

Didier FASSIN

Anthropologue, sociologue et médecin, Professeur à l'Université Paris 13
et Directeur d'études à l'EHESS, Directeur de l'Iris

(2000)

“Entre politiques de la vie
et politiques du vivant. Pour
une anthropologie de la santé”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Didier FASSIN

“Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé.”

Un article publié dans la revue **Anthropologie et Sociétés**, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d’anthropologie, Université Laval.

[Autorisation formelle accordée par l’auteur le 28 octobre 2008 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : dfassin@chess.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5’’ x 11’’)

Édition numérique réalisée le 20 février 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Didier FASSIN

Anthropologue, sociologue et médecin, Professeur à l'Université Paris 13
et Directeur d'études à l'EHESS, Directeur de l'Iris

"Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé"



Un article publié dans la revue **Anthropologie et Sociétés**, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d'anthropologie, Université Laval.

Table des matières

[Résumé / Abstract](#)

[Introduction](#)

[De la maladie à la santé](#)

[Objectivation et subjectivation](#)

[Globalisation et signification](#)

[Conclusion](#) : la santé, entre politiques du vivant et politiques de la vie

[Références](#)

Didier FASSIN

Anthropologue, sociologue et médecin, Professeur à l'Université Paris 13
et Directeur d'études à l'EHESS, Directeur de l'Iris

**“Entre politiques de la vie et politiques du vivant.
Pour une anthropologie de la santé”.**

Un article publié dans la revue **Anthropologie et Sociétés**, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d'anthropologie, Université Laval.

RÉSUMÉ

*Entre politiques du vivant et politiques de la vie.
Pour une anthropologie de la santé*

[Retour à la table des matières](#)

Du point de vue de l'anthropologie, la santé est tout à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie. Elle est un rapport entre l'être physique et psychique, d'un côté, le monde social et politique, de l'autre; rapport qui n'est pas un donné physiologique ou sensible, mais l'expression d'une construction historique. L'objet de l'anthropologie de la santé réside donc dans les biologiques, c'est-à-dire les logiques sociales qui mettent les corps à l'épreuve du politique. Après avoir esquissé un tableau de l'anthropologie médicale dans sa diversité, mais aussi ses permanences, on se propose de caractériser l'anthropologie de la santé. Deux orientations sont explorées : la première relie les processus d'objectivation et de subjectivation à l'œuvre, dégageant plus particulièrement la centralité du concept de bio-légitimité; la seconde analyse les modalités de la globalisation de l'ordre sanitaire, en s'interrogeant sur sa signification, notamment autour de l'émergence d'une raison humanitaire. La conclusion propose une synthèse entre politiques du vivant et politiques de la vie.

Mots clés : Fassin, anthropologie de la santé, anthropologie médicale, biopolitique, subjectivation, globalisation, raison humanitaire

ABSTRACT

*Between Politics of the Living and Politics of Life.
For an Anthropology of Health*

[Retour à la table des matières](#)

From an anthropological perspective, health is something else and much more than the right side of disease. It is a relationship between physical and psychic dimensions, on the one hand, and the social and political world, on the other hand ; a relationship which is not limited to a physiological or sensitive order, but is the expression of a historical construction. The object of an anthropology of health lies consequently in the bio-logics, i.e. the social logics which confronts the body and politics. After drawing a picture of medical anthropology through its diversity and continuities, a characterization of the anthropology of health is proposed. Two orientations are explored : first, the processes of objectivation and subjectivation at work, with a special focus on the centrality of the concept of bio-legitimacy ; secondly, the ways through which globalization of a sanitary order imposes new meanings, with a particular mention of the humanitarian rationality. In conclusion, a synthesis is proposed between politics of the living and politics of life.

Key words : Fassin, anthropology of health, medical anthropology, biopolitics, subjectivation, globalization, humanitarian rationality

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Bien que sa postérité intellectuelle ait considéré ce concept comme l'un des plus féconds de sa philosophie, Michel Foucault n'a en fait consacré que peu de développements à sa théorie du bio-pouvoir. C'est en quelques pages, à la fin de *La volonté de savoir* (1976 : 177-191), qu'il énonce sa fameuse proposition :

Ce qu'on pourrait appeler le « seuil de modernité biologique » d'une société se situe au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un animal vivant et de plus capable d'une existence politique ; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question.

Foucault 1976 : 191

Le pouvoir sur la vie ainsi constitué s'exerce, on le sait, selon deux modalités : d'une part, il est une « anatomo-politique du corps humain », par laquelle des « disciplines » soumettent l'individu à des procédures le rendant apte au bon fonctionnement de la société et notamment de l'économie ; d'autre part, il est une « bio-politique de la population », par laquelle des « régulations » contrôlent, à la fois par la mesure et par l'intervention, l'espèce et plus particulièrement les phénomènes liés à la naissance, à la maladie et à la mort. Les deux sont étroitement liés. Aussi fugitif soit-il dans l'œuvre du philosophe -encore que certains des derniers textes publiés y reviennent de manière latérale à travers « la technologie politique des individus » (1994 : 813-828) -, cet instant, où s'esquisse une théorie du *gouvernement de la vie*, en est toutefois assurément une étape essentielle.

Dans son essai intitulé « Artificiality and Enlightenment : From Sociobiology to Biosociality » (1996 : 91-111), Paul Rabinow ne s'y trompe pas. Reprenant la dichotomie du bio-pouvoir, il propose de voir dans cette révolution de la biologie et des biotechnologies que représente l'Initiative pour le Génome Humain, un dépassement et une reformulation de l'anatomo-politique et de la bio-politique : « Je

crois, écrit-il, que les deux pôles du corps et de la population se trouvent réarticulés dans ce que l'on pourrait appeler une rationalité post-disciplinaire » (*ibid.* : 91). Les perspectives de tests génétiques permettant la rationalisation d'une prise en charge à la fois individuelle et populationnelle des maladies lui semblent annoncer la constitution de groupes organisés sur la base de « nouvelles identités et pratiques », réalisant ce qu'il nomme une « biosocialité ».

Une telle lecture post-disciplinaire du bio-pouvoir, aussi séduisante soit-elle, risquerait toutefois de céder elle-même aux séductions des sirènes scientifiques annonçant, avec les découvertes et les potentialités de la génétique moléculaire, l'avènement d'une nouvelle humanité, si elle n'était complétée par une autre lecture, attentive à des phénomènes plus diffus mais non moins significatifs des formes actuelles du gouvernement de la vie, à des réalités moins spectaculaires mais tout aussi prégnantes sur les corps. À côté des transformations par la science des représentations et des pratiques de soi, il importe en effet de tenir compte des multiples manifestations des rapports de pouvoir au plus profond de l'être humain, dans les différentiels d'espérance de vie entre catégories sociales ou entre pays aussi bien que dans les multiples dispositifs de protection et d'assistance sociales déployés aux niveaux nationaux et international. Lorsqu'elle est à l'œuvre dans les corps, la gouvernementalité, que Michel Foucault (1994 : 785) définit comme « la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi », s'exprime autant dans les technologies médicales que dans les technologies politiques. À trop se concentrer sur les progrès de la biologie, pour se réjouir de leurs perspectives ou, à l'inverse, en dénoncer les dangers, on pourrait oublier des réalités triviales du bio-pouvoir qui relèvent des politiques sanitaires et sociales, mais aussi de l'incorporation de l'ordre politique.

Ces réalités triviales, je propose de les regrouper sous le vocable de santé. On peut ainsi définir la santé comme le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre. C'est dire qu'elle est à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie à quoi on la ramène souvent ou que l'idée de bien-être global dont les institutions sanitaires assurent la promotion. Ce rapport n'est pas un donné du vivant, préexistant dans la normalité d'un ordre physiologique, biologique ou sensible et conduisant à parler de bonne ou de mauvaise santé. Il est au contraire historiquement construit, objet de concurrences et de luttes entre des agents s'efforçant d'imposer des visions différentes de ce qui relève

de la santé, c'est-à-dire de ce qu'il faut socialement et politiquement traiter comme un problème de santé. C'est ce rapport qui, à son tour, détermine les pratiques ordinaires et savantes, les formes institutionnelles et idéologiques du traitement des désordres du corps et de l'esprit. Ce que l'on appelle comportements en matière de prévention et de maladie, politiques de santé et systèmes de soins, réalités qui varient dans le temps et selon les contextes nationaux ou locaux, représente la traduction de ce rapport. C'est donc celui-ci qu'il s'agit d'appréhender, non de manière abstraite, mais dans les objets concrets par lesquels il se réalise : un programme de réduction des risques parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les banlieues françaises ou de diminution de la mortalité maternelle dans les montagnes andines, un dispositif de protection sociale ou une consultation gratuite pour les pauvres, une modalité d'allocation des ressources sanitaires ou une intervention humanitaire dans des camps de réfugiés. Bien entendu, ces réalités ne sont pas exclusives de celles de l'exploration du génome, des tests et des conseils génétiques, des savoirs et des techniques qui s'appliquent sur les corps et transforment les individus comme les groupes.

Dans ce texte, j'aimerais donc montrer d'abord comment une anthropologie de la santé se distingue des approches traditionnelles de l'anthropologie médicale et comment elle ne peut être appréhendée sans une double lecture historique et politique. Dans un second temps, je m'efforcerai de mettre en relation les dimensions d'objectivation et de subjectivation à l'œuvre dans la santé, c'est-à-dire de saisir la tension existant entre la réalité objectivée par les épidémiologistes ou les économistes et sa traduction subjective dans les représentations et les actions. Dans un troisième temps, j'identifierai quelques repères pour l'analyse du rapport entre les scènes locales et mondiale de la santé, autrement dit ce qui se joue dans les phénomènes que l'on pourrait qualifier de globalisation sanitaire. Conscient que la position défendue ici est largement partagée, je tenterai néanmoins d'engager une réflexion sur quelques voies plus nouvelles dont je proposerai une synthèse liant *in fine* politiques du vivant et politiques de la vie.

DE LA MALADIE À LA SANTÉ

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie médicale, qui s'est individualisée dans les années soixante au sein de l'anthropologie nord-américaine (Scotch 1963) ne constitue pas un corpus homogène. Comme l'ont relevé tous ses analystes, notamment en France (Mitrani 1982, Sindzingre et Zempléni 1982, Walter 1983), elle s'organise autour de théories hétérogènes et de pôles multiples que seules des raisons pratiques, en particulier la demande sociale adressée aux anthropologues sur ce thème, et stratégiques, à savoir la construction d'un territoire scientifique propre, vont conduire à se regrouper ou à être rassemblées.

Deux éléments sont pourtant communs à la plupart de ces travaux. D'une part, leur concentration sur la *maladie* : ce sont le malade et ses troubles, le thérapeute et ses médecines, autrement dit l'individu dans les interactions entre le biologique et le social, entre le pouvoir et le savoir. « Forme élémentaire de l'événement » (Augé 1984), la maladie apparaît comme un lieu de rencontre de l'expérience singulière du malade, ou du thérapeute, et de la socialisation dans le groupe. D'autre part, leur approche en termes de culture : ce sont les représentations et les pratiques de peuples lointains ou parfois proches, mais différents ; autrement dit, il s'agit toujours de parler de l'autre et de l'appréhender sous l'angle de ses différences. « La médecine comme système culturel » (Kleinman 1980) appelle la recherche des modèles d'interprétation et de traitement de la maladie singularisant chacune des cultures. À la conception individualisante de la maladie répond la construction substantialiste de la culture. Au-delà de toutes les différences que l'on peut repérer, l'anthropologie médicale « à l'âge classique » est ainsi fondamentalement liée à ce double présupposé.

Sans que les transformations du champ apparaissent coordonnées, divers mouvements ont amorcé, depuis un peu plus d'une décennie, sa reconfiguration. On peut en proposer une lecture ne prétendant certes pas à en restituer une vision exhaustive, mais à en dégager quelques axes forts. Tout d'abord, *l'anthropologie de la maladie*, sur des terrains éloignés (Augé 1986) ou proches (Fainzang 1989), conteste la légitimité de l'autonomisation disciplinaire de l'anthropologie médica-

le : la maladie ne peut être, pour les sciences sociales, qu'un objet, certes particulièrement éclairant en ce qu'il lie le corps physique et le monde social, mais ne justifiant en aucun cas de fonder un domaine séparé comme s'y sont essayés ses promoteurs.

Ensuite, *l'anthropologie de l'expérience*, qu'elle s'intéresse aux récits des malades (Kleinman 1988) ou aux représentations des médecins (Good 1994), s'efforce de dépasser les limites de la maladie qui, dans l'anthropologie médicale, demeure trop souvent prisonnière d'une construction biomédicale : en s'intéressant à la souffrance des patients et à la rationalité des professionnels, on mobilise des catégories d'analyse et des modes de compréhension qui débordent le registre clinique.

Enfin, *l'anthropologie médicale critique* ouvre un troisième front, qu'elle s'inscrive dans une perspective historique (Taussig 1987) ou propose une approche contemporaine (Scheper-Hughes 1992) : au fonctionnalisme implicite dans de nombreuses études d'anthropologie médicale, elle oppose une lecture radicale de la médecine, coloniale ou postcoloniale, comme pratique de domination et de la maladie, ou de son interprétation, comme manifestation de l'ordre social. Là où l'ethnologue portait son regard sur les scènes locales et avec les lunettes de la culture, il s'agit de concevoir une économie politique de la maladie dans laquelle les rapports de forces internationaux trouvent leur place, dans laquelle le rôle des institutions médicales soit soumis à analyse, dans laquelle enfin la position du chercheur lui-même fasse l'objet d'une plus grande vigilance.

Ces trois directions ne résument probablement pas la totalité des évolutions du domaine de l'anthropologie autour de la maladie. On aurait d'ailleurs tort de les considérer comme participant d'une même démarche tant les relations entre elles ont pu être conflictuelles (Morgan 1990). Elles indiquent cependant des axes forts de remise en cause des évidences premières de l'anthropologie médicale. Surtout, elles démontrent, en empruntant des voies résolument différentes, un même souci de faire sortir cette dernière de sa spécialisation et de son isolement et de placer les questions posées aux sociétés par la maladie *au centre des préoccupations de l'anthropologie* (Gaines 1998). Au fond, il s'agit d'un renversement complet de la tendance antérieure, par laquelle on avait cru pouvoir constituer ce domaine sinon en rupture, du moins en marge des grands courants de pensée et de recherche de

l'anthropologie sociale. Désormais, l'anthropologie médicale se veut partie prenante d'une réflexion anthropologique plus générale.

Pour l'essentiel toutefois, ces travaux portent sur la maladie, en tant qu'événement trouvant sa place dans une catégorie plus large d'infortune, en tant qu'expérience pouvant être décrite en termes de souffrance ou en tant qu'épreuve révélatrice de rapports de pouvoir. La dimension individuelle de cette réalité sociale et de sa prise en charge par des thérapeutes est, quoique avec des approches distinctes, au cœur des trois projets intellectuels. Mais dans ces recherches, il est rarement question des systèmes de protection sociale et d'hygiène publique, des programmes de prévention des épidémies et de lutte contre les grandes endémies, des politiques internationales de soins de santé primaires et locales de médecine communautaire, des projets de développement sanitaire dans les pays pauvres et de développement social dans les quartiers pauvres des pays riches, des dispositifs d'information épidémiologique et de régulation économique, au fond, de ce qui fait l'ordinaire du domaine de la santé. Il faudrait ici relativiser le propos pour ce qui concerne l'anthropologie médicale critique (Singer 1989), mais aussi l'économie politique de la santé (Morsy 1990). Au demeurant, il ne s'agit pas de critiquer la pertinence des orientations de ces « anthropologies », mais plutôt de relever un *manque*. Et de surcroît, un manque doublement problématique. D'une part, en raison de l'importance prise par ces questions dans les sociétés contemporaines ; d'autre part, en raison de la signification que cette absence a pour l'anthropologie : loin d'être accidentelle, elle renvoie à une dilection habituelle de la discipline pour des objets plus nobles et moins ordinaires et, en même temps, elle implique une distance fréquemment manifestée à l'égard des questions de société, surtout les plus urgentes ou les plus actuelles. Comme le reconnaît, à propos de ses propres travaux, Arthur Kleinman (1995 : 1). dans l'introduction d'un ouvrage récent, « écrire en 1994 sur la médecine et ne pas se situer dans le débat national américain sur l'assurance sociale, c'est sûrement affirmer une autre forme de marginalité » de l'anthropologie médicale. Désintérêt pour les enjeux politiques de la santé que stigmatise précisément Merrill Singer (1995) dans un texte où il en appelle à un engagement des anthropologues médicaux dans une « praxis critique

L'idée défendue ici est que sur ces chemins encore peu fréquentés par l'anthropologie, où le social est sans enchantement, où le banal le dispute au technique, où les aspects administratifs masquent les dimensions morales, où les frontiè-

res entre application et implication semblent les plus indécises, les enjeux s'avèrent justement les plus cruciaux pour le monde contemporain et, dès lors, pour les sciences sociales. Il ne s'agit pas de mettre l'anthropologie au diapason des problèmes de société, de la soumettre à une supposée demande sociale, d'en faire une science experte énonçant des recommandations, mais de considérer que ces réalités apparemment triviales de la santé sont, au moins autant que la maladie et la médecine, porteuses de sens et relèvent par conséquent d'un travail d'interprétation. À cet égard, ce sont paradoxalement les historiens plutôt que les anthropologues qui ont ouvert la voie (voir Ackerknecht 1948 et Hatzfeld 1971). L'historiographie coloniale a de même révélé les questions de pouvoir et de savoir, les rapports de domination et de violence, les enjeux sociaux et politiques que mettait en lumière l'étude des endémies (Lyons 1988), des épidémies (Ranger 1992), des famines (Vaughan 1992) ou de la psychiatrie (McCulloch 1994), en l'occurrence sur le continent africain. De ce point de vue, le recueil de textes rassemblés par Steven Feierman et John Janzen (1992) constitue un véritable manifeste pour une *anthropologie historique de la santé*.

Ce que met en exergue l'histoire, qu'elle soit du reste pratiquée par des historiens ou des anthropologues (Dozon 1985), c'est que l'étude de la santé commence là où la maladie, sortant de la relation en principe confidentielle entre le patient et le thérapeute, met en jeu le corps social. Ainsi, mieux que n'a souvent su le faire l'anthropologie, l'histoire du monde moderne, qu'il soit occidental ou colonial, a pris la mesure de l'intérêt qu'il pouvait y avoir à étudier la santé à la fois comme *signifié et signifiant* du changement social, c'est-à-dire pour les sens dont elle est porteuse et pour les signes qu'elle en manifeste. C'est ce double registre d'interprétation qu'il faut donc mettre en oeuvre dans une anthropologie de la santé.

Mais de quelle santé s'agit-il ? On peut, pour répondre à cette interrogation, essayer d'en tracer l'étymologie. On sait que l'anthropologie médicale s'est nourrie d'une réflexion sur les trois mots anglais pour désigner la maladie : *disease*, la pathologie identifiée par la médecine ; *illness*, l'expérience subjective du patient ; *sickness*, le phénomène social produisant le rôle du malade et les attentes de la société. Même si ces distinctions forcent quelque peu les règles linguistiques et si les catégories ainsi constituées peuvent apparaître simplificatrices au vu de la complexité anthropologique, elles n'en ont pas moins une utilité pour déconstruire une notion allant par trop de soi. Un exercice semblable peut être proposé pour le

mot santé, cette fois à partir du latin : *salus*, exprime le bon état physique et moral, mais aussi le salut entendu comme conservation de ses biens et de ses droits ; *sanitas*, indique aussi le bon état du corps et de l'esprit, mais peut signifier la raison, le bon sens, le bon goût ; *salubritas*, ajoute à la notion de bon état de santé, l'idée des moyens pour en assurer le maintien. On peut de cet exercice d'étymologie tirer deux enseignements.

D'une part, la nébuleuse originelle de la santé ne se réduit pas aux dimensions du corporel et du médical : elle embrasse des aspects juridiques, moraux, intellectuels, technologiques, que le réductionnisme sanitariste tend à escamoter. D'autre part, chacun des termes latins apparaît pris dans des tensions qui sont précisément celles qui traversent aujourd'hui le domaine de la santé : pour *salus*, entre le physique et le civique, entre le bien et le droit ; pour *sanitas*, entre le pathologique et la norme, entre la rationalité et la valeur ; pour *salubritas* enfin, entre l'individuel et le collectif, entre le technique et le politique. C'est donc dans cette richesse qu'il faut puiser, comme le propose Raymond Massé (1995), la compréhension renouvelée d'une notion potentiellement heuristique, puisqu'elle fait jouer des significations oubliées par la langue, mais toujours présentes dans le monde social.

Pour ordonner cette profusion, Margaret Lock et Nancy Scheper-Hughes (1990 : 47-72), en s'appuyant notamment sur les travaux de Mary Douglas, ont proposé la typologie maintenant connue : corps individuel, corps social et corps politique. Cette intéressante classification risque cependant de laisser échapper le fait que le corps individuel est lui-même *toujours aussi* un corps social et politique (Turner 1992). C'est pourquoi j'avais proposé, dans une recherche précédente (Fassin 1996), de définir un *espace politique de la santé* et de le décrire structuré autour de trois axes qui pouvaient être autant de dimensions à caractériser par un travail empirique : l'incorporation de l'inégalité, réalisant l'inscription de l'ordre social dans les corps, qu'il s'agisse, par exemple, de marquage rituel dans des sociétés traditionnelles ou de disparités devant la mort dans les sociétés contemporaines ; le pouvoir de guérir, procédant de la légitimation de groupes reconnus compétents à intervenir sur la maladie, que l'on pense à des chamanes, à des marabouts ou à des médecins ; le gouvernement de la vie, enfin, mettant en oeuvre la gestion collective de la santé comme bien public, depuis les pratiques propitiatoires antiques jusqu'aux programmes modernes de prévention. Au fond, il s'agit de constituer une *anthropologie politique de la santé* se déclinant respectivement en

anthropologie politique du corps. de la médecine et de la santé publique. Pour la mettre en oeuvre, il faut maintenant mieux comprendre comment le double travail d'objectivation et de subjectivation de la santé organise cette anthropologie.

OBJECTIVATION ET SUBJECTIVATION

[Retour à la table des matières](#)

En ouverture de sa *Philosophie de la santé*, Hans-Georg Gadamer se pose la question de la spécificité de la mesure dans ce domaine :

La physique de notre siècle nous a appris qu'il y a une limite à la possibilité de mesurer. Ce constat me semble soulever un problème herméneutique fondamental qui se pose d'une manière plus aiguë encore lorsque l'on a affaire à l'homme vivant et non à la seule nature mesurable. Car alors, le problème des limites à la possibilité de toute mesure et, *plus* généralement, de toute action *se* situe au coeur même de la science et de la pratique médicale.

Gadamer 1998 : 7

Et de conclure : « La santé n'est pas une chose que l'on fabrique ». Trois pré-supposés sous-tendent cette réflexion : premièrement, le vivant humain est une forme particulière de nature ; deuxièmement, la santé est un donné du vivant ; troisièmement, la mesure de la santé est une objectivation de ce donné. C'est contre cette triple assertion que je propose de construire une anthropologie de la santé. Soit, terme à terme : premièrement, le vivant humain, tel que nous l'appréhendons, résulte d'un jeu entre nature et culture ; deuxièmement, la santé est une production sociale, car c'est la société qui définit ce qui relève de la santé ou plutôt qui donne une expression sanitaire à certaines réalités de préférence à d'autres ; troisièmement, le travail d'objectivation contribue à cette production et devient donc inséparable d'une opération de subjectivation. Arrêtons-nous un instant sur ces trois propositions pour les expliciter et les illustrer.

Parce que la maladie affecte le corps et que la médecine en a montré les ressorts les plus cachés, depuis la physiologie et l'anatomopathologie, qui en explorent la part macroscopique, jusqu'à l'immunologie et à la génétique moléculaire, qui en atteignent les dimensions les plus élémentaires, le vivant humain semble inscrit dans la nature. Et nul ne songerait à nier que le cancer est une réalité histologiquement vérifiable ou que le génome code pour les protéines qui vont constituer la matière corporelle. Pour autant, le vivant n'est-il qu'une nature ? Et même, existe-t-il aujourd'hui une nature qui soit vierge de toute « contamination » culturelle ? Dans le cas du cancer, il n'est évidemment pas indifférent de faire du mésothéliome une simple réalité biologique, manifestant la prolifération de cellules malignes dans la plèvre, ou une maladie liée à l'intervention humaine, provoquée par une exposition à l'amiante en particulier dans le travail. Sa reconnaissance comme « maladie professionnelle » est le fruit de luttes sociales qui montrent combien la production et la qualification des faits de santé est un enjeu politique (Thébaud-Mony 1991).

Dans le cas du génome, on ne peut se satisfaire des implicites, parfois explicités, de généticiens qui, tantôt sur le mode poétique, tantôt sur le mode prophétique, font de l'enchaînement de bases dans une structure d'ADN la clé de l'hérédité, non seulement des maladies, mais aussi des comportements. Si l'on peut aisément convenir que les gènes ont une existence matérielle et sont le support de la transmission de caractères, on ne doit pas oublier qu'ils sont en même temps des « icônes culturelles » par lesquelles s'expriment des représentations plus ou moins fantasmées de la société sur elle-même, comme le révèle la fascination exercée par la découverte trop rapidement interprétée et médiatisée des gènes de l'homosexualité ou de la violence (Nelkin et Lindee 1998). La construction même du vivant et de la vie, par ses conséquences morales sur lesquelles on reviendra, en fait des objets de culture autant que de nature. C'est cette double relation de *culturalisation de la nature et de naturalisation de la culture* que se doit de saisir l'analyse anthropologique de la santé, et l'on voit que cette relation ne peut être appréhendée que comme historiquement constituée et politiquement signifiante.

De ce que la santé ne soit pas donnée, mais socialement produite, les preuves abondent en effet dans l'histoire. Qu'il suffise d'évoquer ce que l'on nomme aujourd'hui « maltraitance infantile » (Pfohl 1977). La violence à l'égard des enfants, affaire essentiellement privée, relevant de l'autorité paternelle, est entrée dans la

sphère publique à la fin du XIXe siècle en faisant l'objet d'une législation répressive, dont l'application effective fut d'ailleurs progressive et tardive. Parallèlement, le mauvais traitement envers les enfants apparaissait peu à peu comme une préoccupation majeure des travailleurs sociaux. Ce n'est toutefois que dans la seconde moitié du XXe siècle qu'il est devenu une réalité de santé, en subissant une double opération d'identification et de qualification (Fassin 1998a). La première consiste en une *médicalisation* : elle intervient dans les années soixante avec la description par les radiologues d'un syndrome de l'enfant battu, correspondant à l'existence de fractures multiples des membres et du crâne. La seconde en réalise la *politisation* : au cours de la décennie quatre-vingt, elle fait de cette entité médicale un problème de santé publique, principalement associé aux banlieues dites en difficulté et relevant de programmes de prévention.

La nouvelle réalité n'est d'ailleurs pas inerte et continue de faire l'objet d'activités de transformation : ainsi, le contenu de la maltraitance, rapporté initialement à une violence physique, souvent parentale, tend à se cristalliser autour de la violence sexuelle, et plus particulièrement de l'inceste (Beckett 1996). Sans voir dans cette évolution une sorte de retour cyclique des mêmes questions, on peut toutefois rappeler qu'au XVIIIe siècle, concomitamment d'une sensibilité plus grande à l'égard de l'enfance, émerge une préoccupation morale et juridique autour du viol de mineurs, avant même que la réprobation du mauvais traitement corporel ne trouve un écho dans les lois de 1889 et 1898, autrement dit la dimension sexuelle n'est pas une invention aussi récente qu'il n'y peut paraître à la lecture de la presse contemporaine (Vigarello 1998). A travers cette brève évocation de l'histoire de la maltraitance infantile, il s'agit de mettre en évidence le processus par lequel une réalité sociale est reconnue comme relevant du registre de la santé, et en l'occurrence à la fois de la santé corporelle et de la santé mentale.

On pourrait certes rétorquer que, pour qu'il y ait traduction dans le langage de la santé, il faut bien qu'il y ait atteinte du corps ou de l'esprit, autrement dit fondement biologique ou psychologique justifiant cette opération. Au fond, il ne s'agirait que de découvrir ce qui existe déjà. La preuve en serait le fait que l'on puisse objectiver, par la mesure épidémiologique notamment, la réalité que la société semble avoir produite. mais qu'elle n'a fait que nommer. Cette analyse méconnaît toutefois deux éléments. D'une part, le fait qu'il existe toujours de multiples manières d'identifier et de qualifier un problème : l'inscription dans le

champ sanitaire n'est que l'une d'elles et, de surcroît, même dans ce contexte elle peut prendre des expressions très différentes. D'autre part, le fait que cette identification et cette qualification procèdent de jeux de pouvoir et de conflits pour imposer une vision contre une autre : une analyse sociologique des rapports de forces et des dispositifs de controverse met ainsi à mal l'immanence de la vérité du vivant.

Illustrons ce propos à partir du cas de la toxicomanie. « Qu'est-ce que la consommation des drogues ? se demande Albert Ogien (1994 : 9). Une souffrance, un désordre neurophysiologique, une épidémie, une conduite déviante, un délit, une passade d'adolescents ? C'est probablement tout cela à la fois et chacune de ces choses séparément ». Entre ces différentes significations, la société choisit pourtant, mais elle n'opère pas les mêmes choix partout ni tout le temps. Pour se restreindre à la forme la plus clairement circonscrite, l'usage de drogues par voie intra-veineuse apparaît d'abord socialement comme une déviance et, du moins dans de nombreux pays, juridiquement comme un délit. C'est dire que le toxicomane relève avant tout du registre répressif mis en oeuvre par la police et la justice. Mais depuis longtemps, la psychiatrie s'est intéressée aux drogués et plus particulièrement à leur situation de dépendance en donnant le sevrage pour objectif premier à leur intervention. Dans cette perspective, la médicalisation de la toxicomanie vise la guérison physique en la supposant corrélée à une amélioration psychique. Lorsque survient l'épidémie de sida, au début des années quatre-vingt, les usagers de drogues par voie intra-veineuse sont immédiatement reconnus comme l'un des principaux « groupes à risque ». Malgré cela, ils vont demeurer, bien plus longtemps que les autres catégories identifiées par leurs modes de transmission, à l'écart des programmes de prévention : ils sont, pour reprendre l'expression de Ronald Bayer (1992), les principales victimes de la « politique de négligence » des autorités sanitaires. La nouvelle réalité n'entre pas dans l'alternative répression-guérison qui prévaut alors : la prévention, qui consisterait à réduire la transmission infectieuse à la fois par la distribution large de produits de substitution et par l'accès à du matériel stérile d'injection, reviendrait en effet, d'un côté, à accepter une pratique illicite, de l'autre, à renoncer au sevrage. Pour autant, des différences significatives existent selon les pays dans la rapidité à dépasser ces contradictions et ces conflits initiaux (Steffen 1995). En France, le retard particulièrement important, aussi bien dans l'énonciation de règles nationales que dans

leur application locale, est certes lié à des facteurs généraux, en particulier la stigmatisation des toxicomanes, leur appartenance fréquente aux milieux défavorisés et leur faible capacité de mobilisation collective, mais il l'est également à des éléments plus spécifiques, tels que la forte résistance professionnelle de la corporation psychiatrique et l'absence de légitimité de la santé publique dans l'espace social (Loveil et Féroni 1998). C'est donc au terme d'une lutte entre des visions différentes de la toxicomanie comme délit, comme souffrance et comme risque, que cette dernière a pu, sinon s'imposer, du moins être admise comme un des principes de gestion.

L'étude des phénomènes de santé doit donc éviter à la fois *l'écueil du positivisme* qui supposerait que la santé préexiste et que le travail de connaissance, qu'il soit médical ou biologique, n'a d'autre objectif que de reconnaître ce qui est déjà, et le *danger du relativisme*, qui réduirait la santé à un simple effet de convention entre des agents s'accordant pour dire ce qui y ressortit, indépendamment de toute réalité matérielle (Woolgar et Pawluch 1985). Le constructivisme mis en oeuvre ici s'efforce de lier les faits biologiques et les faits sociologiques, d'établir en particulier comment le travail d'objectivation est indissociable d'un travail simultané de subjectivation.

Plus exactement, ce qu'il s'agit d'appréhender n'est pas la ligne de démarcation entre ce qui relève de la santé et ce qui n'en fait pas partie, ni même l'activité des agents qui prétendent déplacer cette ligne en reformulant des questions de société en problèmes sanitaires. Moins que l'opération de définition et de construction en elle-même, ce sont les enjeux qui la sous-tendent qui nous intéressent ici (Fassin 1999). Qu'est-ce qui est à l'oeuvre dans les disputes et les controverses visant à faire du mésothéliome un cancer professionnel, du génome un support héréditaire des comportements, de la maltraitance infantile un problème de santé publique, des usagers de drogues par voie intraveineuse un groupe à risque ? Qu'est-ce qui est en cause dans les rapports de savoir et de pouvoir que mobilisent ces définitions et ces constructions ? Telles sont les questions que pose à l'anthropologie la production de la santé.

Les réponses mettent en lumière des enjeux éminemment politiques, au sens où ils traversent les trois fondements du politique : tout d'abord, ils impliquent des rapports de pouvoir et de légitimité sur des territoires, selon les termes de Max Weber (1978 [1921]) ; ensuite, ils concernent les frontières entre l'espace public et

la sphère privée, que met en exergue Julien Freund (1986) ; enfin, et dans une acception plus large, ils touchent au problème du vivre ensemble, c'est-à-dire à la pluralité humaine et à ses conséquences en termes de communauté et de solidarité, pour reprendre la définition d'Hannah Arendt (1995). La santé soumet d'ailleurs ces trois dimensions du politique à une épreuve singulière qui est celle du corps, c'est-à-dire des questions du vivant et de la mort, de la maladie et de la souffrance. Comme l'a montré le procès du sang contaminé en France qui a conduit à la mise en examen de ministres, ces questions confèrent au registre de la santé une tonalité particulière dans la gestion des affaires publiques.

Ce qu'il s'agit ainsi de comprendre, c'est ce statut singulier donné à la santé. Le cas du saturnisme vaut ici par son exemplarité (Fassin 1998b). Cette intoxication au plomb, connue de longue date et rapportée depuis le début du siècle aux vieilles peintures, survient essentiellement en France dans l'habitat vétuste et précaire des quartiers et des faubourgs anciens des grandes agglomérations, notamment dans la banlieue parisienne. Compte tenu des réalités socio-économiques locales, ce sont essentiellement des enfants d'origine étrangère, provenant pour une très large majorité d'entre eux d'Afrique subsaharienne, qui sont affectés : aux phénomènes classiques de ségrégation urbaine, s'ajoute en effet la difficulté particulière pour ces familles, victimes de discrimination, d'accéder au logement social, ce qui les confine dans le parc privé dégradé.

Que dire de cette épidémie ? En premier lieu, elle révèle à la fois les stigmates physiques de l'ordre social (les populations victimes de la ségrégation spatiale et de la discrimination dans l'accès au logement se voient marquées dans leur corps) et les réticences politiques à s'engager dans des programmes en faveur des catégories marginalisées (les immigrés en sont l'archétype et non l'exception, comme on l'a noté à propos des toxicomanes). En second lieu, elle montre que là où les conditions indignes de l'habitat ne trouvaient aucun écho du côté des pouvoirs publics, l'évidence de l'atteinte corporelle a pu entraîner une réaction sociale et politique (que l'intoxication touche essentiellement des enfants ajoutait encore à la dramatisation de la situation). Positivistes et relativistes sont ici renvoyés dos à dos. Certes, il ne suffit pas que la pathologie existe pour qu'elle constitue un problème de santé : encore faut-il que la mobilisation des agents parviennent à lui donner une existence sociale. Mais sans l'objectivation par les enquêtes toxicologiques, la subjectivation ne prend pas corps : au point d'ailleurs que la question du

seuil de gravité devient un élément central des discussions scientifiques et politiques, puisqu'elle engage à la fois l'avenir, en particulier intellectuel, de l'enfant et les dispositions concrètes en rapport avec la sévérité de l'atteinte, qui suppose relogement ou réhabilitation. Il faut cependant aller plus loin et s'interroger sur le sens de cette *sanitarisation du social*, c'est-à-dire de cette traduction sanitaire d'un problème de société, ici les conditions de vie des immigrés.

Pourquoi, dans ce cas, le monde social est-il plus prêt à reconnaître les inégalités et les injustices dont sont victimes les populations d'origine étrangère lorsqu'une atteinte physique existe que lorsque les règles élémentaires de la dignité humaine sont bafouées ? Plus simplement pourquoi les pouvoirs publics sont-ils plus prompts à agir sur une question de santé que sur un problème d'habitat ? L'hypothèse que l'on peut avancer est que, dans ces opérations de mise en priorité, une reconnaissance plus grande est accordée à l'intégrité du corps qu'à l'intégrité de la personne ou, pour le dire autrement, que la reconnaissance de la personne passe par la reconnaissance du corps altéré ou souffrant. Je suggère de nommer bio-légitimité cette priorité donnée au vivant dans le gouvernement des affaires humaines. Qu'on ne s'y méprenne pas. Il ne s'agit pas d'en faire une sorte de principe supérieur universel, mais de caractériser l'un des fondements moraux du monde contemporain. Il n'est donc pas question de proposer une vision téléologique du cours des choses faisant de la sanitarisation une nouvelle loi de l'histoire, mais de repérer un processus récurrent et signifiant, non exclusif évidemment d'autres logiques. On sait que Giorgio Agamben (1997) propose de rendre compte de la bio-politique à partir de l'opposition des deux termes grecs qui signifient le mot vie : zoé, la vie biologique, qu'il appelle la vie nue, et *bios*, la vie en société, et il parle également de vie politique. Ce qu'exprime l'idée de biolégitimité, c'est la fusion des deux significations, ou peut-être plus exactement, la refondation de la vie politique dans la vie biologique. Loin de se limiter au domaine traditionnellement défini de la santé, cette question l'excède largement. Elle est au cœur de ce que l'on pourrait appeler la *logique humanitaire*, laquelle va bien au-delà de la médecine humanitaire qui lui a donné ses lettres de noblesse. Cette logique, à l'œuvre dans les camps de réfugiés du Rwanda ou de déplacés du Kosovo, comme dans les consultations pour pauvres des dispensaires associatifs ou des hôpitaux publics, fait de la vie, voire de la survie, la justification ultime de l'intervention, y compris militaire. Les droits de l'homme, au nom desquels l'urgence de l'action est

proclamée, sont des droits de l'humain vivant avant d'être des droits du citoyen du monde.

GLOBALISATION ET SIGNIFICATION

[Retour à la table des matières](#)

Les glissements d'échelle qui viennent d'être évoqués - entre le local et le global, pour reprendre une opposition geertzienne - appellent une réflexion spécifique sur ce qui se joue, pour l'anthropologie en général et l'anthropologie de la santé en particulier, dans le travail social par lequel des réalités sanitaires deviennent de plus en plus interdépendantes et des valeurs morales se généralisent toujours plus. Si l'anthropologie médicale, singulièrement à travers ses courants critiques, s'est emparée du thème de l'internationalisation de la santé (Nichter 1994 ; Yoder 1997), peut-être toute la mesure de la globalisation des bio-logiques n'a-t-elle pas été prise ? Tel est le propos avancé ici.

À cet égard, la littérature consacrée à cette « anthropologie de la globalisation », notamment le recueil déjà classique d'Arjun Appadurai (1996), porte davantage sur la dimension culturelle, avec une singulière fascination pour les phénomènes de métissage ou d'hybridation, d'un côté, et pour les raidissements ethniques ou fondamentalistes, de l'autre, que sur la dimension sociopolitique des réalités décrites et la distance par rapport à leur construction. Probablement ce défaut d'analyse politique est-il cause de la méfiance qu'inspire à Pierre Bourdieu et Loïc Wacquant (1998) l'usage, dans le travail savant, de ce mot à succès à travers lequel l'idéologie néo-libérale se donne comme voie d'avenir sans alternative. En suggérant ici de lier le local et le global dans l'étude des bio-politiques et en proposant même de parler de *globalisation de la santé*, c'est donc dans la perspective d'une anthropologie critique que je me situe (Packard 1989), non exclusive cependant d'une implication du chercheur dans les programmes sanitaires (Hahn 1999).

Cette terminologie ne va cependant pas de soi. Pour s'en tenir à deux références contrastées, on voit bien que lorsque Clifford Geertz (1986) caractérise ses travaux par « un rythme conceptuel interne », effectuant un « aller-retour dialecti-

que continu entre le plus local des détails locaux et la plus globale des structures globales en sorte qu'on arrive à les voir simultanément », il se situe au fond dans la filiation *maussienne* du « fait social total », s'efforçant de lier le tout et les parties. Alors que Michael Kearney (1995), dans sa revue de littérature sur le thème, définit, lui, la globalisation par « les processus sociaux, économiques, culturels et démographiques qui se produisent à l'intérieur des nations mais les transcendent, de telle sorte que l'attention focalisée sur les seuls processus, identités et unités d'analyse locaux donnerait une compréhension incomplète du local ». et s'inscrit donc explicitement dans une tradition braudélienne d'analyse des « systèmes-mondes ». Plutôt d'ailleurs qu'à une opposition entre deux significations, la première renvoyant à la totalité du local, la seconde à sa résonance mondiale, c'est à un glissement de sens que l'on a affaire : ce qu'étaient, dans la décennie quatre-vingt, le local et le global pour les anthropologues n'est pas superposable à ce qu'ils sont devenus dans les années quatre-vingt-dix. Évolution sémantique somme toute banale, mais qu'il faut considérer comme une sédimentation plutôt qu'une substitution. La lecture attentive de nombre de textes récemment parus sur ce sujet montre d'ailleurs de fréquents passages de l'un à l'autre des sens. Ne faut-il pas alors, en se référant aux « jeux d'échelles » dont parle Jacques Revel (1996), considérer que le mouvement entre le local et le global inclut indissociablement une double dimension : méthodologique, d'un côté, articulant le micro et le macro ; théorique, de l'autre, liant les réalités sociales et internationales ?

Appréhendée dans le domaine de la santé, la globalisation implique principalement deux processus. Premièrement, il s'agit de *l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé* (Browner 1989). Pour le dire simplement, l'état sanitaire d'une population observée dans un village ou un quartier, en quelque lieu que ce soit, est étroitement lié aux rapports de forces internationaux. Il n'est pas possible d'analyser des incidences de maladie, des prévalences de malnutrition, des taux de mortalité localement constatés, sans les inscrire dans l'histoire sociale, démographique, économique et politique de la région, du pays et du monde. Certes, l'impact de ces différents niveaux est éminemment variable selon les situations, mais l'interprétation doit s'efforcer d'en préciser la part respective et les liens. Cette première proposition résonne comme une antienne oubliée et il est vrai qu'elle renoue avec une « économie politique de la santé » (Doyal et Pennel 1979) trop vite remise dans les outils dépassés par les nouvelles réalités du monde. À la

différence de ces travaux pionniers, cependant, elle suppose un travail permettant de comprendre, à travers des biographies et des monographies notamment, comment l'ordre international ou national trouve sa traduction dans les représentations, les pratiques et les conditions locales : c'est ce que fait Paul Farmer (1992) dans son étude sur l'épidémie de sida en Haïti, révélant comment les rapports politiques et symboliques au sein de la société haïtienne, d'une part, entre l'île et les États-Unis, d'autre part, déterminent un dispositif complexe de soupçon et d'accusation qui a des conséquences concrètes sur la condition même des malades.

Deuxièmement, on a affaire à une *circulation mondiale des modèles* de santé (Zimmermann 1995). Il ne s'agit pas seulement de constater la diffusion planétaire des connaissances, des technologies et des produits de la médecine. C'est beaucoup plus largement et, on peut le penser, de manière plus décisive encore, le mouvement des idées, des images, des procédures et des méthodes. Les instruments de mesure, qu'il s'agisse d'indicateurs, d'enquêtes ou de tests statistiques, les notions, telles que les groupes à risque, le principe de précaution ou la surveillance épidémiologique, les programmes, comme les campagnes de vaccination ou d'éducation sanitaire, sont des produits des relations scientifiques et politiques internationales. Plutôt qu'à un retour à des lectures diffusionnistes qui n'auraient guère plus de pertinence aujourd'hui qu'elles n'en ont eu par le passé, c'est, pour reprendre l'expression de Marc Augé (1994), la question de la « contemporanéité des mondes » qui se trouve ici posée. Il s'agit donc de repérer comment s'élaborent et s'échangent les instruments intellectuels par lesquels sont appréhendées les réalités du corps : c'est à ce travail qu'invite l'enquête d'Allan Young (1996) sur l'invention du syndrome de stress post-traumatique pour rendre compte des troubles psychiques des vétérans américains de la guerre du Viêt-nam et sur son universalisation à travers le DSM-IV, devenue la « bible » de la psychiatrie mondiale.

Il ne faut certes pas se méprendre sur le caractère de radicale nouveauté de ces phénomènes. La globalisation, celle de la santé pas plus que celle de l'économie ou de la culture, n'est pas complètement inédite. Comme j'ai essayé de le montrer en suivant les péripéties du débat entre universalisme et particularisme dans la santé publique internationale, de la médecine coloniale à la médecine humanitaire (Fassin 1997), on n'assiste pas à une évolution linéaire, mais, d'une part, à une tension permanente entre des positions contradictoires, et d'autre part, à des ren-

versements cycliques des rapports de forces entre elles. Plus significatif encore, la relecture des phénomènes contemporains à la lumière des travaux d'historiens invite non seulement à relativiser leur apparente exceptionnalité en y introduisant des impressions de déjà vu, mais surtout à découvrir autrement les réalités actuelles en dévoilant leur part cachée. Il est à cet égard révélateur que la critique la plus radicale de la manière dont a été posée, en Afrique, la question des causes et des développements du sida soit venue des historiens. C'est en effet dans « une perspective historique » utilisant les travaux réalisés sur la tuberculose et la syphilis durant la période coloniale que Randall Packard et Paul Epstein (1992) mettent en évidence, dans les premières années de l'épidémie de sida, les mêmes préjugés stigmatisants et les mêmes présupposés culturalistes orientant aussi bien la recherche que l'action. Plus troublant encore est leur constat du manque de distanciation des anthropologues sollicités par les responsables sanitaires et les médecins qui ne se montraient guère plus avertis ou critiques que ne l'avaient été leurs prédécesseurs du temps de l'administration coloniale ; c'est ainsi que l'interprétation de l'origine et de la progression de la maladie avait pu être mise sur le compte de pratiques rituelles et surtout sexuelles propices, à l'exclusion de toute analyse des conditions sociales, économiques et politiques qui sous-tendent le développement de l'infection.

Comment, d'ailleurs, comprendre l'explosion qu'a connue l'épidémie en Afrique australe, depuis le début des années quatre-vingt-dix, sans se référer, comme le fait pour la Namibie Douglas Webb (1998), à une « épidémiologie sociale » de l'infection ? Celle-ci doit tenir compte, d'un côté, des mouvements de population liés à la guerre, aux migrations de travail et à l'ouverture des *homelands* et, de l'autre, des rapports de violence instaurés par le régime d'apartheid et renforcés par les frustrations que suscitent la persistance des inégalités après sa disparition officielle. Et comment ne pas voir la portée symbolique et politique du refus opposé par le gouvernement d'Afrique du Sud aux dons parcimonieux de médicaments anti-rétroviraux que les pays occidentaux ont récemment proposés pour paraître combler le décalage croissant de la prise en charge de la maladie dans le monde riche et dans les sociétés pauvres ? Refus où se lit la trace des contentieux qui ont grevé, depuis le début de l'épidémie, les relations entre le Nord et le Sud et même, pourrait-on dire, entre les Blancs et les Noirs, ainsi que l'a montré Gilles Bibeau (1991). Ce qui se joue sur les scènes africaines du sida ne devient donc

signifiant qu'à la lumière d'une *histoire sociale et politique* où les rapports de pouvoir internationaux ont autant leur place que les rapports de pouvoir dans les sociétés elles-mêmes. L'échec des programmes de prévention, mais aussi l'incapacité de la plupart des analystes à les expliquer ont pour cause cette difficulté à saisir la maladie autrement que dans sa double dimension biologique, d'un côté, culturelle, de l'autre, alors que les conditions sociales et politiques de production de l'épidémie et surtout de sa gravité -car le sida n'est pas seulement une infection qui touche beaucoup plus fréquemment les Africains, elle est aussi une maladie dont ils meurent beaucoup plus et plus vite que les autres demeurent dans l'ombre. Comme l'écrit Paula Treichler (1992), l'histoire du sida dans le Tiers Monde est aussi une « chronique du premier monde » et notamment de ses scientifiques.

La pertinence d'une anthropologie de la santé peut ainsi s'apprécier à la mesure de sa capacité à rendre intelligibles des enjeux qui dépassent le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le secteur de la santé. Car si, comme on l'a vu, la production de la santé consiste en une traduction de réalités sociales dans le langage sanitaire, ce sont bien les *effets de sens* ainsi constitués qu'il s'agit de repérer et d'interpréter. Ces effets de sens sont d'ailleurs d'autant plus importants à saisir qu'ils tendent à échapper à l'analyse par un double mécanisme d'opacification. D'une part, la santé semble toujours faire consensus. Autour du corps souffrant, la légitimité de son intervention est présentée comme allant de soi : qui pourrait contester que l'on soulage des malades ou que l'on prévienne des décès ? D'autre part, la santé paraît toujours une affaire de spécialistes. Ses discours et ses dispositifs prétendent offrir des solutions techniques à des problèmes concrets, indépendamment de toute position idéologique : que viendraient faire le citoyen et, *a fortiori*, l'anthropologue, eux qui sont tellement étrangers au savoir biologique et médical ? C'est donc à la fois contre la propension *compassionnelle et au-delà des apparences techniques* qu'il s'agit de rendre la santé signifiante.

Ces mécanismes d'occultation ne sont jamais aussi puissants que quand ils opèrent dans les relations internationales ou, plus précisément, dans la mise en oeuvre locale de programmes globaux. La Conférence de Nairobi de 1985, sous l'égide de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé, avait fait de la réduction de la mortalité maternelle une priorité internationale. À sa suite, les premiers programmes dits « Pour une maternité sans risque » ont été lancés et ils ont évidemment fait l'objet d'un accueil très favorable dans tous les pays, sin-

gulièrement en Amérique latine. Un peu partout sur ce continent, surtout en Équateur où j'ai mené des enquêtes sur cette question avec Anne-Claire Defossez (1992 : 23-36), une politique orientée vers la santé maternelle a ainsi été mise en place sur des bases simples : puisque les femmes meurent en couches essentiellement faute de soins obstétricaux, il faut les inciter à accoucher dans les maternités et, puisque le risque léthal s'accroît évidemment à chaque naissance, il faut développer la planification familiale. Et il n'a pas manqué d'anthropologues pour confirmer qu'effectivement les populations indiennes n'accèdent pas aux services de santé « pour des raisons culturelles ».

Deux présupposés n'étaient pourtant pas remis en cause. Premièrement, le choix d'actions orientées exclusivement sur la dimension reproductive de la santé des femmes. Deuxièmement, la limitation de la question à une simple affaire médicale trouvant sa réponse dans une meilleure adaptation des populations à leur système de soins. Or, ces deux éléments sont éminemment problématiques. D'une part, en effet, concentrer les programmes sanitaires sur la santé maternelle ne se justifiait pas plus épidémiologiquement - d'autres causes de décès étant plus fréquentes, notamment les cancers génitaux, les avortements et les tuberculoses que politiquement, puisqu'elles revenaient à entériner une restriction du rôle social des femmes qui, justement, participait de leur domination. D'autre part, expliquer les faibles taux d'accouchements en milieu hospitalier par des raisons culturelles conduisait à occulter les conditions physiques et économiques d'accès aux soins, ainsi que le traitement discriminatoire que les femmes indiennes subissaient dans les maternités. Derrière la double légitimation de ce programme, compassionnelle (la mort d'une mère, dont les documents officiels rappellent de surcroît les conséquences sur la santé de ses enfants) et technicienne (impliquant un renforcement des réseaux de maternités et une diffusion de messages d'éducation), on retrouve ainsi la réduction de la santé à ses dimensions biologique (exemplifiée à travers la reproduction) et culturelle (pensée en termes d'obstacles). C'est donc au prix d'un travail critique, portant à la fois sur les processus globaux d'énonciation des règles internationales de la santé publique et sur les sociétés locales où elles sont appliquées, que l'on peut dévoiler les significations d'actions de santé, lesquelles suscitent un *accord* tel dans le monde social qu'elles échappent souvent à toute interprétation

CONCLUSION :

la santé, entre politiques du vivant et politiques de la vie

[Retour à la table des matières](#)

S'il est probable que des situations nouvelles et des défis inédits vont se présenter aux anthropologues qui, dans le futur, travailleront sur ces réalités où le corps est soumis aux épreuves du politique, il est encore plus assuré qu'ils seront également confrontés à des faits qui feront appel aux mêmes exigences de leur discipline et à des problèmes qui n'ont cessé d'occuper leurs débats. En particulier, se posera à eux la question de la *sélection* et de *l'interprétation* de leurs objets. J'ai essayé, dans ce texte, de montrer le double risque qu'il y aurait, à cet égard, à limiter l'exploration des bio-logiques aux plus hauts lieux de leurs manifestations, en oubliant les recoins plus obscurs où se jouent parfois des écarts d'espérance de vie de plusieurs dizaines d'années, et à restreindre l'analyse de la maladie à ses dimensions culturelles ou individuelles, au détriment des approches historique et politique. Risque dont l'annonce ne s'appuie pas sur une prédiction, mais tout simplement sur l'examen du passé. Risque dont les conséquences ne sont pas seulement scientifiques, mais qui touchent également à la position des sciences sociales dans la cité.

L'héritage de la théorie du bio-pouvoir de Michel Foucault a emprunté deux voies distinctes. La première, sur laquelle est engagé Paul Rabinow, revendique la tradition de Georges Canguilhem et de sa philosophie des sciences. Elle explore le vivant et sa connaissance, la manière dont les savoirs nouveaux impliquent de nouveaux rapports de pouvoir, mais aussi de socialité. La seconde, sur laquelle Giorgio Agamben poursuit sa quête, s'inscrit dans la filiation d'Hannah Arendt et de sa philosophie politique. Elle étudie la vie et ses formes, la façon dont le pouvoir se manifeste dans les corps et dont l'existence civique s'articule à la vie physique. La *politique du vivant*, qui se déploie sur le premier axe, a pour espace privilégié le laboratoire de recherche. Elle s'efforce d'appréhender les transformations de l'humain par les biologiques. La *politique de la vie*, qui explore le second

axe, a pour horizon ultime le camp de concentration. Elle tente de montrer les biologiques à l'œuvre dans la production de *l'homme et de ses droits*

La position défendue ici est que politique du vivant et politique de la vie sont les deux faces de la *bio-politique*, que les questions de l'humain et de l'homme renvoient toutes deux à un enjeu commun d'humanité et, enfin, que la santé, telle qu'elle a été précédemment définie, offre une perspective sinon de synthèse. au moins de mise en relation des deux traditions philosophiques et des deux dimensions anthropologiques. Loin de relever d'univers de compréhension différents, les logiques sociales et les présupposés moraux qui sous-tendent aujourd'hui la fabrication du génome et ses utilisations potentielles, d'un côté, la médecine humanitaire et ses implications internationales, de l'autre, doivent être pensées ensemble, pour comprendre les valeurs implicites qui orientent les représentations du vivant et de la vie. De même, les choix stratégiques effectués par des laboratoires pharmaceutiques dans la recherche de nouvelles molécules ou l'abandon d'anciens médicaments ne sont pas sans rapport avec les réalités épidémiologiques des maladies parasitaires ou infectieuses dans le Tiers Monde. et les uns comme les autres traduisent des hiérarchies implicites d'humanité entre populations solvables et non solvables et des modalités d'expression des bio-politiques que les sciences sociales se doivent d'appréhender.

Si elle ne peut évidemment prétendre à un monopole sur ce champ de recherche, *l'anthropologie de la santé*, telle que j'ai voulu la défendre dans ce texte, peut y apporter une contribution particulière. Comme anthropologie, elle a vocation à lier l'approche minutieuse et attentive du travail ethnographique et la perspective plus large du comparatisme, implicite ou explicite, qu'elle met toujours en œuvre. En tant qu'elle s'intéresse à la santé, elle tisse, à partir de réalités ordinaires, des liens entre les politiques du vivant et les politiques de la vie qui, assurément, seront parmi les enjeux cruciaux des temps à venir.

RÉFÉRENCES

[Retour à la table des matières](#)

ACKERKNECHT E.H., 1948, « Anticontagionism between 1821 and 1867 ». *Bulletin of the History of Medicine*, 22 : 562-593.

AGAMBEN G., 1997. *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris. Seuil.

APPADURAI A., 1996, *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis. University of Minnesota Press.

ARENDET H., 1995, *Qu'est-ce que la politique ?* Paris, Seuil.

AUGÉ M., 1984, « Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement » : 35-91, in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, sociologie, histoire de la maladie*. Paris, Editions des archives contemporaines.

1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26, 1-2 : 81-90.

1994, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris, Aubier.

BAYER R., 1992, « Entering the Second Decade : The Politics of Prevention, the Politics of Neglect » : 207-226, in E. Fee et D. M. Fox (dir.), *AIDS. The Making of a Chronic Disease*. Berkeley, University of California Press.

BECKETT K., 1996, « Culture and the Politics of Signification : The Case of Child Sexual Abuse », *Social Problems*, 43, 1 : 57-76.

BIBEAU G., 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, 15, 2-3 : 126-146.

BOURDELAIS P., 1994, *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Paris, Odile Jacob.

BOURDIEU P. et L. WACQUANT, 1998, « Les ruses de la raison impérialiste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 121-122 : 109-128.

BROWNER C., 1989, « Women, Household and Health in Latin America », *Social Science and Medicine*, 28, 5 : 461-473.

DOYAL L. et I. PENNELL, 1979, *The Political Economy of Health*. Londres, Pluto Press.

DOZON J. P., 1985, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 3, 3-4 : 27-56.

FAINZANG S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris, Cahiers de l'Homme.

FARMER P., 1992, *AIDS and Accusation. Haïti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.

FASSIN D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Presses Universitaires de France.

1997, « L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme », *Esprit*, 229 : 83-105.

1998a, « Les politiques de la médicalisation. Avant-propos » : 1-13, in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*. Paris, Anthropos.

1998b, « Politique des corps et gouvernement des villes » : 7-46, in D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.

1999, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Karthala.

FASSIN D. et A. C. DEFOSSEZ, 1992, « Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur », *Cahiers de sciences humaines*, 28, 1 : 23-36.

FEIERMAN S. et J. JANZEN (dir.), 1992, *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley, University of California Press.

FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.

1994, *Dits et écrits. 1954-1988*. Paris, Gallimard.

FREUND J., 1986, *L'essence du politique*. Paris, Sirey.

GADAMER H. G., 1998, *Philosophie de la santé*. Paris. Grasset-Mollat.

GAINES A. D., 1998, « From Margin to Center : From Medical Anthropology to Cultural Studies of Science », *American Anthropologist*, 100, 1 : 191-194.

GEERTZ C., 1986, *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. Paris. Presses Universitaires de France.

GOOD B. J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge. Cambridge University Press.

HAHN R. A., 1999, ((Anthropology and the Enhancement of Public Health Practice » : 3-24. in R. A. Hahn (dir.), *Anthropology in Public Health. Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford, Oxford University Press.

HATZFELD H., 1971, *Du paupérisme à la Sécurité sociale, 1840-1950*. Paris, Armand Colin.

KEARNEY M., 1995, « The Local and the Global : The Anthropology of Globalization and Transnationalism », *Annual Review of Anthropology*, 24 : 547-565.

KLEINMAN A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

1988, *The Illness Narratives : Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books.

1995, *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology, and Medicine*. Berkeley. University of California Press.

LOCK M. et N. SCHEPER-HUGHES, 1990, « A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology : Rituals and Routines of Discipline and Dissent » : 47-72, in T. M. Johnson et C. F. Sargent (dir.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*. New York. Greenwood Press.

LOVELL A. et I. FÉRONI, 1998, « Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille » : 202-238, in D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.

LYONS M., 1988. « *Sleeping Sickness. Colonial Medicine and Imperialism : Some Connections in the Belgian Congo* » : 242-256, in R. McLeod et M. Lewis (dir.), *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and The Experience of European Expansion*. Londres, Routledge.

McCULLOCH J., 1994. *Colonial Psychiatry and the 'African Mind'*. Cambridge. Cambridge University Press.

MASSE R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.

MITRANI P., 1982, « *Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine* », *L'Homme*, 22, 2 : 93-104.

MORGAN L., 1990, « *The Medicalization of Anthropology : A Critical Perspective on the Critical-Clinical Debate* », *Social Science and Medicine*, 30, 9 : 945-950.

MORSEY S., 1990, « *Political Economy in Medical Anthropology* » : 26-46, in T. M. Johnson et C. F. Sargent (dir.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*. New York, Greenwood Press.

NELKIN D. et S. LINDEE, 1998, « *Du gène comme icône culturelle* », *La Recherche*, 311, 98-101.

NICHTER M., 1994, « *Illness Semantics and International Health : The Weak Lungs/TB Complex in the Philippines* », *Social Science and Medicine*, 38, 5 : 649-663.

OGIEN A., 1994, « *L'usage de drogues peut-il être un objet de recherche ?* » : 7-12, in A. Ogien et P. Mignon (dir.), *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation française.

PACKARD R., 1989, « *Industrial Production, Health and Disease in Sub-Saharan Africa* », *Social Science and Medicine*, 28, 5 : 475-496.

PFOHL S., 1977, « *The 'Discovery' of Child Abuse* », *Social Problems*, 24 : 310-323.

RABINOW P., 1996, *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, Princeton University Press.

RANGER T., 1992, « Plagues of Beasts and Men : Prophetic Responses to Epidemic in Eastern and Southern Africa », 241-268, in T. Ranger et P. Slack (dir.), *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge, Cambridge University Press.

REVEL J., 1994, « Micro-analyse et construction du social » : 15-36, in J. Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*. Paris, École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Gallimard, Seuil.

SCHEPER-HUGHES N., 1992, *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.

SCOTCH N. C., 1963, « A Medical Anthropology », *Biennial Review of Anthropology* : 30-68.

SINDZINGRE N. et ZEMPLÉNI A., 1982, « Anthropologie de la maladie », *Bulletin d'Ethnomédecine*, 15 : 3-22.

SINGER M., 1989, « The Coming of Age of Critical Medical Anthropology », *Social Science and Medicine*, 28 : 1193-1204.

1995, « Beyond the Ivory Tower : Critical Praxis in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 9, 1 : 80-106.

STEFFEN M., 1995, *Les politiques publiques face au défi du sida. Comparaison internationale dans quatre pays européens : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie*. Grenoble, CERAT.

TAUSSIG M., 1987, *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*. Chicago, University of Chicago Press.

THÉBAUD-MONY A., 1991, *La reconnaissance des maladies professionnelles*. Paris, La Documentation française.

TREICHLER P., 1992, « AIDS and HIV Infection in the Third World : A First World Chronicle » : 377-412, in E. Fee et D. M. Fox (dir.), *AIDS. The Making of a Chronic Disease*. Berkeley, University of California Press.

TURNER B., 1992, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. Londres, Routledge.

VAUGHAN M., 1992, « Famine Analysis and Family Relations : Nyasaland in 1949 » : 71-89.

in S. Feierman et J. Janzen (dir.). *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley. University of California Press.

VIGARELLO G.. 1998, *Histoire du viol. XVIe-XXe siècle*. Paris. Seuil.

WALTER A., 1983. « Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives ». *Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines*, 18. 4 : 405-414.

WEBB D.. 1998. « The Sexual and Economic Politics of Reintegration : HIV/AIDS and the Question of Stability » : 222-239. in D. Simon (dir.). *South Africa in Southern Africa*. Reconfiguring the Region. Oxford, James Currey.

WEBER M., 1978 [1921], *Economy and Society*. Berkeley, University of California Press.

WOOLGAR S. et D. PAWLUCH, 1985. « Ontological Gerrymandering : The Anatomy of Social Problems Explanations ». *Social Problems*, 32, 3 : 214-237.

YODER S., 1997. « Negotiating Relevance : Belief, Knowledge, and Practice in International Health Projects », *Medical Anthropology Quarterly*, 11. 2 : 131-146.

YOUNG A., 1996, *The Harmony of Illusions. An Ethnographic Account of Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.

ZIMMERMANN F., 1995, *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*. Paris. Presses Universitaires de France.

Fin du texte