

Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé

Bernard Hours *

S'il est une norme, une valeur et une aspiration universelle aujourd'hui c'est bien celle de la santé qui, en quelques décennies, a touché les populations de tous les continents, les riches comme les moins aisés.

Cette évolution peut être analysée à travers des étapes, diachroniques pour les historiens, ou des «objets-étapes» qui peuvent être construits par les anthropologues pour baliser un paysage de sens, dans ses différentes et successives formulations. La notion d'étapes s'entend ici comme périodes d'une lecture anthropologique et politique de la santé formulée à trois moments, sur trois approches de la santé produisant trois objets. La réflexion porte sur la construction de ces trois objets.

La construction des objets en anthropologie est un élément central de la recherche lorsqu'elle va au-delà de la description ethnographique dont la limite est sa propre énonciation descriptive. Quand bien même l'idéologie scientifique ethnographique demeure vivace dans les milieux académiques, les avancées de l'anthropologie s'appuient sur la construction d'objets plus ou moins nouveaux, souvent sur la reconstruction d'objets anciens, en tout état de cause sur un travail de et sur l'objet.

J'aborderai successivement trois objets que j'ai été amené à construire dans mes travaux passés et présents. La santé y est présente, voire centrale, la médecine étant au plus loin des questions posées. Si l'objet médecine demeure un domaine de recherche fréquenté, les évolutions les plus significatives en anthropologie médicale semblent désormais porter autant sur la santé que sur la maladie ou la médecine qui sont des objets pertinents mais limités et circonscrits.

Ces objets sont construits dans la mesure où ils ne sont pas donnés comme les objets ethnographiques. Leur réalité ne s'observe pas avec les yeux, ni ne se touche avec les doigts. Elle résulte d'une démarche d'analyse et de raisonnement appuyée sur des observations, des entretiens, auprès d'acteurs pertinents dans le champ et dont les conduites, les représentations, sont problématiques, c'est-à-

* Anthropologue, IRD, UR «Travail et mondialisation», 32, rue Henri Varagnat, 93143 Bondy cedex, hours@bondy.ird.fr.

dire susceptibles de nourrir la construction d'une problématique fondant l'objet. Construire un objet suppose de ne pas se contenter de l'apparence «des faits» et de considérer que ceux-ci sont porteurs d'une «vérité» pauvre ou plate. La construction des objets anthropologiques passe d'autre part par l'élaboration d'hypothèses problématiques qui rendent réels les objets scientifiques construits.

Tous les objets évoqués ici ont en commun de porter sur une norme positive de Bien, culturellement et historiquement formulée en Occident, où la santé semble occuper la place centrale, avant-hier dévolue aux religions du salut. Comme le montre l'épidémie récente du SRAS, la gestion globale des risques stigmatise et marginalise ceux qui en refusent les contraintes, qu'il s'agisse d'individus, de collectivités, d'États. L'ordre se négocie de moins en moins, dans les domaines de l'économie et de la santé, deux piliers du processus de globalisation contemporain.

J'aborderai donc successivement trois objets. Tout d'abord la santé publique comme champ politique, puis l'action humanitaire comme idéologie occidentale, enfin la «santé parfaite» comme norme globalisante.

Construction de l'objet nommé santé publique

Au début des années 1980, la notion de santé publique désignait comme aujourd'hui les politiques publiques, les stratégies visant à améliorer la santé des populations, les appareils institutionnels chargés des tâches préventives et curatives de santé. Les progrès de la médecine étaient proches et la profession médicale jouissait encore d'une autorité morale peu contestée dans la société. À la même époque, ce qu'on appelle aujourd'hui anthropologie médicale s'appuyait principalement sur une approche ethnomédicale, naturaliste d'inspiration, sur une ethnologie de la maladie d'orientation culturaliste, conformément à l'idéologie scientifique de l'époque.

Dans ce paysage, et en forme de relative rupture, est née l'anthropologie de la maladie, à partir des travaux de M. Augé et A. Zempleni. Elle met en avant la maladie comme événement et désordre social, et cherche à formuler la logique des représentations de la maladie et de son traitement. Une véritable école française est née en la matière, qui a connu son apogée tout au long des années 1980, à travers des ouvrages et des thèses nombreux. Le titre d'un ouvrage particulièrement important de Marc Augé et Claudine Herzlich illustre bien le propos: le sens du mal [1984]. La maladie y apparaît comme un objet socialement et culturellement construit, et c'est cette construction que l'anthropologie de la maladie prend pour objet. Cela représente pour la discipline une avancée importante, dépassant l'horizon parfois limité de l'ethnomédecine et de ses présupposés matérialistes, naturalistes ou folklorisants.

Fort de cet héritage, je me suis efforcé, pour ma part, de chercher la logique des représentations non plus de la maladie observée dans un champ villageois ou «ethnique» mais dans le champ des thérapies ou soins dits «modernes» ou bio-

médicaux, observés à l'hôpital, au dispensaire, là où, avant ou après les recours dits «traditionnels», selon le vocable de l'époque, les malades viennent chercher la guérison, dans des termes proches de ceux qu'on observait au village, mais sur un registre différent et dans la proximité imaginaire d'un État thérapeute, neuf et indépendant en principe.

La santé publique constitue un champ très propice à la construction d'un objet anthropologique. On y observe des pratiques thérapeutiques, des rapports sociaux entre des acteurs, des représentations qui livrent leurs logiques.

Tous ces éléments contribuent à la construction de l'objet. L'examen des itinéraires thérapeutiques (pratiques) a permis de récolter de nombreux matériaux décrivant les conduites des malades. Si l'on peut identifier des segments de régularité, l'attente technocratique de modèles de choix médicaux en vue de planification demeure vaine, comme toutes les expectatives programmatrices univoques adressées à l'anthropologie.

Les itinéraires thérapeutiques ne sont en effet que des faits observés, tout comme le pluralisme médical n'est qu'un constat. L'activité de construction théorique débute en aval de ces relatives évidences qui représentent un stade nécessaire mais insuffisant de la recherche, lorsque celle-ci veut s'interroger sur le pourquoi, au-delà du comment. L'analyse des discours des malades, des médecins, des infirmiers livre les logiques d'un champ dont la cohérence spécifique naît de la totalité de la situation, sociale, thérapeutique, politique, envisagée.

Pour nommer ce champ, il y a peu d'alternatives à l'usage du concept de santé publique puisqu'il s'agit d'institutions (publiques ou associatives) qui présentent une offre de soins à une population malade. Les interactions observées dans ces institutions où se rencontrent – souvent mal – une offre de soin et une demande de guérison, qui est tout autre chose qu'un simple besoin, m'ont permis d'avancer l'hypothèse que ces rapports sociaux, où la santé et la maladie sont mêlées, mettent à jour des représentations dont la logique constitue une question d'anthropologie importante.

Les anthropologues, à cette époque, opposèrent une vive résistance ou au mieux un scepticisme courtois dans la mesure où la mise en avant d'un objet anthropologique neuf – peu culturalisable – laissant supposer que «la médecine traditionnelle» ne constituait pas le seul réservoir de sens des pratiques thérapeutiques, portait une atteinte – à mes yeux discrète – à certains postulats d'un conservatisme banal et à l'occasion gardien du temple culturaliste pour lequel, hors de la monographie villageoise point de salut, voire une chute programmée dans une sociologie triviale.

Le passage du SIDA a remis les choses à leur place dans le domaine de la santé et de la maladie... et certains détracteurs de l'objet santé publique de l'époque l'ont aujourd'hui adopté, non par hasard mais par nécessité; et même si la fameuse distance de l'anthropologue à son objet demeure parfois problématique, entre ceux qui sont exposés à être «trop dedans» et ceux qui construiront leur identité sur un «trop dehors» [Massé, 1995].

Le recrutement des médecins anthropologues dans la recherche souligne le problème et il ne constitue malheureusement pas une solution. Une anecdote symptomatique rappelle ces enjeux réels et imaginaires. Mon ouvrage intitulé : *l'État sorcier, Santé publique et société au Cameroun* [Hours, 1986] me valut une polémique aussi brève qu'éclairante dans les *Cahiers d'Études Africaines*. Plusieurs collègues s'entêtaient de leur côté à m'interroger sur «le groupe ethnique» dont je parlais, alors que les patients de Douala se présentaient comme des malades de l'État, maltraités car mal soignés.

L'objet santé publique construit dans ce contexte a acquis une validité recon nue. Il s'agit de ce champ où se télescopent les offres de soins (publiques et ONG), les contraintes financières des systèmes de santé, les pressions multilatérales, la faiblesse économique et politique des États, les attentes et demandes des usagers qui sont des sujets politiques, dans des sociétés de conflits de pouvoirs, où la vie (aujourd'hui identifiée à la santé en Occident) et la mort (identifiée à la maladie) interpellent chacun, sans exception, sur sa place dans la société. De cette place, dont chacun parle, dépend souvent la façon de gérer la maladie et la santé.

La mise en place d'un objet santé publique désormais bien inscrit débouche en outre sur une anthropologie politique de la santé. Du désordre social observé au village, nous voilà désormais face à une mesure du lien social essentielle dans les institutions thérapeutiques. Le SIDA a constitué un remarquable révélateur de ces pistes inscrites dans l'objet santé publique. S'il existe bien des phénomènes de néo traditionnalismes et de retour au village, parce que l'opposition tradition/modernité a peu de sens, le passage par les institutions de santé est central, presque incontournable, et il structure les représentations avec autant (ou plus) de force que la culture. La «culture santé» qui se met en place avec les phénomènes de globalisation est transculturelle puis reculturalisable, dans cet ordre.

On pourrait y voir un nouvel objet (voir *infra* la santé parfaite). Les retours dont il s'agit sont bien des retours et ils n'ont rien de négociations entre «tradition et modernité». C'est la crise de la consommation de modernité qui revalorise «la tradition». Il s'agit plus, à mon sens, d'un épiphénomène que d'un phénomène qui semble être celui de l'extension planétaire des normes de santé occidentales en cours.

Les dimensions politiques de la santé publique sont aujourd'hui reconnues. On devrait pousser l'affirmation plus loin et concevoir la santé publique comme un champ directement politique à travers les responsabilités thérapeutiques de l'État, problématique désormais actuelle s'il en est. L'État thérapeute, capable ou inapte, est au cœur des représentations de l'ordre.

Cette universalisation des normes occidentales en matière de santé sert de vecteur, avec les droits de l'homme, au développement de la médecine d'urgence, partie emblématique de l'action humanitaire et creuset de son idéologie. Il s'agit du second objet abordé.

L'action humanitaire comme idéologie occidentale

L'action humanitaire apporte une emphase spécifique sur la santé des «Autres» lointains, dotés d'un «droit à la vie» dont l'énonciation est nouvelle. Du développement de l'action humanitaire, à partir de la médiatisation de l'urgence médicale au nom des droits de l'homme, à la construction d'un objet «idéologie humanitaire», s'inscrit une démarche qui tente de formuler le sens du message humanitaire, du discours d'intervention incluant l'ingérence, enfin de l'instrument politique humanitaire aujourd'hui. Il s'agit aussi d'un chapitre du rapport entre les sociétés diverses, c'est-à-dire de gestion de l'altérité à la fin du XX^e siècle.

La médecine d'urgence a connu à partir des années 1980 un développement croissant à tel point que les «french doctors» ont un moment constitué un symbole d'aventure humanitaire positive entretenu par les médias. Au-delà du sauvetage, souvent temporaire, de «victimes» de catastrophes naturelles ou politiques – et la notion de catastrophe politique est un effet de l'idéologie humanitaire – s'est développée une approche thérapeutique planétaire, ou une thérapie mondialisée à base de traitements de survie pour les victimes et de droits de l'homme. Les soins sont mis en œuvre au nom d'un «droit à la vie» en vue, suppose-t-on, de jouir de droits de l'homme grâce à une santé restaurée. Ce résumé permet d'observer le rôle idéologique de la santé comme valeur occidentale de référence. Le noyau historique de l'action humanitaire est largement médical et les médecins y ont trouvé une nouvelle dignité un moment. La reprise en main des États par l'humanitaire militaire, puis la récupération du droit d'ingérence par ces mêmes États, a mis un terme à la notoriété humanitaire des médecins, héros désormais concurrencés sur le plateau par les soldats.

Pour construire l'idéologie humanitaire [Hours, 1998] je suis parti de cette médecine d'urgence, de ses dérivés idéologiques et des non dits de ses pratiques. La médecine humanitaire [Lebas, Veber, Brucker, 1994] a tenté, sans succès, de se constituer en nouvelle discipline mais elle présente plusieurs caractères propres. Elle associe, voire agglomère, un «droit à la vie» entendue comme vie biologique du corps, celle dont s'occupent les médecins, et les droits de l'homme qui supposent des traitements dignes et des États démocratiques.

La démocratie, dans son modèle occidental, est ainsi attachée avec une fonction thérapeutique avérée. Du même coup, l'absence de démocratie devient une pathologie politique grave, ce qui présume que la moralité c'est la démocratie occidentale. Au demeurant mieux vaut soigner les gens au nom de cette conviction qu'envahir les territoires non «démocratiques»... Le processus est néanmoins troublant qui associe santé et démocratie, contre violence politique et mort. À partir de cette constatation selon laquelle des logiques opaques permettaient de telles associations hautement problématiques j'ai analysé l'abondante littérature existante, j'ai observé les grands colloques médiatiques qui mettaient en scène les postulats humanitaires, j'ai fréquenté des collectifs d'ONG pour identifier les enjeux et contradictions de leurs pratiques, sur les terrains du Nord et du Sud.

Ces ONG sont les acteurs essentiels de l'action humanitaire et on peut les présenter à ce titre comme un «sous objet anthropologique». Ces organisations qui mettent en œuvre une morale globale dont l'idéologie humanitaire est l'épuration sont désormais des acteurs majeurs des rapports dits Nord-Sud, ou de leurs représentations. Leur statut moral et politique ambigu les désigne comme des objets de recherche pertinents, en particulier dans le domaine de la santé.

En confrontant les discours, les représentations véhiculées, les pratiques et problèmes des volontaires, souvent jeunes médecins, avant, pendant et après le choc du terrain, j'ai été amené à formuler l'hypothèse d'une logique idéologique d'occultation de l'altérité, phénomène colonial banal, mais avec d'autres paramètres et dans une autre époque. L'autre de l'humanitaire est en effet une victime anonyme lointaine, presque virtuelle, alors que l'altérité coloniale fonctionne dans une méconnaissance de proximité. L'Autre colonial est construit sur sa différence. L'Autre humanitaire est différent comme victime mais semblable comme détenteur de droits de l'homme abstraits.

Dès lors que ces pratiques et discours ont semblé opaques, contradictoires, idéologiques, mystiques parfois, l'action humanitaire est apparue s'appuyer sur un certain nombre de postulats idéologiques, politiques, médicaux, et la construction d'un objet anthropologique humanitaire, fondamentalement idéologique car pourvoyeurs d'évidences collectives susceptibles d'être interrogées et déconstruites – en particulier sur l'altérité –, s'est imposée. Elle supposait des investigations parmi les «acteurs idéologiques» que sont les ONG.

Rechercher les logiques idéologiques cachées derrière les évidences humanitaires basées sur les perceptions émotionnelles médiatisées expose le chercheur à passer pour dépourvu de cœur auprès des militants ou donateurs, ou encore pour un démolisseur de points de vues confortables appréciés comme tels auprès des mêmes. La générosité, l'humanité, la compassion, sont des valeurs suffisamment consensuelles pour que toute investigation ou regard porté sous l'autel de ces valeurs puisse passer pour inconvenant.

Au-delà des micro logiques villageoises, ethniques, dont l'anthropologie a rendu compte dans le passé, une macro anthropologie fait sens dans la mesure où l'on peut observer des effets de globalisation des représentations résultant des reconfigurations contemporaines du temps et de l'espace.

En déconstruisant l'idéologie humanitaire, en la construisant comme objet anthropologique, à travers une anthropologie critique de l'idéologie occidentale contemporaine, ce sont toutes les croyances occidentales qui se sont trouvées ébranlées, telles que la référence démocratique, le développement,... sans parler du caractère politique global de l'idéologie et de l'action humanitaire.

L'objet anthropologique que constitue l'idéologie compassionnelle humanitaire s'appuie sur une approche thérapeutique de l'altérité: la santé des autres en occupe le centre. C'est cela qui justifie l'intervention et l'ingérence, comme un médecin non appelé qui rentrerait par effraction pour sauver un malade muet et paralysé, comme les victimes humanitaires. Lorsque l'«Autre» apparaît d'abord

sous les traits de la victime, du malheur, du manque, du risque et de l'insécurité, la compassion se lit comme une forme très minimale du rapport à l'altérité. La dimension thérapeutique, particulièrement présente dans la médecine humanitaire, arrime solidement l'action humanitaire à la santé, en position de malade ou de victime. Le bénéficiaire, souvent frustré, d'un dispositif thérapeutique d'aide ou de soins oblige à resituer ces rapports dans un champ politique de dépendance, voire de domination.

Parce que l'idéologie humanitaire produit la moralité du capitalisme global, elle est indispensable et les États s'en sont saisis... jusqu'à opérer des guerres «préventives», comme la chirurgie préventive d'une tumeur en médecine. Pour le pire, plutôt que pour le meilleur, l'idéologie humanitaire représente une régression chirurgicale du politique. La dimension globale du phénomène, le prétexte central qu'y jouent la vie biologique et la santé (survie), au côté de la démocratie, renvoient à l'énorme puissance de la norme occidentale de santé rendue intégriste à force de tendre à devenir parfaite. Sauver ou prolonger la vie des «Autres» se présente comme une conséquence de l'extrême emphase mise sur la santé, identifiée à la vie en Occident et construite en aspiration et projet de santé parfaite.

La santé parfaite

Cette notion est empruntée à Lucien Sfez qui, dans son ouvrage [Sfez, 1995], analyse la dimension utopique du projet de santé parfaite. Mon propos est parallèle et porte sur le caractère global et globalisant de cette aspiration profondément occidentale et occidentalocentrée. Le caractère utopique du projet analysé, je m'attache à y trouver un autre chapitre de l'occidentalisme contemporain focalisé sur la vie biologique comme valeur essentielle qui érige la santé en norme centrale, dans un univers de gestion des risques de toute nature: sanitaires, biologiques, politiques, environnementaux. Seule la croissance économique capitaliste ne serait pas encore – probablement par omission programmée – un facteur de risque.

Tout comme l'idéologie humanitaire, la santé parfaite est un concept construit à partir des représentations collectives et des pratiques institutionnelles et sociales. Il s'agit d'une idéologie, c'est-à-dire de représentations cohérentes articulées et logiques qui produisent un sens orienté et univoque dont les conduites se nourrissent sous la pression des normes érigées.

Nous sommes donc dans un univers hautement normatif où la prolongation de la vie du corps biologique devient un projet majeur, voire une nouvelle norme occidentale de civilisation. De multiples conséquences en découlent quant à la nature du sujet en société. Celui-ci semble de plus en plus un corps et de moins en moins un sujet social et politique. La maximisation sécurisée, hédoniste et passablement solitaire d'une vie longue pour jouir durablement des biens et services présents sur le marché devient le projet occidental central, les obstacles définissant l'insécurité. Le fameux «individu» occidental s'identifie de

plus en plus à son corps comme temple de la vie, elle-même kermesse permanente de consommation ludique. Il en résulte logiquement que si le sujet devient un corps, le corps est identifié au sujet dans tous les exercices de gestion du réel. Il ne s'agit pas seulement d'épidémiologie des risques biologiques, mais aussi de la gestion de la place du corps dans la ville, dans les transports publics et privés, dans les loisirs, dans l'habitat. Ce corps, anonyme celui-là, est devenu le seul «proto-sujet» visible pour la société, remettant en question l'individualisme comme une fiction car il s'agit d'un corps de l'espèce, dont les marqueurs spécifiques ne sont considérées qu'en termes de gestion de l'espèce ou en signes de déviations.

La notion de «sécurité sanitaire» s'inscrit dans le projet de la santé parfaite. La sécurité, c'est bien cette prévention systématique des risques de toute nature, qui permet de prolonger la vie et de ne pas être victimes des chauffards et des délinquants, c'est-à-dire des Autres voisins, sans omettre les risques de transmission des maladies qui constituent l'Autre en danger permanent, sauf à vivre sous haute protection. Peur de l'Autre et peur de la maladie et de la mort ne sont donc que les principales faces de l'insécurité décuplée par l'interdépendance d'aujourd'hui.

La dimension civilisationnelle d'un tel système normatif de valeurs érigées autour de la santé comme marchandise première est manifeste, si l'on constate que les représentations contemporaines du bonheur en Occident sont essentiellement signifiées par des éléments corporels et financiers. La richesse et la santé recouvrent la quasi-totalité des aspirations pensables et la jouissance de la richesse suppose la santé qui est réduite à la vie comme condition et instrument de jouissance.

Ces phénomènes portent sur l'analyse du sens et sont donc abstraits. L'objet qui en résulte délimite le champ de l'analyse et les questions formulées en vue de «donner du corps» – si l'on peut dire – à une notion aussi peu réelle en apparence, que celle de santé parfaite. C'est la construction des sens de l'objet présumé qui lui confère alors son statut d'objet anthropologique. L'aspiration à la santé parfaite provoque certaines ruptures, dans les représentations de l'homme, qu'il convient d'analyser. La principale difficulté de construction de tels objets résulte du caractère de non lieu ou de lieu global où se développent ces représentations. La nature du terrain anthropologique s'en trouve modifiée puisque la notion de distance semble abolie. Pourtant les frontières de l'altérité sont partout au lieu de disparaître, dans ces scénarios de guerre contre les virus où chacun sort masqué dans les espaces publics. Ce prix payé en vue de réaliser l'utopie de la santé parfaite est tout à fait actuel. Ces nouveaux évitements, ces peurs «post modernes» s'enracinent nécessairement dans des pratiques du corps et des représentations de la vie et de la santé à partir desquelles l'anthropologie est en mesure d'alimenter la construction d'un objet.

Construire de nouveaux objets suppose parfois de sortir d'objets anciens ce qui n'invalide pas ces derniers. Il en va du dynamisme de la recherche, en parti-

culier dans des sciences non expérimentales comme les sciences sociales. Ainsi l'objet santé publique doit s'extraire de l'emprise de l'objet maladie. De son côté, l'idéologie humanitaire ne peut s'identifier qu'en sortant du tiers-mondisme et de l'humanisme néo colonial paternaliste. Enfin, il faut échapper au carcan de la gestion pour s'interroger sur le sens de «la vie durable» qu'est la santé parfaite. Cela requiert donc un travail sur les objets qui semble être dans la vocation de l'anthropologie.

La valeur d'un objet anthropologique ne se mesure pas à l'aune d'une réalité préétablie qui rassurerait le sens commun: celui de l'ethnographe, par exemple. Si l'observation et la description du réel constituent bien une étape importante en ethnologie, ceux qui en restent là ne sont pas fondés à contester la possible analyse des objets construits. Une hypothèse anthropologique et la construction de l'objet qui la valide ne sont pas le produit de pures spéculations mais bien l'articulation complexe qui lie observations, analyses, raisonnements.

Si la santé publique est aujourd'hui friande de stratégies basées sur des évidences (*evidence based*) c'est surtout l'aveu d'une relative impuissance à maîtriser les situations concrètes. La description ethnographique est souvent convoquée désormais pour servir d'alibi, de caution d'un prétendu réel, aux multiples secteurs de la gestion technocratique et virtuelle du monde, dont on sait qu'elle ignore ce qui peut tenir lieu de réalité dans une large mesure, faute de rapports avec des sujets réels. L'anthropologue demeure en charge de la formulation du sens et de ses logiques. Sa démarche de construction des objets, à la fois observante et spéculative, produit le sens caché qui gît dans les poches où s'accumulent les aspirations, les frustrations, les angoisses, les contraintes des acteurs sociaux les plus concrets d'une scène présente de rapports sociaux à la fois immanents et occultés.

Conclusion

Des trois objets présentés, aucun n'est donné, même pas «la santé publique» dont le sens demeure plurivoque malgré les fausses évidences technocratiques. Quant à l'idéologie humanitaire, elle est peu contestable tant ses effets sont désormais visibles, en politique en particulier. La santé parfaite constitue un objet marginal, par son abstraction, dans le champ de la recherche sur la santé. Objet prospectif s'il en est, c'est néanmoins un thème profondément anthropologique puisqu'il interroge le sens de la vie des hommes en société tel qu'il se formule sous nos yeux éblouis.

Ces «objets étapes» s'inscrivent dans une anthropologie politique de la santé dont la dynamique s'appuie sur la formulation de plus en plus prégnante d'une norme globale de santé. L'anthropologie est amenée à s'en saisir. Les dispositifs observés dans la «santé publique», «l'idéologie humanitaire» ou la «santé parfaite» ont toujours pour finalité d'empêcher l'œuvre de la mort. De la prévention à la protection, en passant par le sauvetage d'urgence, ces trois objets

traitent de pratiques et de représentations diverses qui s'inscrivent autour de l'objectif unique de santé. Dans les trois domaines, néanmoins, la nature du sujet de la santé est fort différente. Citoyen, victime, échantillon, enfermé dans un corps ou une quarantaine volontaire ou forcée, le statut des sujets de la santé demeure au centre du questionnement anthropologique et il reste durablement divers, même face au modèle unique.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M., HERZLICH C. [1984], *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines.
- HOURS B. [1986], *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- HOURS B. [1998], *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, Paris, L'Harmattan.
- LEBAS G., VEBER F., BRUCKER G. [1994], *Médecine humanitaire*, Paris, Flammarion.
- MASSÉ R. [1995], *Culture et santé publique*, Paris, Gaetan Morin.
- SFEZ L. [1995], *La santé parfaite*, Paris, Le Seuil.