patient, et l'argent pour le traitement provient aussi des fonds familiaux. Contrairement à ce qui se passe dans nombre de sociétés occidentales, les familles bangladaishees ne considèrent pas qu'il soit moralement correct de déléguer à des professionnels de la santé le devoir des soins à apporter aux malades. Il existe une obligation relationnelle pour un membre d'une famille d'être présent auprès de celui des siens qui est malade tout au long de sa maladie. Cela s'inscrit dans le fait que le Bangladesh est une société dans laquelle les gens s'organisent principalement par le biais de relations primaires, ce qui les préserve d'être coupés des activités de la vie quotidienne.

Il y a quelques décennies, Inden et Nicholas (1977) avaient très justement perçu à quel point le lien familial représente une caractéristique prééminente de la culture bengalienne, tant chez les hindouistes que chez les musulmans. Ils écrivaient :

Lorsqu'on demande à des Bengalais qui ils ont invité au mariage de leur fille, ils répondent en général « nos *atmiya-svajana* »... Le terme *atmiya* vient du mot réflexif *atma* et signifie « les nôtres » [j'ajouterais qu'il peut aussi signifier « âme »]; le terme *svajana* signifie « notre peuple (-jana) ». Les deux termes combinés sont utilisés au Bengale pour désigner « ceux de notre peuple ».

Novak évoquait le « caractère clanique » de la société bangladeshie, où presque tout le monde peut identifier jusqu'à sept ou huit générations de ses ancêtres et où les amis ou les connaissances, même les étrangers, sont appelés « cousin », « frère » ou « oncle », en fonction de leur âge. Il avait observé que :

Lorsque l'un d'eux se lance dans la société au sens large, sa parenté est toujours disponible pour lui frayer le chemin : pour lui fournir des introductions pour un travail, pour l'aider à entrer dans une école, pour arrêter une action officielle ou y faire entrave, pour lui procurer « un foyer » en cas de besoin. À une plus grande échelle, il existe un gigantesque réseau de patronage qui touche tous les membres du clan.

Novak 1994: 106

Le schéma de la structure familiale s'est cependant modifié au Bangladesh au cours des dernières décennies. La structure des alliances familiales traditionnelles a été largement remplacée par celle des familles nucléaires. Malgré ces changements la famille demeure l'institution la plus solide de la culture bangladeshie et la principale source de soutien pour l'individu, peut-être en raison de l'absence de réseaux sociaux alternatifs (Amin 1998: 211).

«Beaucoup de sang sera versé»

Les histoires que l'on découvre derrière les agressions criminelles dans le service orthopédique sont très révélatrices du niveau de violence et d'intolérance de la société extérieure : l'un a eu les mains coupées par un parent qui voulait acquérir son terrain ; un groupe politique a fait couper les membres d'un affilié à un groupe politique rival, par vengeance ; des gens d'une tribu se sont lancés dans un combat armé pour protéger leur identité ethnique ; un homme a tenté d'assassiner son employeur qui l'avait renvoyé ; un autre a frappé son voisin uniquement parce que les vrilles de son arbre aux haricots envahissaient son manguier.

Violence, agression, meurtre et sang sont des éléments récurrents de la vie sociale au Bangladesh. Le grand cercle rouge au milieu du drapeau national symbolise l'indépendance obtenue dans le sang en 1971 et dans laquelle plus de 300 000 Bangladeshis ont perdu la vie. Après l'indépendance, deux des chefs d'État ont été assassinés, y compris le chef de la guerre d'indépendance, Mujib. Plusieurs milliers d'autres encore, aussi bien soldats que civils, sont morts dans une série de coups d'État au cours de la première décennie qui a suivi la guerre d'indépendance (Lifschultz 1979 ; Mascarenhas 1986 ; Muniruzzaman 1994). Mascarenhas avait très justement intitulé son livre portant sur l'histoire politique du pays *Bangladesh : un héritage de sang* (1986). À l'heure actuelle au Bangladesh, une seule journée ne peut pas se dérouler sans que l'on n'entende parler aux nouvelles de graves cas de violence et d'homicides.

En général, les explosions de violence se produisent à l'occasion de conflits au sujet de l'exercice d'un droit à contrôler ou à acquérir des ressources, surtout dans des situations hiérarchiques où ce pouvoir ou ces ressources sont

inégalement répartis (Jahan 1994). Ces explosions de violents conflits sont par conséquent une particularité commune aux sociétés hiérarchisées comme celle du Bangladesh, où les inégalités de pouvoir et de ressources entre individus et groupes sont extrêmes. Datta (2005) a montré que cette augmentation de la violence au Bangladesh est en grande partie causée par un régime militaire prolongé, par le problème récurrent de l'intolérance politique et par la montée de l'extrémisme religieux. Certains auteurs avancent que la violence est également une conséquence de l'incurie du gouvernement lui-même (Khan 2001 [1996]; Siddiqui 1996). Kotalová (1996: 124) a décrit ce phénomène constant que sont les conflits de propriété dans le Bangladesh rural, conflits qui résultent souvent en combats violents. Cette violence s'aggrave en particulier à la saison des labours, car c'est en général le moment où l'on s'aperçoit que tel ou tel champ a été vendu à plus d'un acquéreur. Elle a décrit la façon dont les hôpitaux locaux se préparent à l'avance à recevoir un plus grand nombre de blessés du fait de cette violence saisonnière. À l'approche de cette saison, les femmes des villages se lamentent: «*Onek rokto hobe* [Beaucoup de sang sera versé]». Si l'on associe cette observation aux histoires du service orthopédique, où une femme a reçu un coup de pied à la hanche de la part de son voisin, où un prétendant écarté a tenté de briser la main du père de sa fiancée, où deux gorilles ont été payés par un homme pour qu'ils aillent couper les mains de ses ennemis, où deux hommes inondés de sang ont réussi après minuit à se hisser jusqu'à l'autoroute depuis la berge de la rivière dans laquelle leurs mains coupées avaient été jetées, on ne peut que constater à quel point le Bangladesh, qui était autrefois le paisible pays du pacifique Bouddha, a basculé dans la violence au cours des dernières années.

La face cachée de la lune

Le service orthopédique reflète aussi la dimension sexuée de la société. La «masculinité» y est prééminente. La plupart des patients sont de jeunes hommes, car ils représentent la principale force de travail au Bangladesh et ont les plus grandes probabilités d'être victimes de blessures orthopédiques. La majorité des membres de la parenté qui les accompagnent sont aussi de sexe masculin, ce qui contredit le stéréotype voulant que ce soit les femmes qui procurent les soins, mais cela est aussi un indicateur de la mobilité réduite des femmes dans les lieux publics. Les membres du personnel sont aussi des hommes, en grande majorité. Il y a bien moins de femmes médecins que d'hommes médecins au Bangladesh et, en outre, les femmes médecins sont peu enclines à s'orienter vers la spécialisation de l'orthopédie, pensant que cela exige davantage de force physique. De plus, pour ce qui est du personnel, il est plus facile à des hommes d'imposer une discipline à la masse confuse et turbulente des patients et de leurs accompagnants, majoritairement masculine. Les infirmières, seules femmes ayant un rôle important dans le service, souffrent de conceptions discriminatoires, et on les regarde de haut, à cause de la nature publique de leur

travail. Puisqu'elles doivent se trouver hors de chez elles, en pleine nuit, avec des collègues masculins, on considère qu'elles enfreignent les lois islamiques de la bonne conduite féminine.

L'invisibilité relative des femmes dans la sphère publique est un trait caractéristique de la société bangladaisienne. Cela est lié, dans une large mesure, à la notion islamique du *pardah*. Littéralement, *pardah* signifie «rideau» ou «voile». Il renvoie au système d'isolement des femmes musulmanes vis-à-vis des gens de l'extérieur et à l'imposition de normes élevées concernant la pudeur des femmes. Il s'agit d'une institution complexe qui implique davantage que des restrictions au sujet de leur mobilité physique. Il signifie davantage que le fait de porter la *burqa* (une longue robe recouvrant toutes les parties du corps). Il s'agit d'une intériorisation des valeurs de timidité, de réserve, d'honneur et de honte (Begum 1987 : 11). Bien que toutes les femmes voilées ne soient pas des victimes passives ainsi que le croient de nombreuses féministes occidentales (Mohanty 1988), et bien que la pratique consistant à isoler les femmes derrière le *pardah* soit en train de changer, cela reste une valeur sociale hautement prise au Bangladesh. L'idéologie du *pardah* sert à sanctionner et à légitimer le monde séparé et inégal des femmes. Il inhibe les femmes sur le plan de leur participation directe aux activités qui se déroulent dans la sphère publique. Kotalová écrit :

La caractéristique la plus frappante de la prégnance de la lignée agnatique dans la culture musulmane bengalienne est le fait que la moitié de sa population (les femmes représentent 46 % de la population bangladaisienne), celles qui conservent un rôle éminent dans la facilitation de la vie quotidienne, se définissent par leur absence. À moins qu'elle ne soit entièrement dissimulée, on ne voit aucune femme lors d'événements publics, dans la rue ou dans les transports publics.

Kotalová 1996 : 16

Khan a également donné un clair aperçu du problème du peu d'accès des femmes bangladaisiennes à la vie publique :

Au Bangladesh, la vie publique des femmes est restreinte, en raison du maintien du contrôle masculin sur tous les « postes de commande » de la politique, de l'industrie, de l'armée et de la religion. La société est patriarcale, et les lois et politiques étatiques, de même que la façon dont est régi le système législatif, reflètent tous cette attitude.

Khan 2001 : 12

Au cours des dernières années, certains changements sont intervenus dans la vie des femmes pauvres des régions rurales, en raison des diverses activités développementales des organisations non gouvernementales. En faisant des femmes la cible première de leurs interventions, les ONG ont instauré des programmes de crédit et de formation qui ont contribué à une baisse des taux de natalité, à une augmentation des revenus et à l'apparition de cadres institutionnels

qui ont permis aux femmes de se rassembler pour des discussions et des échanges collectifs (Khan 2001 ; Feldman 2002). D'un autre côté, il s'est aussi produit un changement remarquable dans la vie des femmes pauvres des villes grâce aux emplois qu'elles ont obtenus dans l'industrie textile en pleine expansion dans différents centres urbains du Bangladesh (Abdullah 2002 : 138). L'invisibilité des femmes dans la sphère publique demeure un trait caractéristique de la société bangladaise. Ainsi que l'avait formulé Mohammad Yunus, prix Nobel de la paix et fondateur de la Grameen Bank, à la renommée internationale : « les femmes du Bangladesh sont comme la face cachée de la lune ; nous savons qu'elle est là, mais nous ne savons pas grand-chose d'elle » (cité dans Khan 2001 : 12).

Le service orthopédique, lieu public voué à résoudre les problèmes médicaux qui se produisent du fait d'une exposition aux dangers des lieux publics, est donc majoritairement occupé par des hommes. Les patientes sont relativement invisibles, tout à fait comme la face cachée de la lune.

L'affaiblissement de la morale publique

Le comportement des acteurs dans le service orthopédique laisse voir un sens de la morale publique très bas. Les membres du personnel de niveau inférieur volent des produits médicaux ou non médicaux à l'hôpital, qui leur sont rachetés à bas prix par les petites pharmacies de l'extérieur. Ils extorquent aussi aux patients des *bakshees* (pourboires) pour des services qu'ils sont normalement obligés de leur fournir dans le cadre de leur emploi. Parfois, certains patients ou membres de leur parenté volent aussi ou détruisent des objets appartenant à l'hôpital. Les patients sont ceux qui se préoccupent le moins de la propreté du service ou de l'hôpital. Les histoires des patients victimes d'accidents de la route montrent clairement leur tendance à ne pas observer le code de la route et les lois du pays sur les véhicules à moteur. Les médecins quittent l'hôpital bien avant d'avoir terminé leurs heures pour se livrer à une pratique privée lucrative. On confère une plus grande importance aux intérêts de groupe plutôt qu'aux intérêts institutionnels, et les grèves fréquentes organisées par les différents groupes de personnel déstabilisent l'établissement. Le personnel administratif accepte des pots-de-vin de la part des employés en échange de leur transfert dans un endroit plus enviable ou de leur affectation à un meilleur poste.

Cette absence d'éthique dans les comportements est là encore une caractéristique de la société bangladaise dans son ensemble. La montée du crime et de la corruption dans la vie publique fait continûment l'objet de discussions entre citoyens et intellectuels depuis l'indépendance du pays. Le proverbe bengali « *Ovabe shovab nosto* [La pauvreté engendre l'immoralité] » apporte une réponse simple à ce problème. Mais celui-ci recouvre plusieurs dimensions. Il y a quelques décennies, Farouk (1982) citait plusieurs raisons à ce déclin général de la morale publique au Bangladesh : l'instabilité politique, la possibilité de faire des profits à court terme plutôt que d'édifier des entreprises solides et l'absence de volonté

politique pour mettre fin à la corruption. Bien qu'une certaine forme de corruption ait toujours été présente au sein du gouvernement et dans la vie politique, elle a pris des proportions colossales après l'indépendance. L'aide internationale est devenue la source première de la corruption dans le pays (Lifschultz 1979: 40). Dans les deux ans et demi qui ont suivi l'indépendance, le Bangladesh a reçu plus d'aide financière que durant les 23 années précédentes où il n'était qu'une province de l'Est du Pakistan. Le pays a été inondé de près de deux milliards de dollars US, sous forme de biens divers, aides et contrats internationaux, en provenance des pays d'outremer. Mais ces biens destinés au soulagement de la population ont été détournés dans des proportions gigantesques. Hartmann et Boyce, qui réalisaient une étude ethnographique dans un village du Bangladesh durant cette période, mentionnent une anecdote intéressante à ce sujet: les gens leur racontaient souvent qu'après la guerre de 1971, 90 millions de couvertures étaient arrivées au Bangladesh, destinées à 75 millions de personnes, mais que l'unique personne du village qui en avait reçu une à leur connaissance était le plus gros propriétaire terrien (Hartmann et Boyce 1983: 6). «Où est la mienne?», demandaient-ils.

L'indépendance avait débarrassé le pays de l'ancienne classe « noble » (*ashraf*) de marchands qui remontait à l'époque britannique et se composait principalement d'hindous et de musulmans biharis pakistanais. Une nouvelle classe marchande allait émerger, dans la population non *ashraf* des Bangladeshis, pour lesquels le commerce n'avait jamais été une occupation traditionnelle. Contrairement aux anciens hommes d'affaires *ashraf*, cette nouvelle classe ne s'intéressait qu'à l'argent et ne se préoccupait ni de prestige, ni de morale; elle s'empressa d'utiliser ses compétences en matière d'argent à des fins répréhensibles, telles que distribuer des pots-de-vin aux personnalités officielles pour en obtenir des contacts d'affaires qui seraient autrefois revenus automatiquement à l'élite *ashraf*. Avec les sommes extraordinaires provenant de l'aide internationale, les histoires d'argent occulte et de contrats commerciaux illicites constituent la nouvelle et sombre histoire de la période qui a suivi l'indépendance. Alam (1995) avance qu'en raison du double régime colonial, celui des Britanniques et celui des Pakistanais, les classes opposées du Bangladesh, à savoir la bourgeoisie/les propriétaires terriens et les salariés, sont demeurées structurellement sous-développées.

La corruption publique s'est progressivement institutionnalisée. Les espoirs qu'avaient les gens d'une société libre, juste et prospère ne se sont jamais concrétisés. La population a perdu toute illusion au sujet de l'État et de la politique. La conception du Bangladesh du XX^e siècle, telle qu'on l'enseignait dans les écoles et les universités, et telle que la présentaient les éditoriaux des journaux, reposait entièrement sur la prémisse que la centralité du gouvernement et de la politique était la solution aux problèmes de l'humanité. Cette croyance en l'importance de l'État a été la doctrine des intellectuels tout autant que de la population dans son ensemble. Mais jusqu'ici, l'État a échoué

à résoudre les problèmes de l'humanité. C'est là qu'apparaît le problème de la gouvernance inepte et brouillonne du Bangladesh (Siddiqui 1996; Khan 2001). Siddiqui (1996: 24) a exposé toute l'ironie de la corruption du gouvernement bangladaise, qui s'étend jusqu'à son Bureau anti-corruption, en prônant sa totale réorganisation. Les gens constatent que l'État ne fonctionne qu'au bénéfice de quelques-uns.

Pour Wood (1994), toute discussion sur la corruption doit aussi envisager d'inclure la nature problématique de l'État et de l'économie de marché. Pour certains, la corruption ne désigne que la mauvaise utilisation des fonds publics, mais pour d'autres, la corruption se trouve également dans les marchés amoraux dans lesquels les transactions ne sont pas transparentes. Il fait remarquer l'ampleur de l'intervention de l'État dans les affaires économiques et sociales pour des sociétés comme celles du Bangladesh :

L'État défaillant, incapable de contrôler les marchés, [est] lui-même par conséquent mis en marché. Un espace de manœuvre s'est ainsi créé au sein duquel les prédateurs, tant publics que privés, prolifèrent, avec des rôles interchangeables.

Wood 1994: 530

Bhadra et Bhadra ont même interrogé l'aspect moral de la corruption. Ils avancent que les institutions du Bangladesh, dans le contexte de l'économie du libre-échange, ne sont ni morales ni immorales : elles sont réactives (Bhadra et Bhadra 1997: 74). Ils citent à ce propos Osterfeld (1992), qui divisait la corruption entre « corruption expansive » et « corruption restrictive ». Les actes de corruption qui orientent l'économie vers le libre-échange sont expansifs ; ils multiplient les opportunités d'échanges mutuellement bénéfiques. Les pots-de-vin distribués pour obtenir des permis ou des services constituent des exemples de cette corruption expansive. La présence d'un « marché noir » pour certains biens et services, ou de produits « tombés du camion », représentent des tentatives ingénieuses de circonvenir des réglementations illogiques et presque toujours coûteuses. La corruption restrictive, par contre, réduit le potentiel d'échanges mutuellement bénéfiques. Il s'agit généralement d'un jeu à somme nulle, voire négative, qui revient à un transfert de richesses. Les cas flagrants de détournements, par exemple, consistent en transferts de fonds publics en direction de personnalités publiques. Les auteurs plaident par conséquent pour une intervention dans la corruption restrictive.

L'affaiblissement de la morale publique du personnel du service orthopédique, ainsi que le manque de respect des patients et de leur parenté envers la propriété publique pourrait par conséquent être considérés comme les manifestations combinées d'une désillusion générale des gens vis-à-vis du gouvernement, du problème de l'État et du marché, de la corruption « expansive » ou « restrictive » dans l'économie du libre-échange ou comme l'individualisme pragmatique de la personnalité bengalie.

Adaptatifs et inventifs

Le service orthopédique est l'occasion d'observer comment les gens s'ajustent et découvrent des façons inventives de s'adapter aux diverses contraintes de la vie quotidienne. Pour pallier leurs moyens limités, les médecins ont inventé des options bon marché et disponibles localement pour soigner les patients en orthopédie, par exemple en utilisant des briques en guise de poids de traction, ou des lames de rasoir au lieu du scalpel de Hamby pour les greffes de peau. Ils ont également élaboré diverses mesures alternatives pour résoudre les problèmes administratifs, en soutirant de l'argent à leurs patients les plus riches et aux compagnies pharmaceutiques, ou en engageant du personnel non officiel. Ils conservent également un double emploi pour compenser les faibles revenus procurés par le gouvernement. Les autres acteurs du service ont eux aussi développé leurs propres techniques de survie. En cas de pénurie de main d'œuvre, les membres de la parenté du patient se font eux-mêmes partenaires informels de l'organisation de l'hôpital. Les gens les moins bien payés des niveaux inférieurs du personnel se sont constitués en associations pour se protéger en cas d'accusations d'actions illégales commises dans le but d'améliorer leurs revenus. Les patients résistent à la domination de l'autorité médicale en contournant la discipline, au moyen de l'humour, ou en contestant les soins hospitaliers. Le service orthopédique nous montre donc comment les gens modifient les règles formelles et s'ajustent volontairement à l'environnement local.

Différents auteurs ont mis en évidence les mécanismes d'adaptation et l'inventivité des Bangladeshis lorsqu'ils sont confrontés à un manque de ressources et de soutien institutionnel. Lorsque le Bangladesh a acquis son indépendance du Pakistan en 1971 et a été reconnu par le monde entier comme un État souverain, la première question que tout le monde s'est posée a été celle de sa viabilité. De nombreux experts du développement ont exprimé de sérieux doutes quant à la capacité du pays de se diriger lui-même et de se développer en tant qu'État indépendant. Le Bangladesh constituait une «étude de cas pour le développement» (Faaland et Parkinson 1975). La question a trouvé sa réponse: le Bangladesh a survécu durant quatre décennies. Malgré les désastres récurrents, la grande instabilité politique et la pauvreté, le peuple du Bangladesh a découvert ses propres techniques de survie, et a fait des progrès considérables dans de nombreux secteurs, tout en démentant les hypothèses conventionnelles des experts du développement.

Streefland (1996) a montré l'importance des arrangements de soutien mutuel par les pauvres du Bangladesh afin de répondre à leurs besoins d'adaptation, de consolidation et d'émancipation. Jansen (1999) a mis en valeur combien le manque réel de ressources incite les gens à ajuster au coup par coup leurs relations les uns envers les autres, façonnant par là-même les schémas sociaux qui prédominent dans les régions rurales du pays. Westergaard et Hossain (2002), qui ont visité le même village du nord du Bangladesh à deux moments différents, au milieu des années 1970 et au milieu des années 1990, ont découvert qu'en l'espace de deux décennies, ce village stagnant dans la pauvreté avait appris à vivre mieux sur moins

de terres, grâce à divers changements agricoles et à l'apport de revenus ne provenant pas de l'agriculture. Le Rapport sur le développement humain au Bangladesh a, de même, signalé que si l'on se base sur l'expérience du Bangladesh, il est possible de parvenir à des résultats en matière de développement social et humain plus élevés même avec un très faible revenu national par habitant (BIDS 2000). Sen (2002) a également montré à quel point le Bangladesh revient de loin ; il a déjoué toutes les prédictions des experts du développement et est le pays qui a réalisé les meilleures performances parmi « les pays les moins développés ». Alam (1995) et Sobhan (2002) ont discuté de la croissance et du potentiel de la « société civile » au Bangladesh qu'ils considèrent être un atout local non négligeable pour combattre la crise d'hégémonie de la politique bangladaise. De même, les divers mécanismes d'adaptation des acteurs du service orthopédique sont très évocateurs de l'inventivité des Bangladeshis. Ainsi que l'a formulé Novak :

[Les gens qui visitaient le Bangladesh pour la première fois] s'attendaient à de la pauvreté, de la dégradation et du désespoir, puisque la plupart des journaux d'information télévisés et des publicités pour l'aide humanitaire se concentrent sur les pauvres, qui sont en général dépeints comme les victimes passives des inondations, ou pire. Mais les Bangladeshis sont bien autre chose que des gens qui souffrent passivement. Ce sont des gens qui agissent.

Novak 1994: 18

Conclusion

L'argument de cet article était qu'un service hospitalier n'est pas seulement un monde en soi, mais qu'il est aussi le miroir de diverses caractéristiques de la vie du pays dont il fait partie. Il est évident que la pratique biomédicale au sein du service d'orthopédie de cet hôpital du Bangladesh a été façonnée d'une certaine façon sous l'influence de facteurs sociaux et culturels particuliers. En dépit d'une réalité biologique particulière à cet hôpital, qui est par ailleurs un institut biomédical cosmopolite, j'ai montré comment les dynamiques sociales nécessaires pour aborder cette réalité confèrent à la vie de l'hôpital son caractère local. La façon dont se pratique la médecine dans ce service reflète en même temps la société bangladaise, celle-ci étant axée sur la famille, pauvre, hiérarchisée, masculine et violente, et cependant également adaptative et inventive. L'hôpital apparaît par conséquent non comme une « petite île », mais comme ayant une culture qui est créée à la fois par sa population et qui subit la contrainte du contexte dans lequel se situent les individus et l'institution elle-même. Ainsi que l'avait suggéré DelVecchio Good (1995), bien que la biomédecine soit générée par une économie politique internationale de biotechnologie et par une communauté internationale de professeurs de médecine et de scientifiques, elle est enseignée, pratiquée, organisée et « consommée » en contexte local. Avec cette description de la vie dans un service hospitalier, j'ai montré le caractère culturel distinctif de la pratique biomédicale dans un pays non occidental, le Bangladesh.

Article inédit en français, traduit de l'anglais par Anne-Hélène Kerbirou

Références

- ABDULLAH A.A., 2002 [2000], « Social Change and Modernisation » : 129-148, in R. Jahan (dir.), *Bangladesh: Promise and Performance*. Londres, Dhaka, Zed Books, University Press Ltd.
- AHMED E., 1980, *Bureaucratic Elites in Segmented Economic Growth in Pakistan and Bangladesh*. Dhaka, University Press Ltd.
- ALAM S.M.S., 1995, *The State, Class Formation, and Development in Bangladesh*. New York, University Press of America.
- AMIN S., 1998, « Family Structure and Changes in Rural Bangladesh », *Population Studies*, 52 : 201-213.
- ATKINSON P., 1995, *Medical Talk and Medical Work*. Londres, Sage Publications.
- AZIZ K.M.A., 1979, *Kinship in Bangladesh*. Dhaka, International Centre for Diarrhoeal Disease Research.
- BHADRA L. et D. BHADRA, 1997, *Red and Green: A Bangladesh Collage: Free Market Principles in Economics, Politics, Culture and Education*. Dhaka, University Press Ltd.
- BEGUM N.N., 1987, *Pay or Purdah: Women and Income Earning in Rural Bangladesh*. Dhaka, Winrock International Institute for Agricultural Development.
- BIDS, 2000, *Bangladesh Human Development Report*. Dhaka, Bangladesh Institute of Development Studies (BIDS).
- BOURDIEU P., 1977, *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- CAUDILL W., 1958, *The Psychiatric Hospital as a Small Community*. Cambridge, Harvard University Press.
- CHOWDHURY A., 1995, « Families in Bangladesh », *Journal of Comparative Family Studies*, 26, 1 : 27-41.
- COSER R., 1962, *Life in the Ward*. East Lansing, Michigan State University Press.
- DATTA S., 2005, « Political Violence in Bangladesh: Trends and Causes », *Institute of Defence Studies and Analysis*, 29, 3 : 427-447, consulté sur Internet (http://idsa.in/system/files/strategicanalysis_sdatta_0905.pdf), le 28 mars 2013.
- DELVECCHIO GOOD M.J., 1995, « Cultural Studies of Biomedicine: An Agenda for Research », *Social Science & Medicine*, 41 : 461-473.
- FAALAND J. et J.R. PARKINSON, 1975, *Bangladesh: The Test Case of Development*. Dhaka, University Press Ltd.
- FAROUK A., 1982, *Changes in the Economy of Bangladesh*. Dhaka, University Press Ltd.
- FELDMAN S., 2002, « NGOs and Civil Society: (Un)stated Contradictions » : 219-246, in R. Jahan (dir.), *Bangladesh: Promise and Performance*. Dhaka, University Press Ltd.
- FINKLER K., 1991, *Physicians at Work, Patients in Pain: Biomedical Practice and Patient Responses in Mexico*. Boulder, Westview Press.
- FISHER S., 1986, *In the Patient's Best Interest: Women and the Politics of Medical Decisions*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- GERMAIN C.P., 1979, *The Cancer Unit: An Ethnography*. Wakefield, Nursing Resource.

- GOFFMAN E., 1961, *Asylums*. Harmondsworth, Penguin Books.
- GOVERNMENT OF BANGLADESH, 2009, *Bangladesh MDG Progress Report*. Planning Commission, Government of Peoples' Republic of Bangladesh.
- HARTMANN B. et J.K. BOYCE, 1983, *A Quiet Violence: View from a Bangladeshi Village*. Londres, Zed Books.
- HENDERSON G. et M. COHEN, 1983, *The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit*. New Haven, Yale University Press.
- HUQUE A.S., 1990, *Paradoxes in Public Administration: Dimensions of Development*. Dhaka, University Press Ltd.
- HYE H.A., 1996, *Below the Line: Rural Poverty in Bangladesh*. Dhaka, University Press Ltd.
- INDEN B.R. et R.W. NICHOLAS, 1977, *Kinship in Bengali Culture*. Chicago, The University of Chicago Press.
- JAHAN R., 1994, *Hidden Danger: Women and Family Violence in Bangladesh*. Dhaka, Women for Women.
- JAMIL I., 2002, « Administrative Culture in Bangladesh: Tensions between Tradition and Modernity », *International Review of Sociology*, 12, 1: 93-125.
- JANSEN G.E., 1999, *Rural Bangladesh: Competition for Scarce Resources*. Dhaka, University Press Ltd.
- KHAN A.A., 2001 [1996], *Discovery of Bangladesh: Exploration into Dynamics of a Hidden Nation*. Dhaka, University Press Ltd.
- KING S., 1962, *Perception of Illness and Medical Practice*. New York, Russell Sage Foundation.
- KIRKPATRICK J., 1979, *The Sociology of an Indian Hospital*. Calcutta, Firma KLM Private.
- KOTALOVÁ J., 1996, *Belonging to Others: Cultural Construction of Womanhood in a Village in Bangladesh*. Dhaka, University Press Ltd.
- LIFSCHULTZ L., 1979, *Bangladesh: An Unfinished Revolution*. Londres, Zed Books.
- MANNAN M., 2010, *Enslaving Development: An Anthropological Enquiry into the World of NGO*. Thèse de doctorat, Durham University, consultée sur Internet (http://etheses.dur.ac.uk/340/1/Enslaving_Development.pdf), le 16 février 2012.
- MASCARENHAS A., 1986, *Bangladesh: A Legacy of Blood*. Londres, Hodder & Stoughton.
- MISHLER E.G. et al., 1981, *Social Context of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MOHANTY C.T., 1988, « Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourse » : 51-79, in C.T. Mohanty (dir.), *Third World Women and the Politics of Feminism*. Bloomington, Indiana University Press.
- MUNIRUZZAMAN T., 1994, *Politics and Security of Bangladesh*. Dhaka, University Press Ltd.
- NOVAK J., 1994, *Bangladesh: Reflections on the Water*. Dhaka, University Press Ltd.
- OSTERFELD D., 1992, *Prosperity vs. Planning: How Government Stifles Economic Growth*. New York, Oxford University Press.

- RHODES L.A., 1990, *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. Berkeley, University of California Press.
- SAVAGE J., 2000, «Participative Observation: Standing in the Shoes of Others?», *Qualitative Health Research*, 10, 3: 324-339.
- SCIORTINO R., 1992, *Caretakers of Cure: An Anthropological Study of Health Centre Nurses in Rural Central Java*. Bulaksumur, Gadjah Mada University Press.
- SELIM M., 1995, *The Experience of a Multinational Company in Bangladesh*. Dhaka, International Centre for Bengali Studies.
- SEN B., 2002, «Growth, Poverty and Human Development»: 267-308, in R. Jahan (dir.), *Bangladesh: Promise and Performance*. Londres, Dhaka, Zed Books, University Press Ltd.
- SIDDIQUI K., 1996, *Towards Good Governance in Bangladesh: Fifty Unpleasant Essays*. Dhaka, University Press Ltd.
- SOBHAN R., 2002, «Building a Responsible Civil Society: Challenges and Prospects»: 341-368, in R. Jahan (dir.), *Bangladesh: Promise and Performance*. Londres, Dhaka, Zed Books, University Press Ltd.
- STEIN W.W., 1995, *A Peruvian Psychiatric Hospital*. Lanham, University Press of America.
- STREEFLAND P., 1996, «Mutual Support Arrangements among the Poor in South Asia», *Community Development Journal*, 31, 4: 302-318.
- VAN DER GEEST S. et K. FINKLER, 2004, «Hospital Ethnography: Introduction», *Social Science & Medicine*, 59, 10: 1995-2001.
- VAN DER GEEST S. et S. SARKODIE, 1999, «The Fake Patient: A Research Experiment in a Ghanaian Hospital», *Social Science & Medicine*, 47: 1373-1381.
- WAITZKIN H., 1991, *The Politics of Medical Encounter: How Doctors and Patients Deal with Social Problems*. New Haven, Yale University Press.
- WESTERGAARD K. et A. HOSSAIN, 2002, «Borigram Revisited: How to Live Better on Less Land»: 309-340, in R. Jahan (dir.), *Bangladesh: Promise and Performance*. Londres, Dhaka, Zed Books, University Press Ltd.
- WOOD G.D., 1994, *Bangladesh: Whose Ideas, Whose Interest?* Londres, Intermediate Technology Publications.
- ZAMAN S., 2005, *Broken Limbs, Broken Lives: Ethnography of a Hospital Ward in Bangladesh*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- , 2008, «Native among the Natives: Physician Anthropologist Doing Hospital Ethnography at Home», *Journal of Contemporary Ethnography*, 37, 1: 134-154.

RÉSUMÉ – ABSTRACT – RESUMEN

L'hôpital comme microcosme de la société: ethnographie d'un hôpital du Bangladesh

Cet article se base sur une étude ethnographique réalisée dans un hôpital du Bangladesh. Il existe très peu d'exemples d'ethnographies réalisées en contexte médical dans des pays non occidentaux, et aucun au Bangladesh. Cette recherche a démontré que,

contrairement à l'universalisme supposé de la biomédecine, la pratique biomédicale est en fait le produit de conditions sociales particulières, et que l'hôpital dans laquelle elle se déroule reflète les caractéristiques de la société à laquelle il appartient. L'étude a mis en évidence qu'un hôpital du Bangladesh constitue un microcosme de ce pays, et illustre les dimensions humaines de la pratique médicale dans ce pays pauvre où la violence physique et structurelle est quotidienne. J'avance que, loin d'être une île coupée du reste de la société, l'hôpital devrait être considéré comme la capitale du continent.

Mots clés : Zaman, hôpital, ethnographie, Bangladesh, anthropologie médicale, non occidental

Hospital as the Microcosm of the Broader Society: Ethnography in a Bangladeshi Hospital

This paper is based on an ethnographic study that was conducted in a Bangladeshi hospital. There are very few examples of ethnographies in medical settings from non-Western countries and none from Bangladesh. The research shows that in contrast to the assumed universalism in biomedicine, biomedical practice is in fact a product of particular social conditions, and the hospital in which it takes place reflects the features of the society in which it is embedded. The study revealed how a Bangladeshi hospital is a microcosm of Bangladesh and illustrates the human dimensions of medical practice in a low-income country characterized by daily physical and structural violence. I argue that far from being an island separate from the rest of the society, hospital should be viewed as the capital of the mainland.

Keywords : Zaman, Hospital, Ethnography, Bangladesh, Medical Anthropology, Non-Western

El hospital en tanto que microcosmos de la sociedad: etnografía de un hospital de Bangladesh

Este artículo se basa en un estudio etnográfico realizado en un hospital de Bangladesh. Hay pocos ejemplos de etnografías realizadas en contexto médico en los países no occidentales y ninguno en Bangladesh. Esta investigación demostró que, contrariamente al supuesto universalismo de la biomedicina, la práctica médica es un producto de condiciones sociales particulares y que el hospital en donde se llevan a cabo refleja las características de la sociedad a la que pertenece. Este estudio muestra la manera en que un hospital de Bangladesh se revela como un microcosmos de ese país e ilustra las dimensiones humanas de la práctica médica en un país pobre en donde la violencia física y estructural es cotidiana. Sostengo que, lejos de ser una isla aislada del resto de la sociedad, el hospital debería ser considerado como la capital continental.

Palabras clave : Zaman, hospital, etnografía, Bangladesh, antropología médica, no occidental

Shahaduz Zaman
Institute of Health and Society
Newcastle University
Baddiley-Clark Building
Richardson Road
Newcastle upon Tyne
NE2 4AX
Royaume-Uni
shahaduz.zaman@newcastle.ac.uk