

Les identités de la santé

Fred Eboko



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/482>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Fred Eboko, « Les identités de la santé », *Face à face* [En ligne], 1 | 1999, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/482>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Les identités de la santé

Fred Eboko

- 1 A l'issue du séminaire qu'il avait dirigé sur le thème de l'identité au Collège de France en 1974-1975, Claude Lévi- Strauss concluait de manière sibylline sur ces mots : « l'identité est une sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses, mais sans qu'il ait jamais d'existence réelle. » (LÉVI-STRAUSS, 1987 : 332). De la sorte, il soulignait que la notion d'identité relevait simultanément d'une commodité de langage, d'une abstraction théorique et d'une construction socioculturelle.
- 2 Le thème de l'identité peut se décliner sous des aspects et des angles infinis. L'identité à laquelle nous faisons référence ici est celle qui relève de la construction et/ou de l'assignation que nous pourrions ranger, pour être plus précis, sous le terme d'identités sociales. Ce sont celles-là qui nous permettent dans ce premier numéro de *Face à Face* d'interroger des systèmes sociaux et d'arrimer nos réflexions respectives à des dynamiques du changement social, éclairées par des questions de santé. Ce thème recouvre des « identités » construites a posteriori, d'où la prudence et l'attention dont il faut s'armer pour les étudier. Le renforcement et/ou la revendication de certaines « appartenances » relèvent souvent d'une mise à l'index, puis de stratégies d'action politique localisée. Prenons l'exemple de la vitalité des revendications des minorités ethniques aux États-Unis ou, dans une moindre mesure, en Angleterre, ou encore à « l'ethnisation » progressive des rapports sociaux en France. Sous cette dialectique entre les assignations et les aspirations identitaires, se cachent aussi des problèmes socio-économiques, des processus historiques et des décisions politiques. Ceux ci peuvent masquer peu ou prou des processus d'exclusion/intégration en données d'apparence rédhibitoire ; cette dernière peut concerner une origine géographique, un héritage culturel ou une catégorie sociologique (jeunes, femmes, etc.). Dans le champ de la santé, ce type de phénomènes porte les germes d'une confusion récurrente entre des causes et des conséquences de certains problèmes sociaux. La question de l'alcoolisme et de ses effets dans les réserves habitées par les Inuits du Grand Nord canadien ou encore la consommation excessive de drogue et d'alcool dans les ghettos noirs américains sont

deux illustrations remarquables de cette « illusion » qui consiste à éluder des déterminants sociaux et historiques au profit d'explications plus ou moins essentialistes, c'est-à-dire de faits qui relèveraient de l'inné.

Identités et inégalités sociales

- 3 Dans le sens contraire, les disciplines scientifiques dont nous nous réclamons et les articles présentés dans cet essai, soulignent (voire dénoncent) les conditions par lesquelles des représentations sociales ou des prénotions finissent par tenir lieu de bon sens (commun) ; et justifier des assignations, des figures de rhétorique, puis des pratiques arbitraires.
- 4 Depuis les années quatre-vingt l'expansion de la pandémie du sida dévoile des inégalités flagrantes entre le Nord et le Sud de la planète. Alors que des progrès thérapeutiques tendent à faire basculer le sida dans le champ des maladies chroniques en Europe de l'Ouest et aux Etats- Unis, l'Afrique, qui regroupe près de 70 % des personnes atteintes, est loin de bénéficier de ces avancées. Le sida dresse de la sorte des dysfonctionnements à l'échelle planétaire et stimule le type d'illusion du « savoir immédiat » que nous avons soulignée plus haut. Au delà du racisme « Nord-Sud » que cette maladie a accentué, elle montre aussi la cristallisation des identités autour du sida, y compris à l'intérieur des pays africains. Le sida a mis en jeu des représentations parfois archaïques de l'altérité et s'est érigé en maladie de « l'Autre ». Le rejet et l'exclusion générés ou catalysés par le sida, puis les dynamiques sociales mises en œuvre pour le combattre, y compris dans des zones économiquement marginalisées, sont des tendances qui résument des enjeux majeurs. En effet, la pandémie en question représente aussi une sorte de miroir grossissant de questions et de stratégies de survie. Qu'elles soient intimes et individuelles, sociales et collectives, locales et internationales, elles montrent la manière par laquelle les membres d'une société ou d'un groupe social tentent de se préserver. Autant le sida met en lumière une dramaturgie des identités, autant il révèle des possibilités d'action qui pourraient être mises en opposition aux accusations énoncées en termes de « différence » et de stigmatisation fataliste.
- 5 Si ces phénomènes se sont cristallisés entre le Nord et le Sud, ils peuvent aussi être observés au sein de chacun des hémisphères. Au Nord, notamment aux États-Unis, la construction sociale des groupes dits « à risque » au début de la pandémie a tôt fait de placer les homosexuels sur le banc des accusés. Cette stigmatisation s'est ensuite étendue à d'autres groupes sous le thème désormais bien connu des « 4H » : homosexuels, hémophiles, héroïnomanes et Haïtiens. De groupes stigmatisés et fragilisés par la maladie, les communautés homosexuelles se sont érigées en acteurs principaux de la lutte contre le sida et en groupes de pression pour l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/sida. Après avoir incarné la maladie, ils ont fini par incarner le combat contre la maladie. Dans la même dynamique, le regard sur l'homosexualité, dans la société française par exemple, s'est modifié. Ainsi voit-on une cristallisation confuse autour des orientations sexuelles céder la place à une valorisation, relative, de « l'homosociabilité » (POLLAK, 1994 : 177-292). La lutte contre le sida n'est pas étrangère à cette évolution des assignations et des revendications identitaires. De telle sorte que, dans la société politique, on puisse commencer à distinguer les poches de résistance homophobe de la dynamique globale d'acceptation de la différence sexuelle.

Dépasser le clivage Nord-Sud

- 6 Les inégalités économiques dans les pays du Nord sont de nature à relativiser l'opposition manichéenne Nord-Sud. Certains groupes sociaux, notamment dans les grandes villes, subissent une marginalisation qui altère ou annihile leur accès aux soins et à la prévention des risques sanitaires. C'est le cas des « sans domicile fixe » (SDF) en France, des « homeless » dans les grandes villes aux États-Unis, notamment à New-York, et aussi en Angleterre. Là encore les questions de santé montrent la conjonction de facteurs qui entraîne une concaténation d'exclusions sociales. La collaboration entre sciences sociales et biomédicales a aussi pour vocation de déconstruire ces phénomènes, en différenciant les causes sociales (chômage, précarité, paupérisation, etc.) des conséquences qui se voilent derrière des identités sommaires (« toxicomanes », « homeless », « minorités ethniques », etc.).
- 7 Pensons par exemple à l'étude menée par C. MCCORD et H. FREEMAN ; ces auteurs montrent qu'au début des années quatre-vingt, la probabilité pour un homme d'atteindre l'âge de 40 ans était plus faible à Harlem (New-York) qu'au Bangladesh, un des pays les plus pauvres du monde. La surmortalité dans le quartier à majorité noire de New-York s'expliquait par un excès de décès par cirrhose, toxicomanie et homicide, puis par des maladies cardio-vasculaires et des pathologies cancéreuses. Toutes ces causes d'une mortalité surélevée (consommation d'alcool, de tabac et de drogue) circonscrivent des pratiques socialement déterminées, dans un contexte que l'arrivée du sida a encore aggravé (FASSIN, 1996 : 173-177)¹. En effet, l'accumulation des handicaps sociaux aggrave la vulnérabilité de ces minorités et augmente les probabilités d'exposition au risque d'infection par le VIH. La marginalisation économique relative de cette « communauté », agrégée aux processus successifs de la ségrégation et de la discrimination raciales, ont provoqué des analyses simplificatrices en termes « ethniques » d'une part ou strictement économique d'autre part. De fait, des contraintes politiques, sociales ou économiques, puis la reproduction des handicaps sociaux sont assimilés à des pratiques culturelles ou à de simples volontés de valorisation identitaire. Ce sont ces analyses un peu rapides qui prètent, par exemple, un attachement essentiel à certaines minorités vis-à-vis du « ghetto » et des « territoires » en milieu urbain aux États-Unis. À l'inverse, des études plus fines de la mobilité résidentielle observée chez ceux qui accèdent à la classe moyenne américaine relativisent cet « attachement » au territoire. Les dynamiques identitaires s'articulent à des mécanismes inégalitaires de telle sorte que, une minorité ethnique ou un groupe social donné finissent par être confondus avec des problèmes sociaux, politiques et économiques qui stimulent aussi les stratégies identitaires. Les questions de santé, publique notamment, rendent obligatoire l'adoption d'une double exigence : concevoir les faits socioculturels de manière dynamique et accepter que des phénomènes d'apparence univoque sont produits par une conjonction de plusieurs facteurs.
- 8 La « cohérence » socio-économique implacable illustrée par la situation des Africains-Américains de Harlem est de celles qui ne doivent pas nous laisser confondre une fausse fatalité « culturelle » et la réalité d'une injustice sociale. Au-delà de cet exemple, nos « identités de la santé » sont autant de frontières économiques et structurelles qui finissent, quelques fois, par favoriser l'émergence d'attitudes racistes et de pratiques

d'exclusion justifiées à tort par de simples appartenances et par ce que J.-F. Bayart a nommé « l'illusion identitaire » (BAYART, 1996).

- 9 Des situations d'inégalités aussi extrêmes interpellent la réflexion socio-anthropologique et politiste. Il en est de même de certaines « fractures sociales » au Sud face à la santé, notamment en ce qui concerne « le privilège urbain » (RAYNAUT, 1987), lui-même subdivisé en plusieurs lignes d'inégalités. Prenons l'exemple de situations africaines, au sud du Sahara. Les citadins accèdent plus facilement aux structures de soins que les populations rurales. Pour autant, à l'intérieur même des villes africaines, les inégalités sont très importantes vis-à-vis de la santé. Les variables uniques (citadin, africain, etc.) ne suffisent plus à rendre compte de ces injustices sociales. La vulnérabilité par rapport au VIH/sida, par exemple, varie considérablement en fonction de l'appartenance sociale. Une étude conduite à Kinshasa, au Congo, l'a souligné de manière significative. Cette recherche a comparé la mortalité infantile, en sélectionnant des mères respectivement séropositives et séronégatives. Les femmes atteintes par le VIH/sida ont été choisies dans la minorité aisée de la capitale de l'ex Zaïre. Les secondes, non contaminées par le VIH, ont été recrutées dans un milieu économiquement faible. Les premières furent traitées dans un service hospitalier de bonne qualité et les secondes accédèrent à des structures plus précaires. La mortalité infantile des enfants de mères séropositives était plus faible que celle qui fut observée chez des enfants de mères séronégatives d'extraction sociale très modeste (BERER et RAY, 1995).
- 10 Ici, être femme (donc réputée « vulnérable »), habiter la capitale d'un pays africain (dont la crise multiforme est avérée), ne suffisent plus à expliquer la vulnérabilité ou, à l'inverse, la capacité d'agir et de survivre des individus. C'est en localisant concrètement les situations sociales que les frontières des inégalités se laissent appréhender, au-delà de toutes les généralisations macro-économiques. L'appartenance à une catégorie sociale déterminée devient une variable qui pondère ou accentue des données statistiques censées rendre compte de la vulnérabilité des populations face à la santé.
- 11 Les articles de cette première édition relèvent de la même logique : mettre en lumière les déterminants sociaux des discours et des pratiques relatifs aux identités dans le champ de la santé.
- 12 La question des dons d'organes et de tissus symbolise un espace où les enjeux de santé publique croisent les représentations sociales très significatives de l'appréhension d'une frontière : celle qui sépare la « vie » et la « mort ». La mort (cérébrale), définie par un dispositif juridique, affronte les représentations « profanes » tandis que les décisions successives des bio-politiques²sanitaires publiques bousculent les perceptions eschatologiques subjectives et intimes dont le personnel soignant n'est pas dépourvu. Toute « l'ambiguïté de l'identité du donneur » réside dans le fait que l'on est en présence d'un individu qui ne peut plus donner son avis. Entre les pulsations cardiaques qui dans beaucoup de sociétés représentent la vie d'une part, et la mort cérébrale qui est le critère scientifique de la « mort » d'autre part, se tissent toutes les tensions existentielles, sociales, culturelles et politiques qui définissent in fine un statut mouvant et arbitraire de l'individu dans la société française. (Claire BOILEAU, anthropologue).
- 13 Matthieu DE LABARRE appréhende la nutrition sous l'angle d'un prisme socio-culturel, à partir du concept de « l'alimentation méditerranéenne ». Le sociologue décrit l'influence du discours médical sur l'émergence d'identités alimentaires dont la « cuisine méditerranéenne » est l'illustration.

- 14 La santé aux Etats-Unis ne fait pas l'économie de la gestion et de la réappropriation des identités ethniques. Dans les années 60 et 70, un programme d'échange entre les Philippines et les Etats-Unis permet à des infirmières de travailler dans un hôpital américain. A côté de leurs compétences classiques, ces infirmières philippines mettent en ouvre leurs connaissances en matière de médecine traditionnelle dans les soins prodigués aux patients américains. Cette dialectique entre deux sphères culturelles aboutit à une sorte de syncrétisme médical informel et pratique (Mariquita PANIZZA, historienne).
- 15 Chrystelle GRENIER-TORRES propose une réflexion sur la santé génésique chez des femmes à Bouaké, en Côte d'Ivoire. La sociologue présente les enjeux mis en branle autour du pouvoir de négociation dans le couple en matière de contraception en temps de sida. Toujours en Afrique de l'Ouest, mais cette fois au Burkina Faso, Madina QUERRE (anthropologue) étudie l'impact des politiques et programmes de santé chez les populations à majorité peule de la région du Séno dans le Nord-Est du Burkina Faso. Ces populations du Séno, réunies sous la prescription identitaire « peule », connaissent une marginalisation économique et politique historique qui pèse de tout son poids contre l'application des vellétés biomédicales. Concernant le même pays, Frédérique BOURSIN (sociologue) présente un programme d'intervention et d'accès à la santé chez « les enfants de la rue » à Ouagadougou, la capitale burkinabé. Elle met en évidence des « identités juvéniles » en lutte contre la marginalisation urbaine. Sociologue mais aussi responsable de l'association dont elle décrit un des programmes, F. BOURSIN montre les possibilités d' « empowerment » chez des « grands frères » vis-à-vis de l'encadrement et de la resocialisation des cadets de la rue qui concentrent plusieurs facteurs de vulnérabilité. Enfin, Kim MIN-HO propose une ouverture sur la médecine coréenne d'origine chinoise, appréhendée suivant un triple ancrage : l'individu, la société et le cosmos.
- 16 Comme ce fut le cas autour des travaux sur le sida, les questions de santé s'inscrivent dans un espace qui nécessite que les sciences sociales les abordent comme des agents et des révélateurs des dynamiques sociales contemporaines. Cette présentation éditoriale a insisté sur cette orientation autour des « identités de la santé ». C'est aussi vers cet objectif que le premier numéro de notre revue appelle la participation active et critique de ses lecteurs que nous souhaitons très nombreux.

BIBLIOGRAPHIE

BAYART J-F., *L'illusion identitaire*, Paris, Fayard, 1996.

BERER M. et RAY S., (éds), *Les femmes et le VIH/sida*, Londres, Book Project, 1995.

FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1996.

FOUCAULT (Michel), *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France*, 1976, Paris, Gallimard-Seuil, coll. Hautes Etudes, 1997.

LÉVI-STRAUSS C., dir., *L'identité*, Paris, PUF, coll. Quadrige 2 édition, 1987.

POLLACK M., *Une identité blessée*, Paris, Métailié ; voir dans ce recueil posthume le chapitre V : « Homosexualité et au sida », 1994 pp. 177-292.

RAYNAUT C., « Le privilège urbain à Niamey », *Politique africaine*, n° 28, décembre, 1987 : 42-52.

NOTES

1. L'auteur fait référence à MCCORD C. et FREEMAN H., « Excess mortality in Harlem », *New England Journal of Medicine*, 322 (3), 173-177.

2. La biopolitique est le processus par lequel un pouvoir légifère sur le biologique à partir de la fin du XVIII^e siècle; " c'est ce nouveau droit qui s'installe : le droit de laisser vivre et de faire mourir ". Voir Michel FOUCAULT (1997 : 214). A côté des questions relatives à la natalité et à la morbidité, " la biopolitique a affaire à la population, et la population comme problème politique, comme problème à la fois scientifique et politique, comme problème biologique et comme problème de pouvoir, je crois qu'elle apparaît à ce moment-là.", (pp. 218 et 219).