

INTRODUCTION

L'universalisme bien tempéré de la santé publique

Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon

La santé publique s'est imposée, dans les sociétés contemporaines, comme un lieu central de l'espace social et politique. L'expression elle-même s'est banalisée dans le vocabulaire des médias comme dans le langage commun à mesure que l'importance de ses enjeux se faisait jour. De manière significative, au cours de la décennie quatre-vingt-dix, la France, de mauvaise élève de l'Europe en matière de pratiques de prévention que le « scandale du sang contaminé » avait révélée, est ainsi devenue le promoteur le plus radical du principe de précaution, au point de se retrouver désormais accusée par l'Union européenne de trop de zèle dans la gestion de la « crise de la vache folle ». Il ne s'agit là que des manifestations les plus visibles de phénomènes omniprésents par lesquels le sanitaire est devenu l'un des lieux d'interprétation du monde social et d'énonciation du discours politique. Bien entendu, l'administration collective de la maladie et les préoccupations publiques à l'égard du corps ne datent pas d'hier. Les historiens ont décrit l'émergence, à partir de la fin du XVIII^e siècle, d'une hygiène publique pour laquelle la France a précisément joué un rôle de précurseur et dont il est facile de montrer les continuités avec ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de santé publique. Il serait même possible de remonter au-delà, pour faire apparaître, dans le temps long, les permanences, tout autant que les ruptures, dans la prise en compte des questions sanitaires par les institutions sociales et politiques. Il n'en

demeure pas moins que la place occupée aujourd'hui par le gouvernement de la vie dans l'espace public constitue un fait probablement sans précédent.

Qu'est-ce que la santé publique ?

Soumise à son propre regard et même souvent à celui de ses critiques, la santé publique apparaît comme un savoir et un savoir-faire, une méthode et un état d'esprit. Elle est une pratique technique, à laquelle l'épidémiologie a pu donner ses lettres de noblesse, même si l'économie lui imposait dans le même temps son espace de contraintes. Face au monde de la décision, elle peut ainsi se présenter comme un domaine d'expertise : le spécialiste de santé publique se donne comme celui qui produit la connaissance dont a besoin le décideur pour agir ; en termes wébériens, il est le savant éclairant le politique. Ce partage des rôles placé donc clairement la santé publique du côté de la science, même si l'on ne cesse de rappeler qu'elle est une science appliquée, vouée à être mise en œuvre, destinée à servir au bien-être collectif. Approche utilitariste et conception techniciste sont indissociables, la seconde légitimant la première. Une telle lecture, si fondée soit-elle au regard d'une production scientifique qui a progressivement acquis, au travers de ses instruments de validation et de ses stratégies de reconnaissance, droit de cité dans le monde fermé des sciences biomédicales, n'épuise toutefois pas la signification des pratiques, y compris discursives, de la santé publique. Il n'y est pas seulement question de savoirs et de savoir-faire, mais aussi de discipline et de technologie pour reprendre une terminologie foucauldienne. L'identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistique du réel, elle implique également des présupposés à travers lesquels le monde social est déchiffré et interprété. *Les implicites de la santé publique*, autrement dit ce qui va de soi dans le travail quotidien de ceux qui se prévalent de son exercice : ainsi pourrait-on énoncer le propos général du présent ouvrage. Plus précisément, il s'agirait d'inventorier cette sorte de boîte noire d'évidences partagées et de lieux communs rarement décrite par ses praticiens et même par ses analystes, de mettre en question ce qui a fini par apparaître comme sa seconde nature et, par conséquent, d'en restituer la dimension culturelle. *La culture selon la santé publique* s'entend ainsi, pour nous, de deux manières distinctes, quoique liées.

D'une part, la santé publique est une culture qui, pour une large

part, se méconnaît elle-même comme telle. Se donnant pour une connaissance positive qui énonce des faits (par exemple, le risque relatif de survenue d'une maladie lié à un facteur donné, grâce au calcul duquel on pourra argumenter une campagne de prévention) et même des incertitudes (par exemple, l'incapacité d'établir formellement une absence d'association causale entre un agent et une pathologie, qui pourra servir à défendre une attitude de précaution), la santé publique se perçoit moins clairement comme sous-tendue par des normes et des valeurs (à commencer par la définition du bien-être sur laquelle elle s'appuie), inscrite dans des croyances et des coutumes (au même titre, d'ailleurs, que tout milieu social, fût-il scientifique). Paradoxalement, lorsqu'on parle de « culture de santé publique », c'est, en France, pour se plaindre de son absence : ainsi les grands maux du système sanitaire français sont-ils régulièrement expliqués par les spécialistes de ce domaine et par ses dignitaires les plus attitrés comme la résultante d'un « défaut de culture de santé publique » parmi les professionnels de la médecine et au sein des institutions sanitaires. Mais, par cette expression, il faut comprendre un déficit de savoirs et de savoir-faire, une insuffisante intériorisation de la méthode et de l'état d'esprit. La culture est alors simplement conçue comme un corpus de connaissances et de règles, mieux : un art de faire, qu'il s'agit d'appliquer et de transmettre. Les opérations de jugement et de classement qui sont au principe de cet art de faire, lorsqu'on l'emploie à mesurer ou à éduquer, échappent pour l'essentiel à l'analyse. Elles s'imposent comme de simples opérations techniques destinées à établir la vérité des faits et les principes de l'action. Or, les propositions qu'elle énonce, aussi bien en termes de réalités observées qu'en termes de normes prescrites, s'inscrivent dans un rapport à la fois symbolique et matériel au monde social qui constitue son véritable socle culturel. Dans cette perspective, on peut parler de *cultures politiques de la santé publique*.

D'autre part, la santé publique est confrontée à des cultures qui lui sont étrangères. Bien sûr, cette étrangeté est maximale lorsque l'on s'adresse à des populations vivant dans des sociétés lointaines ou bien originaires de ces sociétés : c'est sous les tropiques mais aussi parmi les immigrés que la distance entre les normes sanitaires prescrites et les conduites sociales observées apparaît comme la plus étendue aux promoteurs de la santé publique (notamment quand on prétend appréhender des représentations et modifier des pratiques en matière d'hygiène, de sexualité, de soins). La distance culturelle supposée ne tient cependant pas aux seules différences liées à l'origine géogra-

phique, elle opère aussi sur la base des inégalités sociales : ainsi, les milieux populaires ou pauvres sont-ils vus comme particulièrement rétifs au discours sanitaire (à cet égard la continuité est manifeste depuis deux siècles dans le domaine de l'éducation pour la santé). Pour autant, on n'a pas affaire à des cultures déjà constituées, celles des populations africaines ou des catégories précaires, mais bien à des constructions sociales qui se cristallisent dans la rencontre entre la santé publique et ses « publics ». De ce processus de construction résultent les analyses en termes de facteurs, de résistances ou d'obstacles culturels qui servent souvent à rendre compte des difficultés des programmes de santé publique en mettant en cause les comportements de leurs destinataires plus volontiers que les pratiques de leurs agents. Ces interprétations fondent de véritables *politiques culturelles de la santé publique*.

Les deux dimensions du rapport entre santé publique et culture sont du reste étroitement liées : c'est en se rendant invisible en tant que culture, que la santé publique produit l'Autre comme catégorie culturellement définie. Pour dépasser cette aporie, il faut donc considérer que l'on a affaire non pas à un *savoir* (énonçant des vérités sur la bonne conduite de l'existence) qui serait confronté à des *cultures* (supposées ignorantes ou irrespectueuses de ces vérités), mais bien à une *interaction entre des codes culturels* (formulant les uns et les autres des vérités par rapport à des théories locales). Perspective qui ne se veut pas radicalement relativiste (en ce qu'elle renverrait dos à dos tous ces codes comme équivalents en termes de fondement scientifique ou d'efficacité sanitaire), mais simplement pluraliste (en ce qu'elle reconnaît l'existence de ces codes et la nécessité de les prendre en compte comme tels).

Au demeurant, la santé publique elle-même ne se présente pas comme une culture homogène et stable, mais comme un ensemble de configurations culturelles différenciées et variables : différenciées, car les représentations et les pratiques de l'épidémiologiste travaillant dans un institut de recherche et appartenant à un réseau international dans son domaine scientifique ne sont pas assimilables à celles du médecin inspecteur de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales engagé dans des tâches principalement administratives, ou celles du coordinateur d'un programme de réduction des risques liés à l'injection de drogues développant des actions de proximité avec les habitants d'un quartier urbain ; variables, car les normes et les valeurs communément admises au sein d'une communauté de santé publique dépendent en partie des contextes nationaux

et des circonstances historiques, ainsi que le montrent la perméabilité changeante, selon les pays et les moments, des systèmes d'information sanitaire aux données de type ethnico-racial ou des politiques de protection maternelle et infantile aux pratiques de nature eugénique. La diversité culturelle n'existe donc pas seulement du côté de ceux auxquels s'adressent les actions sanitaires : elle prévaut également dans les mondes de la santé publique. Finalement, loin des certitudes que laissent supposer les travaux scientifiques sur lesquels elle fonde sa légitimité et les discours prescriptifs qui lui donnent sa justification sociale, la santé publique apparaît comme une *discipline incertaine* - de ce qu'elle sait et de ce qu'elle fait, mais aussi de ce qu'elle est, d'où son insistance à parler d'elle-même.

Les cultures politiques de la santé publique

Pour appréhender cette diversité culturelle, on peut d'ailleurs se livrer à un exercice d'anthropologie comparée, en se demandant si la santé publique, réputée moderne et récente, n'a pas d'équivalent dans d'autres sociétés ou d'autres temps. C'est ce détour que propose Jean-Pierre Dozon à partir d'un examen des *modèles cognitifs* sur lesquels repose la prévention. Le principe de préservation des formes multiples du mal, dont la maladie n'est que l'une des expressions, peut en effet être posé, à la lumière de la littérature ethnographique, comme universel. Pour autant, il est mis en œuvre selon des modalités distinctes qu'il est possible de regrouper en quatre schèmes : modèle magico-religieux, qui déploie des interdits et des obligations dans le registre sacré pour éviter ou faire reculer le malheur, à travers des rituels divinatoires et propitiatoires ; modèle de contrainte profane, qui relève de l'espace politique et procède par contrôle social, la forme paradigmatique en étant le cordon sanitaire ; modèle pastorien, qui, en s'appuyant sur la science et la technologie, s'inscrit résolument sur le terrain de l'efficacité, parfaitement illustrée par les succès historiques de la vaccination ; modèle contractuel, enfin, qui suppose l'acquisition d'un accord partenarial et dont l'éducation pour la santé serait la figure. Si l'on peut être tenté de lire ces modèles selon une progression chronologique, dans laquelle ils se situent effectivement pour partie, on aurait tort de croire qu'ils ne font que se succéder. Bien au contraire, on assiste à une sédimentation de ces quatre schèmes et, dans les sociétés contemporaines, qu'elles soient proches ou lointaines, se cristallisent des tensions entre les formes de croyances et de

pouvoirs qu'ils représentent. La prévention aujourd'hui serait alors une configuration variable des quatre modèles.

L'omniprésence de ce discours multiforme sur la prévention est précisément ce qui a conduit nombre d'analystes à s'interroger sur le statut de la santé publique dans le monde contemporain. Pour les uns, elle apparaissait comme une idéologie mettant en œuvre la domestication des corps, jusque dans l'intimité de la sexualité et les replis de l'âme : l'eugénisme en serait alors l'accomplissement le plus redoutable. Pour les autres, elle semblait une utopie pour des temps en mal d'idéaux : l'état de bien-être physique, mental et social servant à définir la santé dans les textes internationaux en serait l'expression la plus insipide. Idéologie, elle révélait des penchants dangereusement totalitaires. Utopie, elle devenait dérisoirement vaine. Cette double interprétation méconnaît cependant deux traits essentiels de la culture de la santé publique que Didier Fassin s'efforce de dégager : *sa rhétorique et son pragmatisme*. D'une part, la santé publique se caractérise, depuis ses origines dans l'hygiène publique, par la permanence d'un discours sur le monde et sur elle-même, ou, plus exactement, sur elle-même comme agent de transformation du monde. La prendre au mot, c'est surestimer considérablement ses moyens et son efficacité réels, mais c'est également ne pas voir que discourir lui est consubstantiel. Performative, la rhétorique de la santé publique l'est donc au moins autant en ce qu'elle fait exister la discipline qu'en ce qu'elle imprime ses messages dans les conduites de ceux auxquels elle s'adresse. D'autre part, la santé publique, loin de s'appliquer comme une doctrine, ne cesse d'avancer par compromis entre des injonctions contradictoires et des champs concurrents. Entre liberté privée et salubrité publique, entre les risques d'en faire trop ou pas assez, elle doit se frayer un chemin moyen dans l'incertitude et l'imprévisibilité. Faute de l'autorité dont elle se voudrait dotée, elle doit s'arranger avec les autres logiques, économiques ou politiques du monde social. Inflation du discours et nécessité du bricolage : les cultures de la santé publique sont, au fond, moins singulières, dans l'espace public, qu'on ne tend à le dire. Au contraire, il s'agit bien là de traits qui les rapprochent, au moins partiellement, des autres cultures politiques.

Expertise modeste, la santé publique n'en dispose pas moins d'instruments qui lui sont propres. Le premier d'entre eux est l'épidémiologie. L'invention de la statistique, au sens de l'arithmétique politique anglaise, peut être considérée comme la condition nécessaire de la naissance de l'hygiène publique au siècle dernier. La quantification apporte un mode de pensée nouveau qui rend possible l'intervention

non plus sur des corps, mais sur des populations. Le dénombrement ne suffit toutefois pas à une science qui se prétend moderne et se trouve de plus en plus confrontée à une médecine triomphante. Comme l'analyse Luc Berlivet, l'introduction du raisonnement et du calcul probabilistes va permettre, après la Seconde Guerre mondiale de renouveler les *bases scientifiques* de la santé publique. Temps fort de cette renaissance, l'établissement du lien étiologique entre la consommation de tabac et le cancer du poumon est bien plus qu'une démonstration qui permettra de justifier d'importantes campagnes de prévention ; il permet la formalisation de techniques nouvelles de validation des savoirs sur la maladie et sur le risque. Si la santé publique, en tant que discipline académique, mettra plusieurs décennies avant de tirer les enseignements de cette innovation, ainsi qu'on le constate à la lecture des manuels pédagogiques jusque dans les années quatre-vingt, l'épidémiologie probabiliste apparaît aujourd'hui comme un élément essentiel de sa légitimation aussi bien dans les institutions de recherche que sur les terrains de sa mise en œuvre, et ce jusqu'au niveau le plus local.

En filigrane dans chacun des développements qui précèdent, la question de la spécificité nationale des cultures de santé publique est au cœur de l'étude que Jean-Paul Gaudillière consacre à l'eugénisme français. Dans ce domaine où la science est aux confins de l'idéologie et où les connaissances peuvent se transmuier en politiques, il apparaît que les cultures sanitaires sont aussi des *cultures nationales*. Comparée aux approches anglo-saxonnes de l'hérédité, la démarche française se caractérise par une médicalisation plus marquée, un lien étroit avec les préoccupations natalistes et une articulation avec les pratiques hygiénistes, ce que révèle l'imposition de l'examen médical prénuptial dans l'entre-deux-guerres. Dans ce contexte, la question de la sélection des populations apparaît moins centrale que celle de la prévention de la transmission des fléaux sociaux, de même que l'enjeu de la race passe au second plan par rapport à celui de la nation. Les particularismes ne résultent toutefois pas seulement des histoires politiques et idéologiques, ils s'inscrivent aussi dans les histoires sociales et institutionnelles, et singulièrement dans les rapports de pouvoir au sein de l'espace médical. La place occupée par les médecins dans le dispositif public de santé et l'orientation de l'effort national vers la biologie et la clinique sont évidemment cruciales pour rendre compte de la faiblesse si souvent invoquée de la santé publique française. Ainsi reconsidérée, la spécificité culturelle nationale échappe au raisonnement essentialiste qui sous-tend généralement le plaidoyer de ses zélateurs aussi bien que la critique de ses contempteurs. Et ce d'autant

qu'au-delà des permanences intellectuelles dans la manière d'appréhender les problèmes dans chaque pays, on ne saurait sous-estimer les transformations des situations concrètes, l'hérédité mendélienne d'il y a cent ans ne posant pas tout à fait les mêmes questions à la santé publique que la génomique aujourd'hui.

Même lorsqu'on s'attache aux instruments en apparence les plus techniques, et donc considérés comme les plus neutres, du métier de la santé publique, on y retrouve la marque des normes et des valeurs qui sous-tendent les différents mondes sociaux, mais aussi les traits que leur confère leur inscription dans des institutions et des organisations particulières. Le risque, catégorie centrale de l'épidémiologie dont le sida a consacré l'usage dans l'espace public, en fournit une illustration convaincante. Alors même que tout est fait, dans les travaux scientifiques, pour lui donner le contenu le plus objectif possible, en le ramenant à une simple affaire de calcul statistique qui n'impliquerait aucun présupposé particulier, Marcel Calvez montre qu'elle opère comme la *ressource culturelle* centrale permettant d'effectuer des classements entre des populations. Que l'expression ambiguë de « groupes à risque » ait été rapidement écartée et qu'on lui ait légitimement préféré les locutions « facteurs de risque », dans les enquêtes, ou même « groupes de transmission », dans le système d'information sanitaire, ne change rien, ou presque, au fait que sont ainsi constituées, implicitement, des catégories où la norme sanitaire se trouve promue au rang de norme sociale, comme on le voit pour le monopartariat sexuel. Mais si la notion de risque implique toujours une dimension morale, là encore les sensibilités nationales interviennent comme des médiations entre le champ scientifique et les mondes sociaux : par exemple, les conséquences pratiques que l'on tire de l'identification de risques épidémiologiques ne sont pas semblables si l'on met en œuvre des mesures contraignantes de dépistage obligatoire ou des approches libérales reposant sur l'information. Avec les mêmes outils, toutes les cultures de santé publique ne se construisent pourtant pas de manière identique.

La comparaison entre les politiques française et britannique en matière de réduction des risques infectieux parmi les usagers de drogues, telle que la propose Hervé Hudebine, en fournit l'illustration. Si le « retard français » a souvent été interprété comme la conséquence à la fois des réticences des responsables politiques à s'engager dans des pratiques peu conformes à l'idéologie répressive prévalant sur ces questions et des réserves exprimées par les psychiatres à l'encontre de toute remise en cause de leur objectif de sevrage des toxicomanes,

éléments qui auraient moins joué dans le cas britannique pour des raisons institutionnelles et professionnelles, les monographies réalisées dans la banlieue des deux capitales révèlent l'importance de l'histoire de la santé publique nationale et locale pour comprendre les pratiques effectivement observées sur le terrain. Les *traditions politiques* inscrites par le National Health System diffèrent à cet égard de celles constituées autour de la Sécurité sociale, mais, en remontant plus loin dans le temps, ce sont aussi les héritages des expériences acquises localement dans la prise en charge des toxicomanes depuis un siècle qui s'avèrent décisifs dans les apprentissages ultérieurs d'innovations telles que l'implantation de distributeurs de seringues ou la création de centres de substitution.

Les politiques culturelles de la santé publique

Si, renversant la perspective, on s'intéresse maintenant à la façon dont la santé publique se saisit de la culture des autres, autrement dit comment elle-même appréhende et transforme, culturellement, ceux auxquelles elle s'adresse, c'est à un autre type de construction sociale que l'on a affaire. Supposés mettre en œuvre des savoirs et des techniques susceptibles d'améliorer la santé des populations auprès desquelles elle intervient, les agents mobilisent des représentations de leurs publics, et ce d'autant plus manifestement que la distance sociale ou spatiale est grande. Sur ce point, la santé publique ne diffère évidemment pas des autres domaines d'activité sociale, à ceci près toutefois que la maladie et le corps semblent avoir une propension particulière à susciter de la part des intervenants des représentations résolument culturalistes. On ne s'étonnera pas, dans ces conditions, que l'anthropologie fasse l'objet de fréquentes sollicitations de la part de la santé publique. Or les études de cas présentées par Didier Fassin sur les programmes de réduction de la mortalité maternelle dans les populations indiennes de l'Équateur et sur les politiques de prise en charge des femmes africaines malades du sida en France révèlent un important décalage entre l'attente d'interprétations culturelles censées rendre compte des difficultés des actions sanitaires et les réalités souvent plus triviales observées dans le cadre d'enquêtes ethnologiques. Décalage qui n'est pas une simple discordance cognitive, mais qui opère comme une véritable violence sociale, dans la mesure où les *raisonnements culturalistes ordinaires* conduisent toujours à minimiser, voire à occulter, d'un côté, le rôle des conditions matérielles

dans les conduites considérées comme néfastes et, de l'autre, la responsabilité des institutions sanitaires dans les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des actions.

Là encore, le sida fait figure de révélateur particulièrement efficace. Quand on reprend l'histoire de l'épidémie en s'attachant à la manière dont l'Afrique en a été rapidement désignée à la fois comme le berceau et le vecteur, on ne peut qu'être frappé par la résurgence d'images exotiques et volontiers disqualifiantes, de représentations ethnicisantes et parfois racistes autour de ce qui a été désigné par certains comme un « sida africain ». Or, Jean-Pierre Dozon rappelle que la *lecture culturaliste de l'épidémie* en Afrique, dans les travaux scientifiques comme dans leurs échos médiatiques et leurs conséquences politiques, a eu pour effet de décrire le risque sous son seul aspect comportemental et de développer la prévention autour du seul préservatif, aux dépens des autres modes de transmission, en particulier iatrogènes, et des éléments socio-économiques, tels que la pauvreté, la violence, les carences du système de soins, qui sous-tendent à la fois la survenue de l'infection et la gravité de la maladie. La chose n'est du reste pas nouvelle et l'histoire coloniale recèle bien des illustrations de situations semblables où, autour des grands fléaux comme la tuberculose ou la syphilis, les mêmes préjugés et les mêmes évitements ont opéré. Inscrire aujourd'hui l'épidémie de sida dans un registre d'interprétation culturelle et renoncer par conséquent à en faire l'économie politique permet ainsi de dédouaner à bon compte les institutions nationales et internationales de leurs responsabilités dans le développement actuel de l'infection, en particulier dans le grand partage d'un nouveau type qui s'est mis en place dans l'accès aux traitements anti-rétroviraux dont les Africains sont pratiquement exclus.

Même dans le domaine de la prévention, où la question des comportements à risque ou à l'inverse de précaution est évidemment centrale et suppose donc de prendre en compte la dimension culturelle aussi bien que cognitive des pratiques sociales, on ne saurait s'accommoder d'une opposition entre savoirs des médecins et croyances de la population. Cette simplification, Laurent Vidal la récuse d'un double point de vue, en s'appuyant sur des enquêtes menées en Côte-d'Ivoire. D'une part, le discours de santé publique opère une excessive simplification des messages qui finit par en troubler le contenu scientifique qu'élaborent, en le transformant sans cesse, les épidémiologistes. Ainsi les connaissances sur les risques de transmission de la mère à l'enfant liés à l'allaitement ont-elles été longtemps occultées, au prix d'une confusion dans les politiques de prévention du sida. D'autre

part, le monde profane se révèle beaucoup plus poreux aux connaissances scientifiques qu'on ne le suppose généralement, même si la circulation de l'information ne se fait pas sur le mode de l'acquisition passive mais sur le mode de l'appropriation et de la réinterprétation. Ainsi, la reconnaissance de l'existence du virus n'exclut-elle pas la mobilisation de théories sorcellaires et le recours à des jugements moraux. Muni de cette double mise en garde quant à une lecture culturaliste sous couvert de rationalisme, l'anthropologue peut développer une véritable *analyse culturelle du risque* dans des situations concrètes et montrer comment, du point de vue des personnes, c'est est non un mais plusieurs risques, sanitaires et sociaux, entre lesquels chacun doit faire des arbitrages plus ou moins conscients et calculés.

Pour les malades et leur entourage en effet, les réalités de la pathologie ne sont pas coupées des réalités du monde social. En tant qu'événement, la maladie survient toujours dans un contexte particulier au sein duquel elle prend sens. De même, en tant que possibilité, le risque se produit toujours dans une situation concrète qui le détermine en large part. La médecine ne peut donc, sans perdre tout moyen de comprendre *l'expérience* qu'a le patient de sa maladie ou l'individu de sa prise de risque, se contenter d'appliquer des modèles cognitifs simplifiés dans lesquels une attitude ou une conduite se déduisent d'une connaissance. L'attention portée à l'univers de représentations et de pratiques dans lequel s'inscrit une pathologie permet de restituer une signification plus juste du point de vue de l'anthropologie, mais aussi plus pertinente du point de vue de la médecine. C'est ce que démontre l'étude de Doris Bonnet sur la drépanocytose en Côte-d'Ivoire. Maladie fréquente, cette anomalie de l'hémoglobine entraîne des manifestations essentiellement douloureuses et infectieuses, trop banales dans leur expression pour donner lieu à la constitution d'une entité nosologique traditionnelle. Affection génétique, elle devient toutefois une réalité complexe dès lors qu'elle est énoncée par les médecins puisqu'elle mêle le malheur et l'incurabilité, la souffrance et l'hérédité, l'alliance et la filiation. Dans ces conditions, la prise en charge médicale et le conseil génétique ne peuvent faire l'économie d'une compréhension des implications sociales de la maladie, mais aussi des stratégies mises en œuvre pour la soigner ou la prévenir.

Mais les relations entre le pathologique et le culturel ne sont nulle part si étroites que dans les troubles psychiques. La psychiatrie s'est de longue date interrogée sur la manière dont la culture déterminait *la personnalité et ses désordres*, les affections mentales et leurs manifestations. Dans la confrontation presque séculaire entre psychanalyse et

anthropologie sur cette question, le débat est loin d'être tranché même si les opinions le sont, elles, fréquemment. L'enjeu est, là encore, théorique autant que pratique. L'ethnopsychiatrie, depuis ses premières expériences coloniales jusqu'à ses avatars français récents, ne cesse de le rappeler. À cet égard, Jacqueline Andoche exprime ses réserves quant à des interprétations qui figeraient l'Autre dans une culture de ses origines et à des psychothérapies qui feraient fi de la complexité psychique pour la rabattre sur une irréductible singularité culturelle. S'agissant de prendre en charge la santé mentale et, au-delà, nombre de problèmes sociaux relatifs aux populations immigrées, on conçoit que ces orientations intellectuelles aient des effets politiques qui ne sont guère différents de ceux que l'on évoquait précédemment dans les contextes africain et latino-américain, à commencer par l'occultation des conditions de vie qui participent des difficultés de tous ordres, y compris psychologiques, dont ces catégories font l'expérience souvent douloureuse : la raison culturaliste est à cet égard sans surprise. Mais dès lors qu'il y va d'enjeux politiques, l'action ne se situe plus seulement dans le colloque singulier ou même dans la consultation collective : elle se déplace dans l'espace public. Sous ce rapport, l'ethnopsychiatrie a désormais sa place dans le champ de la santé publique.

Si l'anthropologue ne peut se satisfaire d'une interprétation culturaliste des représentations et des pratiques sanitaires, il lui faut pourtant tenter de rendre compte des réalités culturelles de la santé publique. Ce qui suppose de considérer la scène sur laquelle se joue la santé publique dans sa globalité pour en montrer les réseaux d'interaction les plus fins. C'est ce que fait Anne Lovell à propos de la politique de réduction des risques à Marseille. La ville elle-même devient, bien plus qu'un simple cadre spatial de déroulement de l'action, un personnage à part entière qui, de meurtri par les restructurations socio-économiques, se voit promettre, à travers une réhabilitation physique et symbolique, une véritable rédemption. Dans ce contexte, le programme de prévention des dommages liés à l'injection de drogues a presque valeur de rituel purificateur de la cité. Mais *l'artifice prophylactique* qu'il introduit dans le monde social, sous la forme d'échangeurs de seringues et de centres de substitution, transforme l'univers culturel des toxicomanes en l'inscrivant dans un nouveau rapport au corps, à l'infection, aux effets psychogènes des produits qui définit une forme de socialité mêlant vie biologique et vie politique. Phénomène culturel, la santé publique devient ainsi elle-même un opérateur de transformations culturelles.

L'anthropologue face à la santé publique

Traiter la santé publique selon la culture, autrement dit confronter cultures politiques et politiques culturelles de la santé publique comme nous le faisons dans cet ouvrage, a pour nous une signification qui n'a pas pour seul enjeu un certain renouvellement de l'analyse des représentations et des pratiques dans le domaine médical ou sanitaire. Au-delà du projet académique dans lequel s'inscrivent ces textes, il s'agit aussi de *reconsidérer la posture de l'anthropologue* confronté aux demandes de la santé publique aussi bien qu'à ses silences. De plus en plus souvent en effet, les sciences sociales et, en particulier, lorsqu'il est question d'altérité, l'anthropologie interviennent pour éclairer l'action publique, expliquer, interpréter, prévoir même. Si cette implication dans le monde social nous semble légitime et, au fond, conséquente avec l'histoire de ces disciplines, nous croyons qu'elle doit se faire sur des bases épistémologiques et éthiques rigoureuses qui supposent un regard critique sur les présupposés et les implications de la santé publique elle-même.

Cœuvrant au nom du bien collectif, se considérant comme neutre puisqu'elle ne défendrait que le mieux-être de tous, la santé publique se pense elle-même en dehors des cultures. L'horizon d'universalisme vers lequel elle prétend au moins depuis deux siècles entraîner l'humanité semble pourtant voilé par une double aporie de nature politique. Premièrement, sur un plan théorique, on ne saurait se satisfaire de la seule légitimité du corps et de l'être-en-bonne-santé sans la référer à un ordre des valeurs historiques de *ce qui fait l'humain*, ordre que l'on ne peut tenir pour définitivement acquis à la cause suprême de la santé publique. Deuxièmement, au niveau empirique, c'est moins son inefficacité qui est en question que l'irrégularité de son efficacité, autrement dit la persistance et l'aggravation des *inégalités sanitaires* dont le moins que l'on puisse dire est que ceux qui professent ou pratiquent la santé publique ne s'en préoccupent guère. L'une et l'autre de ces apories deviennent de plus en plus problématiques à mesure que la biopolitique devient à la fois plus présente et moins questionnée dans l'espace public. Universalisme bien tempéré que celui de la santé publique ? En réponse à cette question, il importe aujourd'hui que l'anthropologie fasse entendre sa petite musique.