

Zeitschrift:	Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Band:	74 (2024)
Heft:	3
Artikel:	Entretien avec Laurence Monnais : professeure en histoire de la santé publique à l'institut des Humanités en Médecine (Université de Lausanne et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois)
Autor:	Arena, Francesca / Linte, Guillaume
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1074686

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Entretien avec Laurence Monnais

Professeure en histoire de la santé publique à l’Institut des Humanités en Médecine (Université de Lausanne et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois)

Francesca Arena, Guillaume Linte

Laurence Monnais est professeure ordinaire en histoire de la médecine et de la santé publique et directrice de publication des Éditions BHMS. Spécialiste de l’Asie du Sud-Est (Vietnam, Cambodge et Laos) et du Québec, où elle a enseigné l’histoire asiatique et l’histoire de la médecine à l’Université de Montréal de 2001 à 2023, elle a travaillé tant sur l’histoire coloniale de la santé et des systèmes de santé que sur celle des médicaments, des médecines dites traditionnelles et du pluralisme thérapeutique. Depuis une dizaine d’années elle historicise les hésitations face à la vaccination et s’intéresse à la co-production entre rougeole et vaccination de masse dans différents contextes spatio-temporels.

Francesca Arena [FA]: Depuis quand travaillez-vous sur la santé et la colonisation? Pourquoi ce sujet de recherche?

Laurence Monnais [LM]: Depuis toujours oserais-je dire! Mais avant la santé, ça a été les études coloniales. Je ne suis pas formée en histoire de la médecine, je suis tombée dedans par hasard pourrait-on dire, et par intérêt bien sûr. J’ai d’abord et avant tout été formée en études coloniales et sud-est asiatiques. J’ai fait ma Maîtrise en histoire sur les écrits d’Hô Chi Minh pendant la Première guerre mondiale puis j’ai rejoint l’Université Paris 7-Denis Diderot. C’était politiquement très orienté, très marxiste; la guerre du Vietnam était terminée depuis une quinzaine d’années seulement ... On a tous des traces de ces perspectives dans nos travaux. À l’époque, les études coloniales, et a fortiori les études sud-est asiatiques, constituaient des champs marginaux. La grande majorité d’entre nous [jeunes chercheur.e.s] soupçonnait qu’on ne ferait pas carrière dans le domaine. On étudiait les «sociétés en développement»; on évoluait au sein d’une école doctorale, sans pour autant la penser comme telle, interdisciplinaire. On lisait avidement le géographe Yves Lacoste, l’africaniste Catherine Coquery-Vidrovitch qui dirigeait d’ailleurs le laboratoire: des chercheur.e.s qui ont eu un impact historique, et pas juste historiographique, sur les études coloniales en France.

Je me suis penchée sur l’histoire de la santé au détour d’une conversation. Mon futur directeur de thèse, Daniel Hémery, qui était le grand spécialiste du Vietnam colonial à l’époque, avec Pierre Brocheux, un intellectuel que j’admirais profondément et qui impressionnait la jeune étudiante de 21 ans que j’étais alors,

m'avait fait part de sa liste de sujets de thèse favoris. Parmi eux, il y avait l'histoire du bois, l'histoire du riz en Indochine française ... et l'histoire de la santé. Je vois encore la liste manuscrite qu'il m'avait donnée. Je pense qu'il l'avait constamment dans sa poche! J'étais intriguée par le dernier, j'ai proposé de le prendre.

Le problème, de taille, c'est qu'il n'y avait pas de formation d'histoire de la médecine à Paris à l'époque. J'ai dû faire des choix ... plus ou moins éclairés. C'était en même temps une époque fascinante pour qui s'intéressait au domaine. Il y avait des chercheur.e.s extraordinaires qui étaient un peu comme des électrons libres. Je pense, par exemple, à François Delaporte, dont j'ai suivi avec passion le séminaire, et qui travaillait encore sur la fièvre jaune à l'époque. Il m'a sensibilisée à l'épidémiologie, à des enjeux que l'on qualifierait de santé globale aujourd'hui. Je pense bien sûr, et peut-être d'abord à Anne-Marie Moulin, qui travaillait à l'époque sur les Instituts Pasteur d'Afrique du Nord et qui est devenue ce mentor absolument extraordinaire auquel je demeure fidèle, sans réserve aucune.

Cela a été une passion assez rapidement. Je pensais que c'était une passion pour l'Indochine. Mais en fait c'était une passion pour la santé et plus particulièrement pour la santé des colonisés, des vulnérables, des invisibilisés.

Guillaume Linte [GL]: Est-ce que est-ce que vous pourriez nous en dire un peu plus sur votre rapport à ce terrain particulier. Comment vous l'avez abordé, expérimenté, dans vos recherches?

LM: La première fois que je suis allée au Vietnam, on est en 1992, personne ne travaillait vraiment dans les archives, n'y faisait de la recherche en histoire. J'étais partie avec Pascale Bezançon, une autre étudiante de thèse avec qui je m'entendais très bien et qui travaillait à une histoire de l'éducation en Indochine. Elle travaillait sur l'éducation, je travaillais sur la santé,¹ le champ social nous animait mais n'était pas du tout à la mode: le peu d'usagers des archives nationales à l'époque, de jeunes chercheurs australiens en particulier, travaillait encore essentiellement sur l'histoire politique du pays. Nous étions des marginales à tous points de vue mais il nous apparaissait inconcevable d'écrire sur la région, même sur une période (coloniale) révolue, sans nous immerger dans les archives vietnamiennes à tout le moins car il était alors impossible de travailler au Cambodge et au Laos. Les archives de la période commençaient à être classées, et en même temps pas vraiment. Le terrain, pour moi, c'est d'abord cette expérience, la découverte d'un espace archivistique absolument démentiel, en friches, espace de tant de possibles.

¹ Thèse de doctorat publiée sous le titre Médecine et colonisation: l'aventure indochinoise, 1860–1939, Paris 1999.

C'est lors de ce premier séjour que j'ai aussi compris l'important de l'expérience corporelle, sensible d'un espace tropical. Je pense que ça été la plus grosse révélation, peut-être justement parce que je travaillais la santé et la maladie. Le terrain sud-est asiatique, c'est un climat, une végétation, la mousson, sources d'une vie luxuriante et en même temps d'une chaleur écrasante, de moustiques omniprésents avec lesquels il faut compter.

Pour finir sur les terrains, ce que je ne veux pas oublier de dire – et là je ne parle pas juste des espaces coloniaux, mais plutôt de l'Asie du Sud-Est. On a peu d'archives sur tout ce qui touche au social. On a des archives sur l'administration du système de santé, sur les hôpitaux, des statistiques arides et bien sûr sujettes à caution. Mais on n'a rien sur les expériences des malades ou même des soignants vietnamiens. Et donc pour moi le terrain ça a été très rapidement aussi de faire de l'histoire orale, parce qu'il y avait encore dans les années 1990, des protagonistes de cette histoire que je cherchais à construire et qui allaient me permettre de lui donner vie, tessiture, aspérités même.

FA: De quelle manière et à quel moment vous êtes-vous rendue compte que vous étiez dans une démarche postcoloniale?

LM: On ne parlait pas de postcolonial à l'époque que je viens d'évoquer. En fait, la dimension coloniale de ce que je faisais n'était pas ce qui m'intéressait le plus. J'étais bien plus fascinée par la transformation des pratiques de santé, des façons de gérer la maladie ... Quitte, à raison ou à tort, à écarter la dimension impérialiste de ces mutations, à me concentrer sur les effets d'un processus de médicalisation – intrinsèquement impérialiste et autoritaire au demeurant. Mon intérêt pour les approches postcoloniales, voire décoloniales, est venu bien plus tard – sans jamais s'imposer dans mes réflexions ceci étant dit. J'ai appris sur ces approches en fréquentant des chercheur.e.s du milieu anglo-saxon et en m'installant au Québec, en y apprenant au fil des années (j'y ai passé vingt-huit ans ...) les subtilités de la relation, et des tensions, entre francophones et anglophones de la province canadienne, en observant la difficulté de certains francophones à reconnaître leur propre passé de colonisateur. La «double colonisation» du Québec est à la fois fascinante et complètement déroutante mais elle sert la réflexion et la production intellectuelles. En outre, la recherche universitaire s'y fait à cheval sur les traditions historiographiques et c'est à Montréal que j'ai commencé à lire les chantres des *subaltern studies*, dont David Arnold sur l'histoire de la santé dans les Indes britanniques. *Colonizing the Body* reste un de mes livres de chevet. C'est encore à Montréal que je me suis frottée à la pratique de l'interdisciplinarité, travaillant avec des sociologues, des anthropologues, des psychologues et bientôt des experts de santé publique.

Mais pour revenir au «post-colonial», quand on regarde les critiques de certains de mes livres, on voit qu'on me reproche souvent de ne pas me

positionner par rapport à cela; j'aurais une approche trop neutre, désengagée, presque chirurgicale. À cela je réponds que mes recherches traitent surtout des questions de médicalisation et de l'autonomie, voire de l'agentivité des individus, des profanes quand il est question pour eux de prendre en charge leur santé et qu'ils doivent composer avec un état autoritaire, certes, mais aussi un médecin méprisant ou des difficultés pour se payer un médicament efficace. Ce sont ces situations, qui sans être universelles résonnent encore de nos jours, et les réponses qui y sont apportées qui m'interpellent.

Il n'en reste pas moins que depuis quelques années, je revendique plus ouvertement une approche que l'on pourrait qualifier de *décoloniale*. Mais je ne l'associerais pas forcément à mes recherches sur la période coloniale, et pas uniquement à mes terrains sud-est asiatiques. Je m'intéresse surtout aux enjeux d'accessibilité des soins – économiques, géographiques, culturels, institutionnels, etc. – dans le Sud global mais aussi dans une métropole très métissée comme Montréal; je continue à faire de l'histoire orale mais aussi de la recherche-action, ce qui m'a sensibilisée, par exemple, aux approches dialogiques. C'est en faisant de l'intervention en santé publique pendant la pandémie de Covid-19, en me rendant compte que, en fait, ce qui m'intéressait ce n'était pas de dénoncer la colonisation mais de saisir, disséquer, voire dénoncer les inégalités de santé et d'agir pour les réduire, que j'ai commencé, sans la revendiquer, à penser une approche décoloniale.

Je participe d'ailleurs depuis 2022 à un projet de recherche interdisciplinaire et transnational qui s'intéresse aux actions communautaires qui se sont développées pendant la pandémie. Dans ce cadre, je vois des liens à faire entre des initiatives de santé communautaire de 2020–2023 et celles qui se sont déployées au Vietnam dans l'entre-deux guerres ou dans le Québec des années 1960. Ce projet me rappelle aussi que la recherche décoloniale (ou tout simplement la «bonne» recherche en santé?) se fait à plusieurs et à plusieurs disciplines; elle est collective, multiculturelle, voire polyglotte (nos réunions d'équipe se font en espagnol et en portugais plutôt qu'en anglais alors qu'il y a une équipe canadienne, une allemande, une péruvienne et une brésilienne) et interdisciplinaire. Elle est aussi horizontale et dialogique.

GL: Et comment est-ce que vous percevez les choses par rapport à la Suisse? Pour vos travaux passés ou futurs?

LM: Je ne sais pas si je peux en dire grand-chose pour l'instant, car j'ai peur de dire des bêtises. Ça ne fait pas si longtemps que je suis à Lausanne, je manque encore un peu de recul. Je commencerai par revenir sur mon élection: toutes les nominations sont le fruit d'un concours de circonstances. Dans mon cas, je pense qu'elle n'est pas étrangère à l'intérêt récent de la Suisse, en tout cas dans certains milieux intellectuels, pour son passé colonial, et à une envie d'inclusion

plus directe dans la recherche (dont en sciences humaines et sociales) en santé mondiale. Et il y a de la part de mes collègues, des chercheurs que je rencontre, une curiosité, une envie d'en savoir plus sur l'Asie du Sud-Est et l'histoire coloniale de la santé.

Je dirais par ailleurs que plusieurs des projets sur lesquels je travaille en ce moment (une histoire mondiale de la rougeole en particulier qui s'intéresse à la co-construction entre le virus rougeoleux et la vaccination de masse), attirent le regard. Parce que la Suisse s'insère bien sûr dans un monde pathogène globalisé mais aussi parce qu'il y a une histoire particulière qui reste à façonner autour des représentations locales de la vaccination en l'occurrence. On dit souvent que la Suisse est le champion «européen» de l'anti-vaccinationnisme: c'est-à-dire exactement? Et pourquoi? Ce sont là des questions que j'aimerais explorer en tant qu'historienne.

GL: Il y a un point sur lequel on aimerait bien que vous reveniez, c'est la place des médecines non-conventionnelles, non-occidentales, etc. Et aussi la place des médicaments dans l'histoire globale ou coloniale?

LM: On oublie qu'on devrait se poser des questions sur ces médecines. C'est étrangement fascinant. Je pense que cela à avoir avec une espèce de rigidité renouvelée du côté du monde (bio)médical et des professionnels de santé formés à la biomédecine face à leur place, leur popularité. Une réalité dont les historien.ne.s devraient se saisir davantage. Cela m'a beaucoup frappé dans les derniers mois. L'OMS a émis un communiqué rappelant qu'elle soutenait les systèmes de santé intégratifs et l'intégration de ce que Genève appelle les médecines non-conventionnelles et traditionnelles, dont les définitions sont assez problématiques à mes yeux. Mais au moins il y a un effort d'intégration à l'heure d'une déliquescence évidente des systèmes publics de santé. À la sortie de ce communiqué, promouvant finalement très ouvertement l'intégration de ces médecines, les réactions étaient d'une violence ... j'étais abasourdie. La pandémie a pourtant montré qu'il y avait des limites à la biomédecine et à l'intervention biomédicale! Il y a une sorte de frilosité collective et presque inconsciente, assurément signifiante. Mais pour moi, le plus problématique c'est le retour du bâton, c'est-à-dire le refus finalement de permettre l'analyse de tout cela, le refus de penser et repenser ce qu'on appelle le *pluralisme médical*. Alors que les gens n'ont jamais arrêté de mélanger les médecines pour améliorer leur santé, pas juste pour des questions d'accessibilité. Les comportements de santé sont par nature et par culture pluralistes. Pour le dire autrement, si on s'intéresse aux pratiques de santé, il est fondamental de se pencher sur cette question du pluralisme médical. Et le médicament s'avère une très belle porte d'entrée sur ce phénomène, parce que c'est toute l'autonomie du malade, du patient, du non malade, qui peut s'exercer à travers lui et sa consommation. Il est particulièrement étonnant de voir que l'histoire du médica-

ment continue d'être marginale. La littérature qui a fait sa marque – ce n'est pas pour dire qu'il n'y a pas d'excellents historiens du médicament – vient essentiellement de l'anthropologie, dans une certaine mesure de la sociologie. Pas de l'histoire. Je suis convaincue qu'il reste beaucoup à faire, à penser, à problématiser autour des liens entre pluralisme, médicament et santé globale et qu'il faudrait en faire un de nos objets de recherche prioritaires pour mieux saisir la santé du monde.

GL: Dans quelle mesure pensez-vous que les historien.ne.s arrivent à avoir une influence sur les programmes de l'OMS, d'intégration des acteurs, des médecines traditionnelles, par exemple? Est-ce qu'on arrive à être écouté.es?

LM: Dans le cas des historien.ne.s c'est un peu particulier. Comme historien.ne, on a tendance à ne pas vouloir avoir un impact, on insiste sur une espèce de retenue. La distance et la neutralité. Je ne suis personnellement pas une activiste, mais je suis engagée (et je l'ai mentionné plus tôt je me suis engagée durant la pandémie de Covid-19 en particulier, afin de réduire les effets de la crise sur les plus vulnérables en mettant mon expertise historienne, en l'occurrence autour des questions d'hésitations face à la vaccination, au service d'un programme d'intervention). Pour une partie de mes collègues historiens, j'ai dérogé. J'aurais dû garder mes distances et mon sang-froid.

Je pense que pour moi, plus comme historienne de la santé que comme historienne tout court, j'en suis arrivée à me dire que si on travaille en santé, on ne peut pas ne pas s'engager, ce n'est juste pas possible. C'est une sorte de devoir, surtout à l'heure d'une aggravation évidente des iniquités et des injustices dans le domaine. Ce devoir et cet engagement peuvent bien sûr prendre une variété de formes: écrire sur ces injustices, travailler dans des équipes interdisciplinaires, avec les professionnels de santé. Et puis, parfois, on peut se permettre de faire de l'intervention. Avec ma collègue à l'IHM Aude Fauvel nous sommes en train de réfléchir sur les *usages thérapeutiques et préventifs de l'Histoire*. Qu'est-ce que cela signifie exactement, jusqu'où on va? Est-ce qu'il y a un rôle thérapeutique dévolu à l'historien.ne, quand on travaille en santé mentale par exemple? Est-ce que l'historien peut, d'une façon ou d'une autre, améliorer la santé du monde? Je n'ai pas les réponses pour l'instant, et je pense que c'est là encore une réflexion qui doit se faire à plusieurs, en interdisciplinarité et dans la durée. Pour l'instant j'ai juste écrit un petit article là-dessus, en pleine pandémie de Covid-19 justement, qui s'appelle «L'histoire-prévention»,² mais je ne suis pas sûre que cela ait eu le moindre écho ... Je suis ces jours-ci en train de

² Laurence Monnais, «L'Histoire-prévention: de la fin de la pandémie et du futur de la santé (publique)», in: AOC 31 mars 2022: <https://aoc.media/analyse/2022/03/30/lhistoire-prevention-de-la-fin-de-la-pandemie-et-du-futur-de-la-sante-publique/>.

terminer un manuscrit, un essai, qui revient sur cette «idée» et la développe à partir de mes terrains et de mes objets de recherche des dernières années. Je crois qu'il va s'intituler *Prévenir*.

Ce à quoi je ne voudrais pas arriver, c'est de faire des usages préventifs (ou thérapeutiques) de l'histoire une espèce de perversion du métier d'historien, devoir me ranger à l'avis de certain.es (non-historiens) que ma discipline est inutile et qu'il faut que cela change. Je ne voudrais pas en arriver à choisir des sujets de recherche uniquement pour faire de l'intervention, pour répondre à un besoin. Mais il y a renouveau méthodologique en matière de recherche-action que les historiens ne mobilisent pas beaucoup pour l'instant, pas assez à mon goût. C'est un terrain complètement en friche, à la fois méthodologique, historiographique, épistémologique et pratique, sur lequel j'espère pouvoir me pencher théoriquement et concrètement dans les prochaines années. Je suis désormais une historienne à l'hôpital, le moment est bien choisi.

FA: Je voudrais insister sur la dimension méthodologique. Je pense que la pandémie, c'est un moment fondateur, non seulement en tant que fait, mais aussi parce qu'elle a montré les limites de la médecine et de l'histoire de la médecine. Donc il faut développer de nouveaux outils?

LM: Je suis tout à fait d'accord. Je pense que la pandémie est un moment clé, voire fondateur, dont il faut qu'on se saisisse pour renouveler nos façons de faire. Comme historien.ne.s de la médecine et de la santé: c'est une évidence. Ceci étant dit, et là ça va paraître quelque peu présomptueux, j'avais l'impression qu'avant la pandémie j'étais personnellement déjà prête à renouveler certains outils et certaines façons de faire. Une forme de prémonition? Non, mais le fruit de recherches précises: depuis le début des années 2010, en fait depuis le lendemain d'une autre pandémique qu'on a largement oubliée, celle de la grippe H1N1, je travaille sur l'histoire d'une autre maladie infectieuse, virale, très contagieuse, aéroportée, a priori évitable par la vaccination et qui «n'en finit pas de revenir» sous forme pandémique ... la rougeole. En 2020, cela faisait en fait une dizaine d'années que je réfléchissais aux limites de l'efficacité vaccinale, à la nécessité d'une vraie santé publique pluridirectionnelle mais aussi de repenser la question très à la mode en santé publique de «l'hésitation face à la vaccination», un concept et des pratiques de *retrait préventif* sur lesquels j'avais pris le temps de réfléchir avant 2019–2020 donc.

C'est d'ailleurs autour de cette «question» de l'hésitation que je me suis mise à dialoguer avec des vaccinologues, des épidémiologistes: je ne pense pas qu'on a innové méthodologiquement mais on a réfléchi ensemble, écrit ensemble. Je tiens beaucoup à ça aussi: écrire dans des journaux qui ne sont pas des revues d'histoire mais de santé publique ou de santé globale, réfléchir à des avenues de diffusion du savoir qui dépassent le cadre strictement universitaire et

scientifique pour offrir des pistes de réflexion et de réforme qui pourraient servir la santé publique à l'avenir.

Pour revenir à la question posée, on dit que les pandémies sont porteuses de réformes. J'aimerais être d'accord, j'aimerais que ça soit le cas. Je me dis, sans forcément parler d'un *devoir de mémoire*, que les historien.ne.s peuvent au moins participer à documenter et à discuter les tentatives de réforme, les initiatives qui ne passeront peut-être pas «à l'Histoire» mais qui ont fait leurs preuves et que l'on s'est déjà empressé d'oublier ...

Quand j'ai commencé à travailler sur la rougeole, je me suis rendue compte qu'aucun historien n'avait jamais travaillé sur ce sujet ... Alors que c'est encore une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde! Comment ça se fait? Ça reste une interrogation ouverte, je n'ai pas de réponse complètement satisfaisante. Mais il m'apparaît évident que le vide doit être comblé. Pour faire mieux la prochaine fois.

FA: C'est peut-être un appel du pied? C'est qu'il faut qu'à plusieurs historien.ne.s on se penche dessus?

LM: Oui, cela doit être une démarche collective. Et interdisciplinaire.

FA: Je pense que l'une des limites est celle des frontières disciplinaires: est-ce qu'il ne faudrait pas un renouvellement épistémologique et méthodologique? Parce que cette division disciplinaire, elle est aussi coloniale. Les méthodologies aussi ont été construites dans un contexte impérial.

LM: Je suis d'accord, mais pour l'instant cette réflexion méthodologique je ne l'ai pas encore faite. Et ça c'est le résultat de ma propre expérience de la pandémie. Je ne l'ai pas faite avec des historien.ne.s, je l'ai faite avec des chercheurs issus d'autres disciplines, d'autres sciences humaines et sociales, des gens en santé publique, en épidémiologie ... Et c'est fascinant. Mais je pense que oui, c'est entre historien.ne.s qu'il faut qu'on la fasse en parallèle.

Je crois que cette pandémie nous a fragilisés comme historien.ne.s (de la médecine et de la santé), individuellement et collectivement. Et ça aussi c'est quelque chose que j'aimerais discuter avec d'autres. On ne sait plus trop quoi faire, où donner de la tête, comment, jusqu'à quel point. On a été sur-sollicités au début de la pandémie, il fallait qu'on explique le passé, il fallait qu'on donne des clés de lecture pour l'avenir, mais il n'était jamais vraiment question de parler du présent. Alors que j'estime que c'est de cela aussi qu'il faut discuter. Du présent.

FA: Un autre aspect que l'on aimerait aborder, c'est celui des questions raciales dans une perspective historique, mais aussi du retour récent de la biologisation. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

LM: Je n'utilise pas ces catégories, je ne sais pas bien les mobiliser. Je suis à cheval sur plusieurs cultures: je suis française, ayant vécu près de 30 ans sur le continent nord-américain dans un territoire francophone où les questions de race et d'ethnicisation sont des enjeux publics, politiques et sociaux majeurs. Personnellement je continue d'avoir du mal à bien me positionner par rapport à cela. Je n'utilise jamais le terme «race», sauf dans les contextes coloniaux, quand il s'agit de «mettre en valeur» les sources avec lesquelles j'ai travaillé. Je ne suis absolument pas partisane de la *cancel culture*, mais en même temps ça ne m'intéresse pas beaucoup d'en parler. Ceci étant dit, je m'inscris en faux contre toutes les formes de «révision», de revisitation et de gommage du passé qui viseraient à nous permettre de mieux vivre ensemble. L'historienne attachée à l'écrit et à son pouvoir, sa force, dont à des fins d'éducation et de débat, pense que l'on se fourvoie lorsque l'on veut préserver à tout prix les sensibilités «identitaires» d'aujourd'hui.

GL: Une des difficultés des historien.ne.s de la santé, c'est aussi – comme pour d'autres historien.ne.s des sciences et des techniques – le niveau de technicité pour aborder certains sujets. Qu'en pensez-vous?

LM: La littérature scientifique. Cela reste un enjeu je pense, pour les historien.ne.s comme nous qui ne sont pas des «scientifiques» à proprement parler. Sur certains sujets nous atteignons donc nos limites mais ce n'est pas grave, il y a tant de sujets à exploiter, de sources à triturer.

FA: Peut-être peut-on encore aborder une question: cette «blanchité» qui nous réunit ... Et, en plus, parmi les personnes citées, on a surtout des hommes blancs. Qu'est-ce que cela nous dit?

LM: Ce sont des choses évidemment auxquelles je pense beaucoup comme spécialiste de l'Asie du Sud-Est, n'étant pas moi-même asiatique ... Je pense que ce sont des enjeux dans certains espaces, des enjeux politiques et idéologiques. Je ne parle pas en termes de recherche et de travail scientifique. Je vais donner un exemple: je préside – et j'ai co-fondé – une association qui promeut l'histoire de la médecine en Asie du Sud-Est, HOMSEA (pour *History of medicine in Southeast Asia*). Depuis 2006, on organise des conférences tous les deux ans, en Asie du Sud-Est. C'est un choix, presque idéologique: on ne tient jamais nos conférences à Paris ou à New York, afin de permettre aux jeunes chercheur.e.s de la région d'être présent.e.s, de participer ... et ça marche! Ces rencontres sont devenues des

forums, des espaces où la recherche est faite d'abord et avant tout par des jeunes chercheur.e.s qui n'auraient pas forcément eu, dans d'autres circonstances, l'occasion de partager leurs réflexions. Ce qui est fascinant en même temps c'est que depuis quelques années, les chercheur.e.s du continent américain et d'Europe participent en nombre croissant à ces rencontres. C'est une espèce de retournement de situation et c'est intéressant. Ils viennent parce qu'ils savent que ce sont ces jeunes chercheur.e.s d'Asie du Sud-Est qui ont des choses à dire, et ils veulent en apprendre pour leurs propres recherches. Ces conférences sont géniales et j'y apprends personnellement tellement sur mon métier.

HOMSEA me permet une autre remarque. Lors d'une table ronde organisée dans le cadre du 10^e anniversaire de l'association qui s'est tenu en 2016 à Siem Reap au Cambodge, la question suivante a été soulevée: est-ce que l'histoire de la santé, et plus largement l'histoire de l'Asie du Sud-Est, doit être nécessairement faite par des chercheurs locaux? La discussion n'a pas vraiment pris; je pense que personne ne s'attendait à ce que la question soit posée. Quelques universitaires philippins se sont contentés de rappeler qu'il était important de faire une place historiographique à la recherche issue de la région. Tout le monde s'est par ailleurs entendu pour rappeler qu'il n'est pas question d'assigner les uns et les autres à une place qui serait légitime, justifiée et qui en fait aurait plutôt tendance à reproduire des stéréotypes dommageables. Pour le dire autrement, il n'était, pour personne, question de dire que «l'histoire de l'Asie du Sud-est doit être faite par des historien.ne.s sud-est asiatiques». Les historien.ne.s français font-ils tous de l'histoire de France? S'attend-on à ce que ce soit le cas?

Est-ce qu'on est mieux servie quand on fait l'histoire de son propre pays? Personnellement je pense qu'en fait, le détachement de l'historien.ne, il est ailleurs. Pour moi, cette association, que l'on fait par défaut quand il s'agit de chercheurs du Sud, cela ne veut rien dire sur le plan intellectuel. Je le comprends sur le plan politique et idéologique, mais je ne le comprends pas intellectuellement. Je pense en même temps que c'est une phase. On va passer à autre chose, mais on passera à autre chose quand il y aura plus de femmes et de chercheur.e.s issus de minorités et du Sud global qui rejoindront les rangs des départements d'histoire.

GL: Un enjeu qui semble central c'est aussi la diffusion des travaux, en particulier des travaux «non-occidentaux». Quel est votre point de vue, en tant qu'historienne qui connaît aussi bien le monde francophone, en Europe, mais aussi l'espace nord-américain, anglo-saxon ... Quelles possibilités pour les autres historiographies d'exister?

LM: C'est une question qui me ramène forcément à ce projet autour duquel nous faisons les rencontres en espagnol et en portugais, à la question de la langue. Parce qu'on pourrait très bien les faire en anglais, mais l'espagnol et le portugais sont les langues dans lesquelles la majorité des participants, en

particulier les étudiant.e.s et les jeunes chercheurs.e.s, sont le plus à l'aise. Je pense que l'impérialisme de l'anglais dans la recherche est un problème pour tout le monde, un lieu d'iniquités que l'on a tendance à minimiser. Il y a eu des articles qui sont sortis il n'y a pas longtemps sur l'anglais dans le milieu universitaire et la difficulté au quotidien de se mettre à niveau, de «performer» parce qu'il faut parler anglais, parce qu'il faut écrire en anglais. Un article en particulier m'a frappée qui décomptait les heures de travail passées à traduire ou à écrire dans une autre langue que la sienne: on passe grossièrement trois fois plus de temps à développer à projet ou à écrire un papier lorsqu'on doit l'écrire dans une autre langue que la sienne.

FA: Alors qu'est-ce qu'on fait par rapport à cela?

LM: Ce sont des enjeux, l'impérialisme de l'anglais dans la recherche scientifique, qui n'arrêtent pas de s'opacifier. Au Québec, on en parle beaucoup ... parce que cela relève de l'identité québécoise francophone, et de la résistance francophone à un océan anglophone, continental presque. Continuer à publier en français est indispensable pour de multiples raisons. Cette intention, cet objectif n'est bien sûr pas dénué d'écueils ... et même de contradictions intrinsèques. Dans les universités québécoises on est évalué sur un modèle nord-américain, sensible aux facteurs d'impact par exemple. Par conséquent on va regarder le nombre de publications, les revues dans lesquelles on publie, s'attendant à voir apparaître les plus prestigieuses ... en anglais ... Alors c'est bien joli de nous dire d'écrire en français, mais en fait, au final, cela peut nous desservir. L'hypocrisie est là, ce sont des enjeux universitaires très forts. Je ne suis pas sûre qu'on va réussir à les régler. Mais, pour revenir au fond de la question, c'est la diffusion des savoirs qui est en jeu: il n'y a pas de doute que la diffusion ce n'est pas juste d'avoir accès à des revues en *Open Access*, c'est aussi d'avoir la possibilité de s'exprimer, d'innover, de convaincre dans sa langue et de donner envie de la comprendre et d'en apprécier les subtilités. Ne pourrait-on pas valoriser davantage les journaux et les revues plurilingues, la traduction (professionnelle) de manuscrits du côté des éditeurs pour ce faire?

Ceci étant dit, et je reviens à l'Asie du Sud-Est, l'anglais y est la langue avec laquelle les jeunes sud-est asiatiques sont le plus à l'aise. Il y a un nombre de langues incalculable en Asie du Sud-Est et l'anglais s'impose en lingua franca qui permet de dialoguer, de respecter le travail de l'autre et d'y puiser l'inspiration. Donc il ne faut pas non plus diaboliser l'hégémonie de l'anglais. Au sein d'HOMSEA nous avons mis sur pied une collection de livres d'histoire de la santé en Asie du Sud-Est auprès d'un éditeur singapourien ... anglophone. Une grande majorité d'auteur.trice.s qui ont publié dans la collection viennent de la région et la langue de publication n'a jamais été objet de débat, pas même de discussion puisque nous avions choisi un éditeur universitaire sud-est asiatique

et réputé (la *National University of Singapore, NUS Press*).³ Il y a par contre un effort à faire pour s'assurer que les traductions proposées dans le cas de certains volumes sont de belle facture. C'est un effort monstrueux d'autant plus qu'on n'a généralement pas de soutien financier pour faire cela. C'est ce genre d'effort qu'il faut soutenir, pour limiter les iniquités intellectuelles et universitaires, participer à une diffusion plus polysémique des savoirs.

FA: Et une problématique qui est aussi centrale est celle des évaluations scientifiques, dominée par un modèle anglo-saxon. Quel est votre opinion en la matière?

LM: Alors cela mériterait des heures de discussion ... Il faut complètement rénover le système d'évaluation des articles scientifiques, c'est aussi simple que cela. Mais c'est aussi compliqué, parce que ce n'est pas juste des formes d'impérialisme académique qui sont en jeu. C'est la façon dont les articles sont évalués, la scientifisation, la biomédicalisation de l'évaluation par les pairs. Il faut s'atteler à démêler cela jusqu'à peut-être supprimer complètement la fameuse évaluation par les pairs et la remplacer par autre chose ou au moins en moduler l'impact. C'est possible. Pour reprendre un exemple issu de la recherche et des publications sur l'Asie: *Asian Medicine Journal*, une revue consacrée aux médecines asiatiques et en Asie de belle réputation, publiée en anglais en Europe, dispose d'un comité éditorial assez large qui inclue une liste impressionnante «d'éditeurs associés» qui viennent de partout dans le monde, jeunes chercheurs comme chercheurs plus confirmés. Leur rôle? Regarder et évaluer les articles soumis (en fonction de leurs champs d'expertise bien sûr) avant que ceux-ci sont envoyés en évaluation externe, puis accompagner non pas le processus de révision mais l'auteur.trice dans son parcours. L'objectif principal de ce processus collaboratif est bien sûr de disposer d'excellents articles qui participeront à la réputation de la revue. Mais c'est aussi un moyen de dynamiser la recherche dans un domaine, de s'assurer d'une production juste, et de permettre que la relève se trouve dans de bonnes conditions pour travailler, réfléchir, avancer.

Lausanne, 20 septembre 2023

Francesca Arena, iEH2 – Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève,
CMU/1 rue Michel Servet, 1211 Genève 4, Francesca.Arena@unige.ch

Guillaume Linte, Institut des Humanités en Médecine (Université de Lausanne/CHUV),
CHUV, Institut des Humanités en Médecine, Bugnon 46, 1011-Lausanne,
guillaume.linte@chuv.ch

³ History of Medicine in Southeast Asia Series – NUS Press.