

Université de Montréal

**La *racialisation* comme constitution de la *différence* : Une
ethnographie documentaire de la santé publique aux
États-Unis**

par

Patrick Cloos

Doctorat en Sciences humaines appliquées

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de docteur
en Sciences humaines appliquées

Avril, 2010

© Patrick Cloos, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

La racialisation comme constitution de la *différence* : Une ethnographie documentaire
de la santé publique aux États-Unis

présentée par :

Patrick Cloos

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Andrée Bertrand, président rapporteur

Gilles Bibeau, directeur de recherche

André-Pierre Contandriopoulos, codirecteur

Jean Poupart, membre du jury

Bernard Roy, examinateur externe

Lisa Dillon, représentant du doyen de la FES

Résumé

On note de nos jours une intensification, aux États-Unis, de l'usage de la race en santé publique, une idée qui est parfois rejetée dans la mesure où elle est associée à des pratiques controversées. Les races sont vues, dans ce contexte, comme le produit du racisme, une technologie du pouvoir de l'État moderne qui a consisté à fragmenter l'humanité pour permettre les colonisations. C'est ainsi que la race a été prise en charge par le discours pour marquer la *différence*, discours qui est constitué d'un ensemble hétérogène de dispositifs, des institutions, des énoncés scientifiques, des normes et des règles. Le racisme s'est développé en parallèle avec l'affirmation d'un pouvoir sur la vie visant à assurer la gestion des corps et des populations, notamment par le biais des pratiques de santé publique. Cette thèse s'appuie sur une étude ethnographique réalisée sur un corpus de documents de la santé publique parus aux États-Unis et issus de bureaux fédéraux et d'une importante revue spécialisée dans le domaine sanitaire, et qui ont été publiés entre 2001 et 2009. Cette étude a analysé la manière dont la race est représentée, produite comme objet de connaissance, et régulée par les pratiques discursives dans ces documents.

Les résultats confirment que le discours sur la race varie au cours du temps. Toutefois, les résultats indiquent la relative permanence en santé publique d'un régime racialisé de représentation qui consiste à identifier, à situer et à opposer les sujets et les groupes à partir de labels standardisés. Ce régime est composé d'un ensemble de pratiques représentationnelles qui, couplées aux techniques disciplinaires et à l'idée de culture, aboutissent à la caractérisation et à la formation d'objets racialisés et à des stéréotypes. De plus, cet ensemble d'opérations qui fabrique la racialisation, a tendance, avec la sanitarisation et la culturalisation, à naturaliser la *différence*, à reproduire l'ordre symbolique et à constituer les identités raciales. Par ailleurs, la racialisation apparaît tiraillée entre un pouvoir sur la vie et un pouvoir sur la mort. Enfin, cette étude propose une alternative postraciale qui envisage la constitution des groupes humains de manière fluide et déterritorialisée.

Mots-clés : racialisation, race, sanitarisation, ethnographie, santé publique, discours, pouvoir, représentation, postcolonialisme, États-Unis.

Abstract

At present one can note an intensification of the usage of race in public health in the United States, an idea that is sometimes rejected because of its association with controversial practices. Races are viewed, in this context, as the product of racism, a technology of power of the modern State that consisted of fragmenting humanity to permit colonisations. Thus, race has been established within the discourse to mark *difference*, discourse that consists of a heterogeneous ensemble of apparatuses, institutions, scientific statements, norms and rules. Racism developed concomitantly with the affirmation of power over life aimed at ruling out bodies and populations through public health practices among others. This thesis is based on an ethnographic study of a corpus of public health documents in the United States from federal Government offices and a major public health journal published between 2001 and 2009. This study analyzed the ways in which race is represented, produced as object of knowledge, and regulated by discursive practices in these documents.

The results confirm that the discourse on race varies throughout time. Hence, results indicate the relative permanence of a racialized regime of representation that consists of identifying, situating and opposing subjects and groups based on standardized labels. This regime constitutes an ensemble of representational practices which, together with disciplinary techniques and the use of culture as an idea, lead to the characterization and formation of racialized objects and stereotypes. Also, these operations that fabricate racialization, tend, together with medicalization and culturalization, to naturalize *difference*, reproduce the symbolic order, and constitute racial identities. On the other hand, racialization appears to be torn between a power over life and a power over death. Finally, this study suggests a post-racial alternative that envisages human group constitution as fluid and deterritorialized.

Keywords : racialization, race, medicalization, ethnography, public health, discourse, power, representation, postcolonialism, United States.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Dédicaces.....	xii
Remerciements.....	xiii
Prologue.....	1
Introduction.....	3
L'idée de race en santé publique aux États-Unis :.....	3
Mise en question des pratiques.....	3
Chapitre 1.....	10
La race, une idée pour marquer la <i>différence</i>	10
Des idées et des images pour caractériser l'"autre".....	10
Marquer les corps, institutionnaliser et légaliser la <i>différence raciale</i>	16
Tocqueville en Amérique : le choc des idées.....	18
Les paradoxes et les contradictions des institutions de la <i>différence raciale</i>	22
Des sciences pour <i>faire</i> la <i>différence raciale</i>	24
L'ambivalence des théories évolutionnistes.....	27
La question et les objectifs de la recherche.....	30
Chapitre 2.....	31
La race, un objet de discours entre pouvoir et savoir.....	31
Le discours, un a priori historique.....	33
Le discours : représenter pour signifier et pour contrôler.....	35
Les liens entre les technologies du pouvoir et la santé publique.....	40
Le biopouvoir.....	41
Le racisme.....	43
Le discours des autres possibles.....	44

Chapitre 3	49
La démarche méthodologique de la recherche : une ethnographie documentaire	49
Les documents comme terrain de recherche ethnographique	49
Les documents comme espace des pratiques discursives	51
Les documents comme espace de construction de la réalité	52
Les documents comme espace d'interaction et de diffusion de l'information	54
La stratégie d'échantillonnage	55
Les premières étapes et mon entrée sur le terrain	55
La diversification	58
Les sources des données et les critères d'inclusion	58
La description de l'échantillon	59
La cueillette et l'organisation des données	61
Le guide de cueillette des données	62
La gestion des données	64
Les données non-transformées	65
Les données transformées	65
La catégorisation : vers une description thématique du phénomène	66
 Chapitre 4	 69
La constitution des objets racialisés en santé publique	69
Les institutions, les lois, les réseaux et les programmes	78
Le département fédéral de la santé	78
Le bureau du <i>Surgeon General</i>	80
L' <i>Office of Minority Health</i>	83
L' <i>American Journal of Public Health</i>	86
La classification raciale : identifier et positionner les sujets	88
Racialiser, sanitariser, biologiser et culturaliser les sujets	94
Des chiffres et des risques	97
Le recours au normal et à la moyenne	101
Des généralisations	103
Le recours à l'espace et à l'intemporel	104

L'inclusion et l'exclusion.....	106
La décontextualisation	107
La racialisation et la sanitarisation de la discrimination.....	109
Racialiser la biologie, biologiser la race (et l'ethnicité).....	112
Culturaliser à la fois les sujets et l'intervention.....	114
Culturaliser l'intervention : pour le meilleur et pour le pire.....	122
La création d'un 'autre' racialisé	129
 Chapitre 5	 136
La racialisation, entre pouvoir, pratique et savoir.....	136
La racialisation : entre continuité et discontinuité	136
La racialisation et l'antagonisme des pouvoirs.....	144
L'énumération et le comptage pour discipliner les corps	150
 Chapitre 6.....	 154
Le régime racialisé de représentation de la santé publique.....	154
Un bref retour vers les Lumières.....	155
La santé publique comme pratique d'opposition et de <i>différence</i>	157
Entre identification et identités raciales	163
Sanitariser et hiérarchiser.....	169
La culture et l'héritage pour fixer la <i>différence</i>	172
Le stéréotype comme stratégie représentationnelle	174
L'"autre" racialisé : entre fluidité et fixité.....	181
 Conclusion	 Erreur ! Signet non défini.
Vers une santé publique postraciale.....	184
La formation des objets racialisés : enchevêtrement, paradoxes et (dis)continuité ...	189
Une proposition: la déracialisation.....	196

Bibliographie.....	205
Annexe I.....	I
Communiqué de presse du département de la santé américain (1998).....	I
Annexe II.....	V
Liste des 46 articles (AJPH).....	V
Annexe III.....	XIX
Liste des institutions (46 articles, AJPH).....	XIX
Annexe IV.....	XX
Le guide de cueillette des données.....	XX

Liste des tableaux

- Tableau I. 'Projections of the US Resident Population (in Thousands) for 2000 by Age, Race/Ethnicity, and Hispanic Origin'. (Krieger & Williams. (2001). *American Journal of Public Health*. 91,p.1209).....p.93
- Tableau II. 'Prevalence of Adolescent Depression and Obesity Among Adolescents in Wave I of Add Health'. (Goodman et al. (2003). *American Journal of Public Health*. 93, p.1846).....p.95
- Tableau III. 'Age-Adjusted Mortality Rate (per 100 000) for Non-Hispanic Whites and Minority-White Ratios for Selected Causes of Death: Women in the United States, 1996-1998'. (Williams. (2002). *American Journal of Public Health*. 92, p.589).....p.103
- Tableau IV. 'Table 1-Characteristics of the New York City Neighborhoods (Block Groups) Included in the Analysis, Based on 1980 and 1990 US Census Data'. (Barr et al..(2001). *American Journal of Public Health*. 91,p.1488).....p.108
- Tableau V. 'Table 4- Multivariate analysis of Tuberculosis (TB) Incidence and Neighborhood Attributes, by Incidence of AIDS : New York City, 1992'. (Barr et al. (2001). *American Journal of Public Health*. 91, p.1491).....p.108
- Tableau VI. 'Idioms of Distress and Culture-Bound Syndromes'. (U.S. Department of Health and Human Services. (2001), p.11).....p.119

Liste des figures

Figure 1. La formation des objets racialisés en santé publique.....p.73

Figure 2. 'Trends in gender- and race-specific prevalence rates of obesity among working adults, (a) men and (b) women: the National Health Interview Survey, 1986 to 2002'. (Caban et al. (2005). *American Journal of Public Health*, 95, p.1615).....p.96

Figure 3. 'Rural counties in which 30% or more of the population is Black, Hispanic, or American Indian/Alaska Native, by race/ethnicity; remaining counties are at least 70% White, 2000. Note. MSA=metropolitan statistical area'. (Probst et al. (2004). *American Journal of Public Health*, 94, p.1696).....p.105

Figure 4. 'Prevalence of attention deficit-hyperactivity disorder stimulant medication treatment, by grade, race/ethnicity, and sex'. (Rowland et al.(2002). *American Journal of Public Health*, 92, p.233).....p.107

Figure 5. 'Smoking prevalence rates and confidence intervals among Asian/Pacific Islander immigrants from the 10 most prevalent countries of origin: Current Population Survey (CPS) tobacco use supplements, 1995–1996 and 1998–1999.'(Baluja et al.(2003). *American Journal of Public Health*, 93, p.645).....p.121

Liste des abréviations

AJPH	American Journal of Public Health
APHA	American Public Health Association
HHS	U.S. Department of Health and Human Services
MRE	'Minorités raciales et ethniques'
OMH	Office of Minority Health
OPHS	Office of Public Health and Science
OSG	Office of The Surgeon General
SH	Secretary for Health

Dédicaces

À Christiana et Anoke

À mes parents Myriam et René

Et aux brigands de la gare centrale de Bruxelles

Remerciements

J'aimerais avant tout remercier Gilles Bibeau, mon directeur de thèse, pour son soutien et sa contribution dans un voyage qui dépasse le cadre de cette thèse. Merci infiniment au *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* pour son assistance financière.

Merci également à tous les professeurs et professeures du programme de doctorat en Sciences humaines appliquées (SHA). Merci à Jean Poupart pour sa disponibilité et pour ses judicieux conseils, à Marie-Andrée Bertrand pour m'avoir appris à lire et à André-Pierre Contandriopoulos pour ses suggestions. Merci aussi à Carlo Sterlin pour avoir bien voulu relire le manuscrit et me faire part de ses commentaires. Merci également à mes collègues du SHA pour leurs observations. J'aimerais aussi remercier Yves Gingras et Caroline Ferrer pour leur disponibilité et pour leur conseil, et Angers Viviane pour son assistance technique.

Merci aussi à Jules Marchal, aujourd'hui décédé, et à Adam Hochschild qui sont probablement les premiers à avoir permis d'exprimer la fibre postcoloniale qui sommeillait en moi. Merci à Pierre Fossion pour avoir relu une partie de ce manuscrit, à Pascale Annual pour sa collaboration, et à Valéry Ridde pour m'avoir permis de présenter les premiers résultats de ce travail. Merci aussi à Louise Potvin pour ses commentaires, à la phase initiale de ce travail. Un grand merci aussi à Manon Lebrun pour sa disponibilité et pour son assistance, et à Linette Saul-Cohen pour son amabilité.

Merci infiniment à Ghislaine et à Jean pour leur accueil et pour leur amitié. Toute ma gratitude à Christiana dont les idées ont imprégné ce travail de bout en bout et dont le soutien moral et spirituel s'est révélé essentiel. Et, *last but not least*, merci à Anoke qui, tous les jours, me rappelle le vrai sens de la vie.

Prologue

Le 18 octobre 2007, la *Federation of American Scientists* publie un communiqué de presse sur son site Internet à propos des commentaires prononcés par le Dr. Watson et qui ont été rapportés par le *Sunday Times* du 14 octobre 2007 dont voici un extrait: "the scientific enterprise is based on the promotion and proof of new ideas through evidence, however controversial, but Dr. Watson chose to use his unique stature to promote personal prejudices that are racist, vicious and unsupported by science" (para.3).

Des scientifiques ont jugé le Dr. Watson, généticien né à Chicago en 1928 et co-lauréat du prix Nobel de médecine en 1962 pour ses recherches sur l'acide désoxyribonucléique (ADN), d'avoir tenu des propos non plus scientifiques mais personnels. La science, par l'entremise d'un ensemble de pairs, a placé un scientifique hors jeu qui, comme l'écrit Bourdieu (2001), aurait transgressé certaines règles. Aujourd'hui, il est en effet malvenu de tenir des propos racistes dans le milieu scientifique. Cela déshonore une profession dont les théories étaient il n'y a pourtant pas si longtemps que cela explicitement racialistes (Appiah 1996). Mais qu'a donc dit Watson ? Selon Hunt-Grubbe (2007) du *Sunday Times* :

"He says that you should not discriminate on the basis of colour, because "there are many people of colour who are very talented, but don't promote them when they haven't succeeded at the lower level". He writes that "there is no firm reason to anticipate that the intellectual capacities of peoples geographically separated in their evolution should prove to have evolved identically. Our wanting to reserve equal powers of reason as some universal heritage of humanity will not be enough to make it so" (para. 30).

Il est possible, pense Watson, que l'humanité n'ait pas évolué de façon identique et que les capacités intellectuelles entre les gens venant de diverses régions soient différentes.

Quelques jours plus tard, le 19 octobre, dans un article intitulé *James Watson: To question genetic intelligence is not racism* paru dans le journal *The Independent*, Watson (2007) cherche à clarifier sa position en suggérant notamment que "we should base our view of the world on the state of our knowledge, on fact, and not on what we would like it to be" (para.3). Les propos de la *Fédération des scientifiques américains* et de Watson ont en commun une certaine naïveté, ou alors ils feignent d'ignorer que les pratiques scientifiques ne sont pas indépendantes des discours en place à une époque donnée. Plus récemment, en août 2008, la chaîne américaine CNN a retransmis la convention démocrate à Denver aux États-Unis.

Un événement historique selon le journaliste-commentateur : Barak Obama est nommé au parti démocrate pour la course à la présidentielle. Du jamais vu aux États-Unis : un demi-siècle après l'assassinat du Dr. Martin Luther King et des mouvements des droits civils, un 'Africain-américain' était nommé pour la course à la présidentielle. La notion de race a été omniprésente durant la convention et elle le sera plus tard durant toutes les élections. Les couvertures médiatiques américaines et même françaises ne s'en sont pas lassées : Barak Obama est Noir. Si quelques journalistes ou chroniqueurs français se sont risqués à qualifier Mr. Barak Obama de métis, il apparaissait ne faire aucun doute que Barak Obama n'est pas Blanc. Zeleny & Rutenberg (2009) notent cependant dans l'édition en ligne du *New York Times*, "President Obama has long suggested that he would like to move beyond race. The question now is whether the country will let him" (para.1).

Plusieurs mois après l'élection du président Obama, les auteurs notent que le débat sur la race s'accroît aux États-Unis : le nouveau président fut en effet la cible de slogans qualifiés de raciste par certains. À ce propos, Colin Powell, cité par Zeleny & Rutenberg, suggéra que "this is not to say that we are suddenly racially pure, but constantly talking about it and reducing everything to black versus white is not helpful to the cause of restoring civility to our public dialogue" (para.16). Que ce soit dans les sciences, la politique, ou les médias, la référence à la notion de race est ubiquitaire aux États-Unis. Cela dit, si ce travail s'intéresse plus particulièrement à ce pays, nous verrons que cette notion est loin d'être une caractéristique américaine.

Introduction

L'idée de race en santé publique aux États-Unis :

Mise en question des pratiques

Le discours sur la race aux États-Unis ne serait aujourd'hui qu'un pâle reflet de ce qu'il était au 19^{ème} siècle, soutient Appiah (1996). Tout en reconnaissant que "the old way of looking at human populations in terms of fixed, biological units which determine behavior" n'a pas tout à fait disparu après la seconde guerre mondiale, Stepan (1982, p.189) pense que "the old, typological racial science is no longer supported by their work". Selon Stepan, le racisme scientifique tel qu'on l'a connu durant la période 1800-1950 est une histoire du passé. De nos jours, affirme l'auteure, les scientifiques européens n'ont plus besoin de diviser et de classer les groupes humains, et de comparer les 'autres' à un 'soi' idéalisé.

Comme nous allons le voir, les résultats de l'étude présentés dans cette thèse ne corroborent pas tout à fait les conclusions de Stepan (1982), en tous les cas pour ce qui concerne la situation actuelle aux États-Unis. On utilise en effet encore la race comme catégorie pour classer les groupes humains dans les sciences (McCann-Mortimer, 2004), notamment en santé publique qui est associée, nous dit-on, à la notion de race (Afifi & Breslow, 1994). La santé publique est effectivement un domaine des sciences qui arrive en seconde position avec 5 578 documents pour une recherche de ce mot-clé dans la base de données *Isi Web of Knowledge* pour la période 1979-2007.¹ Parmi ces documents, 5 036 (90%) ont été publiés aux États-Unis.

¹ Plus précisément la recherche a utilisé la troncature rac* dans les bases de données Social Sciences Citation Index et Science Citation Index – Expanded. *ISI Web of Knowledge* ou *Web of Science* (WOS) est un ensemble de trois bases de données dont *Science Citation Index Expanded* (SCI) et *Social Sciences Citation Index* (SSCI).¹ Cette base de données réfère la santé publique au terme 'Public, Environmental & Occupational Health' (subject area). Les documents concernent les articles, les éditoriaux, les résumés de conférence, les revues (review), et les lettres. SCI couvre environ 150 disciplines (dont la santé publique) par l'entremise de plus de 6 650 revues qui sont indexées à ce jour pour l'ensemble de ces champs disciplinaires ; chaque catégorie renvoyant donc à un certain nombre de revues scientifiques.¹ SSCI quant à elle couvre une cinquantaine de sciences sociales dont la santé publique par l'entremise de 1 950 périodiques qui sont entièrement indexés pour l'ensemble des champs correspondants. Ce chiffre s'élève

Selon cette recherche, beaucoup de disciplines et de domaines d'études composent ce que la base de données *ISI Web of Knowledge* qualifie de 'santé publique' (*Public, Environmental & Occupational Health*) : les services et politiques de santé ; la médecine générale/interne ; l'oncologie ; les services de soins de santé ; les sciences sociales ; la gynécologie/obstétrique ; les études sur les femmes ; la pédiatrie, les sciences environnementales ; l'interdisciplinarité ; etc. La santé publique est donc un domaine d'études qui réunit des disciplines tantôt biomédicales tantôt sociales. Dressler, Oths, & Gravlee (2005) ont par ailleurs noté une intensification de l'usage de la race comme catégorie en santé publique ; une tendance qui est d'ailleurs particulièrement marquée depuis le début des années 2000.²

Cette tendance peut sans doute être mise en relation avec la décision de l'administration Clinton (Annexe I) qui, à la fin des années 1990, a libéré des ressources pour la recherche en santé sur les disparités raciales en santé, un phénomène qui est aujourd'hui reconnu aux États-Unis (Easley & Easley, 2006 ; Kaufman & Cooper, 2001a ; Jones, 2001 ; Krieger, 2000 ; Thomas, 2001). Le premier élément à retenir de l'initiative Clinton a été d'élever le phénomène des disparités raciales en santé au rang de priorité nationale. L'objectif étant d'éliminer d'ici à 2010 les disparités raciales dans six domaines de la santé : la mortalité infantile, le dépistage du cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le VIH/sida, et la vaccination.

Pour atteindre ce but, l'administration Clinton proposa d'améliorer la santé de ce qui est désigné sous le terme de 'minorités' en libérant une somme considérable pour développer d'une part des approches et des stratégies qui ciblent les communautés, et d'autre part des programmes de recherche en santé publique.

cependant à 3 300 mais seulement pour certains items. Source : http://images.isiknowledge.com/help/WOS/h_database.html [information téléchargée le 16.07.2008].

² Le nombre de documents pour une recherche utilisant la troncature (rac*) dans les bases de données SCI-EXPANDED et SSCI a doublé dans le domaine de la santé publique durant la période 1999-2001. Cette augmentation se confirme par la suite pour atteindre 690 documents répertoriés en 2007. Cette tendance a été observée tant pour les États-Unis que pour l'ensemble des pays recensés [information téléchargée le 20.07.2008].

Ces ressources financières devaient également permettre de faciliter et de coordonner la recherche privée et publique pour démontrer et évaluer les disparités en santé dans des domaines de recherche précises comme, par exemple, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus parmi les Amérindiens.

Par ailleurs, plusieurs autres stratégies furent identifiées pour atteindre l'ultime objectif : d'une part mobiliser le bureau du *Surgeon General* afin d'élaborer des programmes d'éducation et de prévention qui s'adressent – je cite, aux minorités raciales et ethniques, et à tous les acteurs communautaires y compris les professionnels du domaine médical. D'autre part, il s'agissait de renforcer la transmission de l'information scientifique et assurer que cette information se transforme en programmes. Enfin, cette initiative proposa de conscientiser tous les acteurs sociaux (employés, église, écoles, cliniques médicales, professionnels de la santé) aux disparités de santé, incluant le développement de nouvelles stratégies pour que tout le monde mène des activités de prévention de la maladie.

Plusieurs auteurs précisent toutefois que la notion de race est rarement définie ou même justifiée dans les études de santé publique (Dressler et al., 2005; Williams, 1997). Kaufman & Cooper (2001a,b) reconnaissent que l'usage de cette variable est loin de répondre à des directives précises et est souvent utilisée à mauvais escient. MedlinePlus, une base de données dans le domaine médical, renvoie encore le terme race à une "catégorie d'êtres humains qui partagent certaines caractéristiques physiques distinctes",³ et la troisième édition du dictionnaire d'épidémiologie définit la race comme des "persons who are relatively homogeneous with respect to biological inheritance" (Last, 1995, p.139). Selon ces deux définitions il existe des races qui se distinguent par des caractéristiques physiques qui se transmettent d'une génération à l'autre.

³ Traduction libre de "a category of humankind that shares certain distinctive physical traits". Source : MedlinePlus, <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?book=Medical&va=race>, [information téléchargée le 06.03.2007].

Bibeau (2004) pense pourtant que la pratique qui consiste à identifier les groupes sur la base de différences biologiques, lesquelles sont mineures, est impertinente et signe le retour du racisme dans les sciences. L'auteur pense en effet que la race "ne peut absolument pas rendre compte des différences entre les groupes humains". Des grands ensembles tels qu'Asiatique ou Africain pense Jones (2001), recouvrent une pluralité de modes de vie et de cartes génétiques dont les études de santé publique ne rendent pas compte. La catégorie de race est maintenant rejetée par les anthropologues, rajoute Bibeau, "parce qu'elle tend à rattacher des différences culturelles, sociales et comportementales entre groupes à une base strictement génétique" (p.70).

Dans le même ordre d'idée, Fullilove (1998) a suggéré d'abandonner dans les études de santé publique l'usage de la race qui est un concept qui sous-entend l'infériorité naturelle des gens de couleur face aux Blancs, une prétendue infériorité ayant permis de justifier la Traite transatlantique et l'esclavagisme. Selon Bhopal & Donaldson (1998), les chercheurs embrassent très souvent l'usage de ces termes (et les statistiques qui en découlent) pour une question de coût et de facilité alors que la race comme catégorie n'était pourtant pas initialement destinée à la recherche.

Qui plus est, notent les auteurs, la catégorie *White* est encore perçue comme une entité homogène qui va de soi et qui n'entraîne que peu de remise en question par les chercheurs. Pour Kaufman & Cooper (2001a), par exemple, la race demeure une caractéristique individuelle et fixe. Fee (1993a) rappelle d'ailleurs que le domaine de la santé a participé à caractériser certains groupes d'un point de vue médical, comportemental et moral.

"In the 1920s and 1930s, syphilis, which had originally been perceived as a disease of vice and prostitution, was again redefined, this time as a black disease. In the 1930s, as today, health statistics were gathered by race but not by income. The statistics on venereal diseases confirmed the definition of syphilis predominantly a «colored» or black problem...Most Whites believed that venereal diseases was a result of sexual immorality. Blacks were popularly perceived as sexually uninhibited and promiscuous" (pp.169-170).

Cela dit, comment peut-on comprendre, demande Fee (1993b) dans l'introduction de *A History of Public Health* que Rosen, ancien éditeur de l'*American Journal of Public Health* et défendant pourtant des valeurs progressistes, ait ignoré la question de race et de racisme dans son livre ? En effet, on ne sait pas penser et parler de santé et de bien-être, soutient Fee, sans aborder la question de race et de racisme (p.xv). C'est également l'avis de Krieger (1992). La race comme variable, écrivent Kaufman & Cooper (2001a,b) représente un intérêt majeur et son usage se justifie parce que, d'une part, cette catégorie joue un rôle essentiel dans la stratification sociale et, d'autre part, elle permet de prédire les états de santé. D'autres auteurs, qui mettent de l'avant la justice sociale comme valeur fondatrice de la santé publique moderne, appuient l'usage de la race dans la recherche en santé, seule possibilité d'étudier les effets délétères du racisme et de réduire les disparités raciales en santé (Krieger & Birn, 1998 ; Thomas, 2001).

Krieger & Birn (1998) notent d'ailleurs que les disparités raciales en santé ne sont plus vues depuis longtemps comme le résultat d'une infériorité naturelle de certaines populations mais plutôt comme la conséquence des inégalités sociales et de la discrimination. Pourtant, la race est encore perçue comme une variable biologique dans le milieu de la santé publique (Krieger, 1992), et certains auteurs donnent une explication biologique ou génétique aux disparités raciales en santé (Jones, 2001). La manière dont on perçoit la 'race' paraît donc être associée aux schémas à partir desquels on explique les différences raciales.

Fassin (2005) pense quant à lui que la santé publique a tendance à naturaliser ses objets, une opération "qui consiste, selon l'auteur, à inscrire les évidences dans la nature des choses". Pourtant, faire de la santé publique, écrit encore Fassin, "engage [en effet], sur un plan anthropologique, la manière dont nous considérons le monde qui nous entoure" (p.13). La construction du problème de santé publique, ajoute Fassin (2005), fait en effet appel à des techniques disciplinaires et à des valeurs mais aussi à des pratiques et des représentations qui permettent de faire sens de la réalité.

C'est ainsi, écrit Fassin (2005), que "la santé publique ne se contente pas de découvrir : elle invente" (p.37), une réflexion, selon l'auteur, que les acteurs de santé publique font rarement porter sur leur propre pratique. Cependant, Fassin suggère également que le problème de santé publique "n'est pas seulement une chose construite". Il existe une réalité, écrit l'auteur, qui serait indépendante des représentations que l'on s'en fait, dans la mesure où "ce sont presque exclusivement certains groupes, avec des caractéristiques d'appartenance sociale et d'origine géographique particulières, qui sont affectés, surtout dans les formes les plus sévères qui laissent de graves séquelles et parfois tuent" (p.36).

Et Fassin ajoute que la relation d'altérité que la santé publique instaure avec son public est "d'autant plus efficace que l'autre est socialement, ethniquement, géographiquement éloigné, autrement dit qu'il apparaît presque naturellement dans sa différence culturelle" (p.45). Kaufman et Cooper (2001a) indiquent quant à eux que la notion de race se confond souvent avec celles d'ethnicité et de culture. Ils ajoutent que la fusion des variables race et ethnicité se justifie par l'absence de distinction nette entre ces termes.

Krieger (1992) indique, pour sa part, que les données de santé publique aux États-Unis font l'objet de controverses, et que certains types de données sont peu disponibles au contraire d'autres données comme la 'race' et le 'sexe'. Par ailleurs, ajoute l'auteure, on tend à ignorer le phénomène du racisme. D'autre part, Krieger suggère que le traitement des données affecte la perception des problèmes de santé autant par les professionnels que par le public. C'est ainsi indique Krieger que certains problèmes sont construits en termes de différences raciales et ethniques. Et nous venons de voir que l'intervention politique ne paraît pas étrangère à cette tendance. Il y aurait donc des 'choses' qui rendent les 'découvertes' possibles (Foucault, 1969). Dans la prochaine section, nous allons remonter dans le passé pour voir la manière dont l'idée de race s'est progressivement constituée et installée pour marquer la *différence*.

De manière plus précise, je m'efforce de montrer que cette formation est à mettre en relation non seulement avec des événements historiques et politiques mais aussi avec une multitude de pratiques sociales.

Chapitre 1

La race, une idée pour marquer la *différence*

"Race is so deeply embedded in our lives it appears to be the natural order of things. We must challenge that notion with all the power of our science and society."

Moses citée par l'*American Anthropological Association*⁴

Dans une vidéo intitulée *The Story of Race*, l'*American Anthropological Association* nous informe que l'idée de race est associée aux histoires de l'Europe et de l'Amérique du nord, et qu'elle a été façonnée par les gouvernements, la science et la culture. Selon Curtoni & Politis (2006), le terme de race a fait son apparition dans les langues européennes à l'époque coloniale moderne. Taguieff (2007) pense pour sa part que la race est une idée qui s'est progressivement immiscée dans la pensée en Europe à partir de la fin du 17^{ème} siècle, et que les représentations raciales ont servi de principes aux colonialismes et au racisme d'État. Et selon Hall (2003), "western ideas about 'race' and images of racial difference were profoundly shaped by [those] three fateful encounters" (p.239): la Traite des esclaves, les colonialismes modernes, et les migrations de l'après-seconde guerre mondiale en Europe et en Amérique du nord.

Des idées et des images pour caractériser l'"autre"

Les sociétés humaines ne sont jamais seules, écrit Lévi-Strauss (1952). Bibeau (1997) souligne quant à lui que les communautés fermées du reste du monde ont plus souvent été l'exception que la règle. Dans le passé, note Appadurai (2005), les échanges commerciaux et les explorations ont créé des liens entre les espaces sociaux géographiquement éloignés; les réseaux d'échanges étaient toutefois relativement limités.

⁴ http://www.understandingrace.org/history/timeline_movie.html [History] [vidéo visualisée le 30 avril 2008]

Depuis quelques siècles, ces interactions se sont accélérées et se sont intensifiées sous l'impulsion des colonialismes modernes et des religions qui ont donné lieu à des interactions et des échanges plus soutenus entre les régions du monde. Mais ces rencontres ont également donné naissance à des images pour caractériser l'"autre". L'expression 'barbare' était d'usage durant les périodes grecques et romaines. Des stéréotypes visant les Africains ont été véhiculés en Europe avant la Traite et la période coloniale moderne. Ceci fait dire à Loomba (2005) que "racial stereotyping is not the product of modern colonialism alone" (p.92). Taguieff (2007) pense en effet que l'idée de race précéda le mot, comme c'est d'ailleurs le cas pour son corollaire, le racisme.

À partir de l'époque médiévale jusqu'à l'aube de la modernité, l'appartenance religieuse a servi de référent identitaire pour asseoir la *différence* entre la Chrétienté et l'Islam ou encore le Judaïsme (Jahoda, 2005; Loomba, 2005). L'existence de 'sauvages' et de 'monstres', écrit Loomba, allait pourtant à contresens des écritures bibliques et était difficile à justifier si ce n'est en accusant ces 'créatures' de malédiction (celle de Cham en est un exemple). "With European colonial expansion, and nation-building, these earlier ideas (and their contradictions) were intensified, expanded and reworked" écrit Loomba (2005, p.93). Dans certaines situations, ces images semblent avoir légitimé les pratiques coloniales que ce soit la colonisation des terres et les conquêtes militaires et la violence qui les accompagnaient, le commerce et même les missions religieuses (Le Cour Grandmaison, 2005; Marchal, 1996).

Cinq bulles ont été rédigées par plusieurs papes au cours de la période 1456-1506 en marge des expéditions, notamment celles de Christophe Colomb et de Vasco de Gama, à la demande des rois d'Espagne et du Portugal. L'un de ces traités fut "la bulle *Inter caetera* de 1493 où Alexandre VI donna à la Castille les terres découvertes et à découvrir, en traçant la ligne de partage avec son rival portugais (qui héritera ainsi du Brésil)" (Capdevila, 2007, pp.10-11). Fort peu enclin à respecter ces nouvelles règles, les Anglais et les Français se lancèrent également à la conquête du 'magnifique gâteau' américain, une expression que Léopold II, ex-roi des Belges, utilisera à propos du continent africain à la fin de 19^{ème} siècle.

Il semble en effet que l'attrait pour le 'Nouveau Monde' se situait avant tout dans les ressources. Cioranescu (1961) écrit à propos de l'Amiral Colomb :

"Il est certain que l'aspect matériel de la découverte le préoccupait constamment, et qu'il n'a d'yeux que pour sa future richesse. Il est vrai qu'il lui arrive souvent d'admirer la nature exubérante du Nouveau Monde ; mais il la regarde avec des yeux de propriétaire satisfait... Il détaille avec sympathie le physique et les qualités intellectuelles et morales des indigènes : mais c'est uniquement pour arriver à la conclusion qu'ils sont admirablement doués pour servir comme esclaves..."

...Il est vrai qu'il s'applique à maintenir des bonnes relations avec les Indiens...mais c'est afin de ne pas s'en trouver encombré, en passant tout de suite à la réalisation de son programme indien, qui ne se compose d'ailleurs que d'un seul point : ramasser de l'or. Et c'est «au nom de la Très Sainte-Trinité» qu'il annonce aux Rois Catholiques l'envoi prochain de caravelles bondées d'esclaves ; et c'est avec l'aide de Dieu tout-puissant qu'il espère découvrir très bientôt les mines mystérieuses où gît le métal ardemment convoité" (p.13).

Les premiers discours coloniaux qualifiaient certaines populations de 'barbares infidèles' ou de 'sauvages'. Loomba (2005) note une certaine similitude des images à propos des 'autres' entre des situations coloniales qui étaient pourtant très différentes les unes des autres en ce qui concerne notamment les interactions avec les populations. Des caractéristiques telles que 'paresse', 'agressivité', 'promiscuité', 'bestialité', 'innocence' et 'irrationalité' étaient attribuées par les colonialistes aux amérindiens ou encore aux africains, aux indiens et même aux irlandais ; des qualificatifs qui étaient également utilisés à l'encontre de la classe ouvrière et des femmes en Europe (Loomba, 2005, p.93).

Cela dit, les discours et la production des identités ont tout de même aussi varié dans le temps et dans l'espace, ajoute Loomba. Des différences ont été notées parmi les groupes, écrit Loomba : certains étaient jugés tantôt plus violents tantôt plus civilisés que d'autres au gré des intérêts du colonisateur. Ces images, dont celles de la prétendue infériorité voire de l'ignorance des non-Européens, se sont affirmées et ont été consolidées et façonnées tout au long des rencontres et des expansions coloniales. Dans certains cas note encore Loomba (2005), la couleur était le symbole majeur de la différence.

Colomb écrivit par exemple lors de son troisième voyage :

"Le jour suivant, un grand canot vint du côté de l'est, avec vingt-quatre hommes, tous jeunes et très bien fournis d'armes, arcs et flèches et boucliers en bois. Ils étaient tous jeunes ainsi que je viens de le dire, bien faits et pas du tout noirs, mais au contraire plus blancs que tous les autres que j'avais vus aux Indes auparavant" (Colomb cité par Cioranescu, 1961, p.224).

La légitimité de la colonisation de l'Amérique et des stratégies d'évangélisation des populations et plus largement de l'impérialisme moderne fut l'objet en 1550 d'une discussion qui donna lieu à ce qui est aujourd'hui connu sous le nom de *controverse de Valladolid*. Devant une assemblée de théologiens-juristes réunis à la demande de Charles Quint, écrit Capdevila (2007), Bartolomé de Las Casas, évêque de la ville de Chiapa aux 'Indes', et le docteur Ginès de Sepúlveda, chroniqueur de l'Empereur, présentèrent leurs arguments sur la question. Tandis que le premier dénonçait la conquête, l'appropriation et le dépeuplement des terres et la représentation de l'"Indien" comme "homme jetable"⁵, le second, au contraire, défendit les guerres qui assuraient l'évangélisation des populations dites indiennes. C'est ainsi que Sepúlveda déclarât notamment :

"je dis que « barbare » s'applique, comme le dit saint Thomas...à ceux qui ne vivent pas conformément à la raison naturelle et qui ont de mauvaises coutumes qu'ils approuvent publiquement, soit par manque de religion...soit à cause de mauvaises coutumes et d'un manque de bonne doctrine... et de rajouter que "le rôle de la guerre n'est pas de convertir ...mais d'assujettir les barbares, d'aplanir et d'assurer le chemin de la prédication" (Sepúlveda cité par Capdevila, 2007, pp.141-142).

Loomba (2005) note pour sa part une certaine confusion dans les textes ethnographiques en ce qui concerne les catégories (la même catégorie appliquée à des populations très éloignées l'une de l'autre). Malgré tout, certains textes ont, par leurs images, façonné certains groupes. Les premiers textes ethnographiques, selon Loomba, ont simultanément caractérisé certains groupes non-Européens mais en même temps rendu les différences relativement confuses.

⁵ Capdevila (2007, p.85) indique avoir repris cette expression de Bertrand Ogilvie (1995).

Parmi les premières représentations européennes des habitants de ce 'Nouveau Monde', on retrouve celles de Théodore de Bry qui ont été publiées entre 1590 et 1635 sous la forme d'une série de documents composés de récits écrits en latin et de gravures basés sur des travaux d'artistes qui ont accompagné les premières expéditions européennes entre autres en Virginie à la fin du 16^{ème} siècle. Il est intéressant de noter que ces documents sont encore présentés presque tels quels, sans beaucoup de critique, plus de quatre cents ans après qu'ils aient été conçus. Dans son introduction, Ningler (1927), faisant l'apologie du travail de de Bry, note par exemple que

"la conception de Théodore de Bry était tout à fait remarquable...Il s'agissait de présenter au public [européen] un récit complet et détaillé des voyages et des explorations de plus en plus nombreux entrepris par les nationaux des principaux pays européens dans des régions jusqu'alors inconnues...De bonne heure, en effet, on avait pris l'habitude d'emmener à chaque voyage un ou plusieurs dessinateurs chargé de prendre des vues du pays ainsi que des croquis représentant les indigènes dans leurs principales occupations et attitudes".

Théodore de Bry, qui tentait plutôt de convaincre le public du bien-fondé et des profits potentiels de la colonisation, écrivit notamment que :

"Les sauvages [en Virginie] s'entourent le milieu du corps d'un mauvais manteau en peau de cerf ; le reste du corps est nu. La populace doit être tenue comme très faible d'esprit par rapport à nous, comprenant si peu nos affaires qu'elle prise d'avantage nos objets de pacotille que d'autres d'une bien plus grande valeur...

...Bien que l'adresse des indigènes n'existe pas, comparée à la nôtre, on a cependant reconnu que ceux-ci étaient adroits et ingénieux, tout en manquant d'instruments comme les nôtres, ce qui les empêche de rivaliser avec nous au point de vue artistique et industriel...Il est donc très vraisemblable que, désireux d'acquiescer notre bienveillance et notre amitié, ils s'empresseraient de nous plaire et de nous obéir...Ils ont en effet déjà une religion, qui, sans être la bonne, n'en existe pas moins et pourrait, il faut l'espérer, être d'autant plus facilement réformée" (Harriot & de Bry cités par Ningler, 1927, extraits pp.34-41).

De son côté, Appiah (1996) écrit que la couleur de peau et l'appartenance religieuse avaient le pouvoir de façonner les qualités humaines. Citant comme exemple Othello de Shakespeare, Appiah signale que le noir indiquait non seulement l'origine de la personne mais aussi son infidélité.

Il semble toutefois qu'à cette époque, le préjugé de couleur était subordonné à l'affiliation religieuse : c'est, par exemple, l'affiliation au christianisme qui avait le pouvoir de rendre les gens bons (Loomba, 2005 ; Ashcroft, Griffiths, & Tiffin, 2006). Loomba (2005) insiste sur le fait que : "such constructions [les différences raciales] were based on certain observed features, the imperatives of the colonialists, and preconceptions about the natives" (p.96).

L'importance est donc de comprendre, selon Loomba, que l'élaboration de ces images est à situer dans une relation entre la société colonisée (notamment la classe des gens) et les objectifs du colonisateur. C'est ainsi que les discours coloniaux se sont modifiés au cours du temps dans une même société en fonction de la situation politique, et que les représentations à propos de l' 'autre' ont changé en fonction des règles coloniales (*colonial rule*) (Loomba, 2005). Ces images ont relevé d'impératifs variés, toujours contextuels, mais souvent liés, qu'ils soient d'ordre national, politique, social, économique ou encore identitaire. Et c'est ainsi que les textes et les histoires écrits lors des diverses rencontres, selon Loomba, ont renforcé la division entre l'Europe et les 'autres' (p.94).

Aussi, on constate que ces images ont été créées ou tout au moins véhiculées par les grandes institutions religieuses et étatiques, mais aussi par des artistes et des explorateurs. Selon De Boeck, "les œuvres de l'impérialisme colonial sont intimement liées à l'émergence et à la consécration de l'État-nation occidental dont les colonies servaient l'expansion externe" (p.23). Certaines productions impériales relèvent de ce qui a été nommé les *zoos humains*, ces expositions coloniales politico-scientifiques qui ont parcouru l'Amérique du Nord et l'Europe aux 19ème et 20ème siècles, période de l'apogée impérialiste des États-nations, afin de livrer les colonisés aux regards et aux imaginaires occidentaux (Corbey, 2002):

"On soumettait à l'inspection visuelle de millions de citoyens occidentaux des individus dits sauvages et primitifs, avec leurs artefacts, leurs maisons et parfois même un village entier. Des lieux de spectacle similaires tels que les zoos, les jardins botaniques, les cirques, les expositions temporaires ou permanentes organisées par des sociétés missionnaires ou des musées d'histoire naturelle présentaient également d'autres races et/ou d'autres espèces" (p.90).

Ces exhibitions, suggère Corbey (2002), remplissaient un rôle bien précis: celui de célébrer le progrès en réunissant dans le même espace toute la production de l'État-nation, que ce soit les sciences, la culture, le commerce, l'industrie, et les transports:

"Véritables catégories de représentation occidentale du Soi, ces citoyens [occidentaux], au même titre que les "indigènes", étaient présentés comme les personnages du récit du progrès de la civilisation, décrits comme l'inévitable triomphe des « races supérieures » sur les « races inférieures » et comme l'avancée du progrès à travers la science et la conquête impériale".

L'idée de race fut également omniprésente lors de la colonisation des Philippines par les États-Unis, écrit Anderson (2006), une colonisation qui a suivi leur victoire sur les forces espagnoles à la fin du 19^{ème} siècle : "the figure of « whiteness », whether deficient or overassertive, became a means through which Americans declared their presence in the Philippines" (pp.43-44). Autrement dit, pense Anderson, la 'blancheur' (*American whiteness*) s'est vue reconfigurée dans un contexte à la fois colonial et tropical.

Marquer les corps, institutionnaliser et légaliser la *différence raciale*

"The central figure of Western humanist and Enlightenment discourses, the humane, knowing subject, now stands revealed as a white male colonialist."

Loomba, 2005, p.60

L'idée de race semble s'être systématisée à partir des Lumières et a servi de nouveaux intérêts. En d'autres termes, l'apparition des théories raciales s'est concrétisée à cette époque sous l'impulsion du monde politique et des sciences et ont accompagné les colonialismes et le développement concomitant des états-nations européens et nord-américains. L'idée de l'existence de différences raciales, suggère Kapila (2007), se développa durant cette période par le biais de deux phénomènes : le colonialisme et la science. De leur côté, Bibeau & Pedersen (2000) pensent que les Lumières ont jeté les bases de la classification raciale moderne.

C'est à partir du milieu du 18^{ème} siècle que le racialisme, écrit Todorov (2005), a pris forme en Europe. Cette doctrine, selon Todorov, se réfère à un ensemble d'idées ou de propositions théoriques qui soutiennent l'existence de races dont les membres possèdent des caractéristiques communes; la détermination pour chaque groupe de caractéristiques culturelles en fonction de facteurs biologiques; la détermination du comportement de l'individu en fonction de la race à laquelle il appartient (doctrine collective); et la supériorité de certaines races par rapport à d'autres (doctrine universaliste et -centrique).

Qu'en est-il des États-Unis ? Thomas Jefferson, qui allait devenir le troisième président des États-Unis, fut l'un des théoriciens de la race (Appiah, 1996). Pourtant abolitionniste - rappelons que l'émancipation fut proclamée en 1838 dans les territoires anglais (Hochschild, 2005) mais n'a été effective à l'ensemble des États-Unis qu'après la guerre de Sécession, Jefferson prétendait que les Blancs et les Noirs ne pourraient vivre ensemble sous la bannière d'un même gouvernement.

La perspective politique de Jefferson trouva un moyen d'expression dans la biologie et la corporéité. En effet, selon Voegelin (1933, cité par Taguieff, 2007), l'idée de race est l'une des idées politiques de corporéité, comme celles de dynastie, de lignée, de consanguinité, qui sont "essentielles pour l'édification de la réalité de l'État" (p.15). C'est aussi de l'avis de Loomba (2005, p.57) qui prétend que la nation et l'idée de race se sont développées simultanément.

"The real distinctions which nature has made; and many other circumstances, will divide us into parties, and produce convulsions which will probably never end but in the extermination of the one or the other race. To these objections, which are political, may be added others, which are physical and moral. The first difference which strikes us is that of colour. Whether the black of the negro resides in the reticular membrane between the skin and the scarf-skin, or in the scarf-skin itself; whether it proceeds from the colour of the blood, the colour of the bile, or from that of some other secretion, the difference is fixed in nature, and is as real as if its seat and cause were better known to us (...). They [the blacks] are more ardent after their female; but love seems with them to be more an eager desire than a tender delicate mixture of sentiment and sensation (...)" Comparing them by their faculties of memory, reason, and imagination, it appears to me, that in memory they are equal to the whites; in reason much inferior (...) and that in imagination they are dull, tasteless, and anomalous (...)" (Jefferson, 1781-82, cité par Appiah, 1996, pp.44-45).

Les écrits du futur président Jefferson illustrent l'orientation qu'a prise la pensée raciale qui trouve l'un de ses points d'ancrage dans le monde politique. Dans cet extrait, Jefferson suggère que les différences politique, biologique et morale entre le Noir et le Blanc trouvent leurs origines dans l'ordre de la nature. C'est la race qui permet maintenant d'expliquer les différences (Appiah, 1996).

C'est, pense Jefferson, la nature qui nous a fait différents, à commencer par les caractéristiques physiques qui nous distinguent : la couleur de la peau, du sang et de tous les autres fluides corporels. Un constat qui tourne à l'absurdité : comme si l'on pouvait percevoir une différence de couleur entre deux mêmes fluides provenant de deux humains quelle que soit leur origine. On peut aussi constater certaines similitudes entre les suppositions de Jefferson et celles de Sepúlveda, qui ont pourtant été énoncées presque trois siècles plus tôt : la raison des uns (les Indiens) ne vaudrait pas mieux que celle des autres (les Noirs). Pour Bessone (dans Du Bois, 2004), "les arguments esthétiques, moraux et politiques conduisent logiquement à la ségrégation et le plus cultivé, le plus libéral, le plus emblématique des fondateurs de la République américaine, justifie cette logique" (p.304).

Les codes noirs et les lois ségrégationnistes se sont étalées tout au long des 19^{ème} et 20^{ème} siècles notamment aux États-Unis, et ces textes juridiques, écrit Bessone (dans Du Bois, 2004), réglementaient "les droits et les devoirs des Noirs et des Blancs" (p.305).

"Article 11 : toute personne autre qu'un Noir, dont l'un des grands-parents est ou a été un Noir, même si tous ces autres ascendants, exceptés ceux qui descendent du Noir, ont été des personnes blanches, sera considéré comme un mulâtre; ainsi toute personne possédant un quart ou plus de sang noir, sera considérée en toutes choses comme un mulâtre" (Bessone dans Du Bois, 2004, p.306).

Tocqueville en Amérique : le choc des idées

Alexis de Tocqueville a quant à lui voyagé aux États-Unis durant un peu moins d'un an de 1831 à 1832 pour visiter le système pénitentiaire américain. Ce voyage l'a emmené aux quatre coins de la nouvelle république (bien qu'il passât moins de temps dans le sud du pays), et a donné lieu à *De la démocratie en Amérique* qui est paru pour la première

fois en 1835. Comme son nom l'indique, ce manuscrit est une étude du processus démocratique américain, mais aussi une réflexion sur la liberté et l'égalité.

Selon Tocqueville (1986), l'égalité des personnes est un principe démocratique fondamental aux États-Unis. À cette époque, selon l'auteur, l'Amérique est un exemple de démocratie "stable" et "paisible", qui s'est construite dans le respect des droits : il y observe l'égalité des conditions et la souveraineté du peuple, "source commune de toutes ces lois" (p.35). La population américaine, écrit Tocqueville, se compose de trois races ennemies qui se distinguent non pas seulement physiquement mais aussi d'un point de vue social et légal, et où, écrit l'auteur, la race blanche, européenne, est unifiée et homogène, et occupe le haut de la classification humaine.

"Les hommes répandus dans cet espace ne forment point, comme en Europe, autant de rejetons d'une même famille. On découvre en eux, dès le premier abord, trois races naturellement distinctes, et je pourrais presque dire ennemies. L'éducation, la loi, l'origine, et jusqu'à la forme extérieure des traits, avaient élevé entre elles une barrière presque insurmontable, la fortune les a rassemblées sur le même sol, mais elle les a mêlées sans pouvoir les confondre, et chacune poursuit à part sa destinée. Parmi ses hommes si divers, le premier qui attire les regards, le premier en lumière, en puissance en bonheur, c'est l'homme blanc, l'Européen, l'homme par excellence ; au-dessous de lui paraissent le nègre et l'indien", et de rajouter "Ne dirait-on pas, à voir ce qui se passe dans le monde, que l'Européen est aux hommes des autres races, ce que l'homme lui-même est aux animaux? Il les fait servir à son usage, et quand il ne peut les plier, il les détruit" (p.467).

Comme Jefferson, Tocqueville se réfère à l'idée de race pour distinguer la population américaine où le Blanc occupe le haut du pavé et se caractérise par sa puissance et par sa lumière. Selon Tocqueville, comme pour Jefferson, les races sont posées là, comme si la nature les avait faites : trois 'familles' ennemies qui sont séparées autant d'un point de vue physique que social. Servile, au goût dépravé, grand imitateur et admirateur du blanc, sans pouvoir toutefois l'atteindre, le Noir, de l'avis de Tocqueville, aurait tout perdu, souvenir, langue, religion, ses coutumes et même sa personne. Il est maintenant dans l'entre-deux, il n'appartient plus à aucune société.

Il a été vendu, il est maintenant répudié, isolé et n'a plus de droit. Au contraire, suggère Tocqueville, l'Indien pourrait atteindre le niveau du Blanc mais, réfutant l'assujettissement et la civilisation, puérule et gouverné par ses opinions et ses mœurs, la guerre et la chasse, il reste à l'état de sauvage et de barbare.

"Ce qui a singulièrement favorisé le développement rapide des habitudes européennes chez ces Indiens [Cherokees] a été la présence des métis. Participant aux lumières de son père sans abandonner entièrement les coutumes sauvages de sa race maternelle, le métis forme le lien naturel entre la civilisation et la barbarie. Partout où les métis se sont multipliés, on a vu les sauvages modifier peu à peu leur état social et changer leurs mœurs. Le succès des Cherokees prouve donc que les Indiens ont la faculté de se civiliser, mais ils ne prouvent nullement qu'ils puissent y réussir" (pp.484-485).

Comme le laisse entendre ici Tocqueville, la seule manière pour l'Indien de sortir d'un état prétendument sauvage serait d'hériter de capacités à la fois intellectuelles et comportementales de la race blanche qui lui permettraient de se civiliser. On est porté à croire, en lisant Tocqueville, que la blancheur est une condition essentielle à la civilisation ; le niveau social étant biologiquement et racialement déterminé. Tocqueville offre ici à l'Indien une possibilité de changement : on peut s'élever dans la hiérarchie sociale mais seulement en se rapprochant, biologiquement, du Blanc.

La description que fait Tocqueville de l'oppression et de la destruction des peuples autochtones américains suite à la colonisation européenne se dilue totalement dans la manière dont l'auteur se représente les indiens - êtres prétendument inférieurs et sauvages, incapables d'atteindre la lumière. Toutefois, à leur contact, l'europpéen, particulièrement le français, risque d'être contaminé et de devenir lui-même sauvage.⁶

On observe ici, comme d'ailleurs Loomba (2005) le suggère également, une certaine fluidité entre les catégories : on notera toutefois que l'ascension sociale requiert une modification biologique, tandis qu'un contact avec l'Indien suffit à faire redescendre le Blanc dans l'échelle sociale.

⁶ On notera également que Tocqueville procède à une hiérarchisation au sein même des Blancs où les Américains et les Anglais occupent le haut de l'échelle, en tous les cas en ce qui concerne les facultés intellectuelles.

S'appuyant sur des documents tels que des rapports du congrès américain du début du 19ème siècle, Tocqueville décrit la situation des Indiens d'Amérique et des Noirs. Selon l'auteur, si les deux groupes ont en commun d'avoir été opprimés et d'avoir subi la tyrannie des Blancs, leur situation est malgré tout différente et est liée à leur histoire.

Voyons la perspective de Tocqueville à propos des premiers, les Indiens d'Amérique. Le récit du magistrat rapporte l' "oppression" et la "destruction" dont ils ont été l'objet, et la "disparition" de la grande majorité d'entre eux. Aussi, l'auteur note la relation de dépendance qui a accompagné les changements des conditions de vie des Indiens : la dépossession de leurs territoires et la raréfaction de la nourriture obligent les groupes soit à se sédentariser soit à fuir s'ils ne meurent pas simplement de faim, malgré les promesses et la signature de traités avec l'État fédéral qui leur garantissaient une souveraineté jamais pourtant respectée : "à l'avidité des colons se joint d'ordinaire la tyrannie du gouvernement" qui aurait toutefois indiqué, selon Tocqueville, "nous sommes plus éclairés et plus puissants que les nations indiennes; il est de notre honneur de les traiter avec bonté et même avec générosité" (p.491).

On pourra, comme Tocqueville, évidemment douter de ces assertions d'autant plus que ce dernier ajoute un peu plus loin "l'expulsion complète des Indiens est le but final où tendent simultanément tous les efforts" (p.492), malgré les tentatives vaines du gouvernement fédéral (à qui s'opposaient souvent les états) qui ne semble jamais avoir exigé la mise en œuvre et le respect des Traités. Selon l'auteur, c'est l'isolement qui guète le plus les Indiens. Tocqueville suggère l'existence d'une inégalité naturelle entre les Blancs et les Noirs.

Les premières personnes utilisées comme esclaves arrivent sur le continent américain en Virginie en 1621 ; 'esclaves' et 'affranchis' sont environ deux millions à l'époque de la visite de Tocqueville, ceci représentant grosso modo 20% de la population totale. Pour Tocqueville, les relations entre les Blancs et les Noirs ont historiquement été fondées sur une relation de maître à serviteur, et les mots utilisés par Tocqueville pour décrire les seconds sont des plus déshumanisants.

Toutefois, suggère Tocqueville, l'esclavagisme ne peut durer et il en prédit la fin. Cela dit, rajoute l'auteur, ces relations ne peuvent aboutir qu'à des conflits pour la survie et le pouvoir de l'un ou l'autre, et soit à l'inégalité soit à l'effacement de l'un au profit de l'autre.⁷

La cohabitation fondée sur le droit à l'égalité ne lui paraît pas concevable car elle ne serait pas souhaitée aux ÉU. La seule solution selon Tocqueville pour résoudre le conflit serait la mixité.

"Quant aux Nègres affranchis et ceux qui naissent après que l'esclavage a été aboli...ils se trouvent vis-à-vis des Européens dans une position analogue à celle des indigènes; ...ils sont en butte à la tyrannie des lois et à l'intolérance des mœurs. Plus malheureux sous un certain rapport que les Indiens... beaucoup succombent à leur misère ... se concentrent dans les villes, où se chargeant des plus grossiers travaux, ils mènent une existence précaire et misérable".

Selon Capdevila (2007), Tocqueville illustre parfaitement le "point de vue du vainqueur" : il compatit et il constate la souffrance, mais il n'en fait pas l'objet de sa réflexion.

Les paradoxes et les contradictions des institutions de la *différence raciale*

Il existe aujourd'hui aux États-Unis un Bureau des affaires indiennes (*Bureau of Indian Affairs*) qui est rattaché au département de l'Intérieur et dont la mission est d'améliorer "...the quality of life, to promote economic opportunity, and to carry out the responsibility to protect and improve the trust assets of American Indians, Indian tribes, and Alaska Natives" (US Department of The Interior Indian Affairs, 2009). Autrement dit, ce Bureau est responsable de la fourniture de services aux *American Indians* et *Alaska Natives* et de l'administration de leurs terres.

⁷ La *Société de colonisation des noirs* allait fonder en 1820 le Liberia, sur la côte ouest africaine, qui allait accueillir des esclaves alors affranchis. En 1832, ils étaient environ 2 500 à y avoir été installés selon Tocqueville.

On assiste ici à un autre paradoxe car cette même institution, créée en 1824, mit en place dès ce moment un programme d'expulsion et d'assimilation à l'égard des Amérindiens. Une politique d'expulsion qui se concrétisera, légalement, quelques années plus tard par l'*Indian Removal Act*, une loi votée en 1830 par le Congrès américain à la demande du président Jackson, et qui forçât les populations amérindiennes de passer à l'ouest du Mississippi dans un territoire qui leur était réservé et dont ils allaient être expulsés quelques décennies plus tard. Les politiques de dépossession des terres des autochtones, de relogement et d'assimilation étaient clairement liées.

C'est ainsi qu'en 1887, la loi Dawes qui avait instauré la propriété individuelle dans les territoires amérindiens a eu pour effet d'accélérer encore un peu plus la dépossession de leurs terres (Hirschfelder, 2001). Après avoir tenté dans les années 1930 une politique de réorganisation (*Indian Reorganization Act*, 1934) qui visait à rendre une certaine autonomie aux populations autochtones, les années 1950 virent le gouvernement fédéral mettre fin à son soutien à l'égard de certaines populations qui passèrent sous la juridiction des États et qui furent reloger dans les centres urbains. Cette nouvelle politique de dépossession des terres qui fut finalement abandonnée à la fin des années 1950.

Une série de lois a limité l'entrée aux États-Unis de certains immigrants. Bullough et Rosen (1992) notent par exemple que la loi américaine sur l'immigration de 1924 allait favoriser les Européens du nord aux dépens des autres régions du monde. C'est ainsi, par exemple, que les Chinois et les Japonais furent tout simplement exclus des quotas d'immigrants jusqu'en 1952, date de la fin de l'*Oriental Exclusion Act*.⁸ Des lois comme les *Alien Land Law Acts* de 1913 et de 1920 furent destinées à empêcher certains immigrants d'acheter de terres en espérant les dissuader de rester au pays (Molina, 2006).

D'autre part, la persistance de la ségrégation raciale a été la source dans les années 1960 de manifestations dans plusieurs villes américaines. "In the United States, a multiplicity of social protests movements, beginning with the civil rights movement, prompted the expansion of the welfare state through the Great Society programs of the

⁸ Molina (2006) cite quant à elle le *Chinese exclusion act* de 1907-08.

1960s" (Fee, 1993b, p.xii). Le rapport de la commission Kerner établie suite à ces événements documenta, d'une part, la discrimination à l'encontre des communautés dites noires dans tous les domaines de la société : l'emploi, l'éducation, l'habitat et le bien-être. D'autre part, cette commission établit toute une série de recommandations pour une réforme structurelle de l'État et de la société américaine.

"The politics of class and race were being fought out in the factories, the courts, and the schools; the civil rights movement, still as its most optimistic, centered around the ideal of racial integration into the mainstream of American life. But for the most part, social and political life seemed untroubled" (p.xiv).

Toutefois, si aux États-Unis, selon Fee (1993), plusieurs événements dont le mouvement des droits civils ont peut-être étendu la protection sociale, la vie politique et sociale n'aura toutefois pas beaucoup changé. Takeuchi et Gage (2003) pensent également qu'en comparaison avec les années 1960, le climat social et politique a profondément changé aux États-Unis et la perception du rôle de l'État comme promoteur de changement social s'est atténuée ainsi que l'intérêt pour plus de justice raciale, écrivent les auteurs.

Cependant, durant les années 1990, l'initiative Clinton a participé à relancer l'intérêt de la recherche sur la race surtout dans le domaine de la santé, notent encore Takeuchi et Gage (2003). Nous reparlerons plus loin de cette initiative, mais il faut d'ores et déjà noter que l'étude scientifique de la race, écrivent Takeuchi et Gage, est à situer dans un cadre politique et social plus large.

Des sciences pour *faire la différence raciale*

Un grand nombre d'expéditions scientifiques ont accompagné et préparé les expansions coloniales (Loomba, 2005 ; Marchal, 1996). Grove (1995), cité par Loomba (2005, p.57), suggère que la science a participé au contrôle du monde et s'est accaparée des systèmes de connaissances non-occidentaux. Loomba (2005) pense également que les systèmes de connaissance occidentaux et l'histoire de la plupart des disciplines doivent être situés dans leur contexte colonial. Et l'auteure d'ajouter que la science a consolidé la pensée racialisée.

L'émergence de la biologie et des sciences humaines à partir de la fin du 18^{ème} siècle a été propice à la constitution de la *différence raciale* qui devenait progressivement objet d'investigation (Appiah, 1996 ; Loomba, 2005; Stepan, 1982). Dans *Histoire naturelle, générale et particulière*, publié en 1753, le Comte de Buffon, qui aurait initié l'usage du terme de race selon Jahoda (2005), identifie des différences entre les organes génitaux des Européens, des Amérindiens et des Noirs (Bibeau & Pedersen, 2002 ; Girod, 2004). Connu comme le fondateur de la biologie et du système de classification binomiale (espèce/genre), Carl Linné nomma dans *Systema Naturae* (1758) l'espèce humaine moderne *Homo sapiens*. Sur la base de critères géographique et physique, Linné divisa l'espèce humaine en catégories notamment africaine, asiatique, européenne et américaine, chacune étant associée à des attributs propres prétendant décrire la personnalité de tous les individus de chaque groupe.

Toutefois, pense Gould (1996), si le milieu scientifique apporte effectivement des arguments en faveur de la classification raciale à partir du 18^{ème} siècle, par la voie notamment du déterminisme biologique,⁹ on ne peut ignorer que la taxonomie raciale moderne faisait plus largement partie du contexte socioculturel occidental de l'époque autant, comme nous l'avons vu précédemment, dans le monde politique que chez les intellectuels. Et Gould de rajouter "in this context, the pervasive assent given by scientists to conventional rankings arose from shared social belief, not from objective data gathered to test an open question" (p.66). Au 19^{ème} siècle, d'autres naturalistes tels que Georges Cuvier, fondateur de la paléontologie et de l'anatomie comparée, Charles Lyell, fondateur de la géologie, et Charles Darwin suggèrent l'infériorité de certaines populations (Gould, 1996).

Stepan (1982) pense que l'émergence des sciences biologique et humaines à partir de la fin du 18^{ème} siècle a été propice à l'étude de l'humain et de la *différence raciale*. Le changement de configuration des sciences à cette période a d'ailleurs engendré une différenciation progressive de l'étude de l'humain en autant de champs: l'histoire naturelle a disparu pour faire progressivement place à la biologie, l'anatomie, la

physiologie, la psychologie, l'anthropologie et la sociologie. Les médecins et les anatomistes d'abord, les anthropologues, les philologues et les physiologistes ensuite ont développé aux États-Unis ce qui était alors perçu comme étant l'évidence scientifique de l'idée de race (Appiah, 1996).

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le racisme était une tendance bien établie parmi les scientifiques au milieu du 19^{ème} siècle : c'est ainsi que le langage, les concepts, les méthodes et l'autorité de la science suscitaient une prétendue infériorité de certains groupes par rapport à d'autres (Appiah, 1996; Stepan, 1982). Cela dit, si la supériorité de la race dite blanche et le statut biologique particulier de chaque groupe étaient généralement acceptés et défendus par les scientifiques aux 18^{ème} et 19^{ème} siècles, les théories raciales, selon Gould (1996), furent pourtant loin d'être homogènes et pour le moins inconsistantes.

En effet, tous n'étaient pas d'accord à propos des caractéristiques qui distinguaient les races : elles étaient tantôt d'ordre esthétique, tantôt culturelle ou mentale, voire encore comportementale, sexuelle, émotionnelle ou encore intellectuelle (Bibeau & Pedersen, 2002 ; Curtoni & Politis, 2006 ; Gould, 1996; Jahoda, 2005; Loomba, 2005). C'est ainsi, écrit Gould (1996), que Blumenbach ne croyait pas, par exemple, en la différence de capacités intellectuelles entre les races. Selon la version monogéniste, les différences entre les races s'expliquaient par la dégénérescence de certaines d'entre elles pour des raisons entre autres climatiques. Selon certains dégénérationnistes ces différences étaient irréversibles, pour d'autres elles étaient au contraire réversibles, et l'égalité raciale était donc théoriquement envisageable.

Par contre pour les adeptes de la théorie polygéniste, les races humaines étaient au contraire des espèces biologiquement séparées. L'un d'entre eux, Samuel George Morton, entreprit de réaliser aux États-Unis de 1820-1850 la mesure du volume de boîtes crâniennes d'êtres humains qu'il divisa en plusieurs groupes et sous-groupes. Malgré l'inconsistance et le manque de validité des résultats de Morton et des

⁹ Le déterminisme biologique est une perspective qui défend l'explication biologique, dans ce cas-ci, de la classification raciale : certains groupes occupent le bas de l'échelle car ils sont différemment constitués (Gould, 1996, p.62).

suppositions très discutables, selon Gould, quant à la possibilité de mesurer des capacités intellectuelles, ces arguments d'ordre scientifique viendront pourtant confirmer la classification raciale très en vogue à l'époque.

De manière intéressante les deux premiers groupes de la classification de Morton étaient le *Modern Caucasian Group* et l'*Ancient Caucasian Group*, et les représentants les plus brillants des premiers étaient la *Teutonic Family* divisée en *Germans*, *English* et *Anglo-Americans*. La dite race blanche était perçue à l'époque comme un groupe hétérogène.¹⁰ Quoi qu'il en soit, les scientifiques faisaient, d'une manière ou d'une autre, l'apologie de la classification raciale dans laquelle la 'blancheur' était la référence, la condition naturelle et suprême de l'humanité (Bibeau & Pedersen, 2002 ; Gould, 1996). Par ailleurs, certains monogénistes et polygénistes apportent une argumentation scientifique à l'esclavagisme et aux colonialismes (Gould, 1996).

Cela ne se fait pas sans contradictions. En effet, Loomba (2005) indique, premièrement comme Gould (1996), que certaines théories raciales comme le polygénisme sont venues contredire non seulement la conception biblique de l'humanité mais également l'universalisme et l'égalitarisme revendiqué par les Lumières. Ensuite, Loomba soutient que le développement d'une perspective à la fois biologique, essentialiste et déterministe du discours scientifique sur les races était en contradiction avec le discours colonial civilisateur. Enfin, l'auteure indique que la science a renforcé la relation entre la race et l'État, en subordonnant le développement de celui-ci à celle-là. On notera également que les discours scientifiques dans le passé étaient principalement l'œuvre d'hommes et que les préjugés négatifs visaient aussi les femmes (Loomba, 2005).

L'ambivalence des théories évolutionnistes

Les théories de l'évolution et de l'hérédité portent sur les règles et les principes de la descendance biologique des êtres vivants. Le naturaliste Charles Darwin, il y a cette

¹⁰ Pour plus de détails quant aux expériences de Morton voir Gould (1996, pp.82-101).

année 150 ans, publia *De l'Origine des espèces par la voie de la sélection naturelle* livre dans lequel il postule que les êtres vivants se développent à partir de formes ancestrales,¹¹ et que la descendance change continuellement, à travers des modifications qui répondent au mécanisme de la sélection naturelle.¹² Aujourd'hui, le *Centre National de la Recherche Scientifique* (CNRS) indique que cette théorie consiste à dire qu' "au sein d'une même espèce, les individus porteurs d'une variation héritable, momentanément avantageuse par les conditions du milieu, se reproduiront davantage".¹³

Toutefois, Gould (1996) précise que la variation génétique est aléatoire et ne produit pas préférentiellement une variation avantageuse. C'est seulement si celle-ci s'avère être avantageuse que la sélection naturelle la préservera. Cela veut dire écrit Gould que le processus décrit par Darwin est indirect et très lent. C'est grâce aux travaux de Mendel (1822-1884), redécouverts en 1900, notent Appiah (1996) et Bibeau (2004), que la théorie biologique de l'évolution se consolidera.¹⁴ Dans des travaux pourtant déjà publiés en 1865, Mendel expose les mécanismes élémentaires de la transmission intergénérationnelle des caractères ; une transmission qui est sous la dépendance de certains facteurs (les gènes).

Ces lois de l'hérédité portent sur la dominance de certains caractères, et la ségrégation et la recombinaison des allèles. Ceci explique donc que de nouvelles variétés puissent apparaître par mutation, et que certains caractères rares persistent dans une population. Appiah (1996) note pour sa part que l'acceptation grandissante du principe de modification des êtres vivants par sélection naturelle a permis d'alimenter la perspective

¹¹ La théorie de l'évolution publiée dans *The Origin of Species* de Darwin porte sur les plantes et les animaux, écrit Appiah (1996, pp 64-65), mais elle peut également nous éclairer sur 'the origin of man and his history'. Le mot race utilisé par Darwin ajoute Appiah s'applique autant aux plantes, aux animaux, qu'à des types d'humains.

¹² D'autres ont contribué à la théorie de l'évolution : le zoologiste de Monet, de Lamarck et le géologue Charles Lyelle. Lire à ce sujet Appiah (1996) et le journal du CNRS no 227, décembre 2008, http://www2.cnrs.fr/sites/journal/fichier/jdc_227_complet_bd_corrige.pdf [information téléchargée le 08.09.2009].

¹³ Aujourd'hui, selon le CNRS, quatre grands principes sont acceptés comme régissant l'évolution biologique des espèces vivantes : la capacité naturelle de variation des espèces vivantes; la capacité pour une espèce de se laisser sélectionner ou de se laisser modifier ; la capacité de surpeuplement d'une espèce mais également de limitation d'une espèce sur les autres; et enfin, l'importance des conditions physiques et chimiques du milieu comme facteur limitatif de la croissance (Le journal du CNRS no 227, 2008, p.21).

évolutionniste des races qui seraient biologiquement distinctes ; ceci servant d'argument supplémentaire au classement de l'humanité en variétés distinctes qui résulteraient d'une accumulation de différences. L'existence de races qui auraient évolué différemment et qui seraient biologiquement distinctes est une théorie qui est pour Gould (1996) impertinente dans la mesure où, écrit-il,

"Homo sapiens is, at most, a few hundred thousand years old, and all modern human races probably split from a common ancestral stock only about a hundred thousand years ago. A few outstanding traits of external appearance lead to our subjective judgment of important differences...Although frequencies for different states of a gene differ among races; we have found no "race genes"... Human societies change by cultural evolution, not as a result of biological alteration. We have no evidence for biological change in brain size or structure since 'Homo sapiens' appeared in the fossil record some fifty thousand years ago. (Broca was right in stating that the cranial capacity of Cro Magnon skulls was equal if not superior to ours). All that we have done since then...is the product of cultural evolution" (pp.353-354).

Selon Gould (1996), les différences d'attitudes et de pensée entre les groupes sont à mettre au compte de l'évolution culturelle mais ne sont pas l'expression de déterminants biologiques ou génétiques. On peut évidemment aussi questionner l'identification de différences raciales dans les attitudes et la pensée et de leur origine culturelle. On en discutera longuement plus loin.

C'est un sociologue et philosophe du 19^{ème} siècle, Herbert Spencer, écrit Molina (2006), qui suggéra que toutes les choses étaient soumises à une sorte d'évolution progressive allant du plus simple au plus complexe. Cette théorie, mieux connue sous le terme de Darwinisme social, stipulait que les plus riches étaient les mieux adaptés et qu'ils devaient naturellement gouverner la société.

Les autres devaient être laissés pour compte. Cette théorie, note Molina (2006), allait servir d'argument à la classification raciale, et à la limitation de la venue des immigrants de l'est et du sud de l'Europe en faveur des anglo-saxons.

¹⁴ En effet, Darwin croyait en la dilution des caractéristiques héritées par la mère et par le père, notent Appiah (1996) et Bibeau (2004); mais cela n'expliquait évidemment pas la persistance de certains traits rares.

La question et les objectifs de la recherche

L'intérêt de ce travail a été d'étudier ce qui est mis en œuvre pour arriver à la connaissance. J'ai choisi d'apporter des éléments de réponse à la question suivante : quelle est la conception contemporaine de la race en santé publique aux États-Unis ? L'objectif général de cette thèse a été de décrire le ou les processus de formation de la race dans le discours de la santé publique. Pour cela, j'ai plus spécifiquement visé les objectifs suivants en concentrant les analyses sur certaines institutions de santé publique aux États-Unis au cours des années 2000 :

- décrire les énoncés qui traitent de la race et qui sont une source de connaissance à son sujet ;
- décrire les règles qui contrôlent ce que l'on peut dire et penser à propos de la race dans des institutions de santé publique (et inversement de ce que l'on ne peut pas dire ni penser) ;
- décrire la manière dont la connaissance à propos de l'idée de race acquiert son statut de vérité.¹⁵

¹⁵ Ces objectifs spécifiques se basent sur les suggestions de Hall (2003) pour l'étude de la notion de discours de Foucault.

Chapitre 2

La race, un objet de discours entre pouvoir et savoir

"Since the mind is already colonized, we should at least try to examine the colonizing process."

Douglas, 1986, p.97

La race est vue dans cette thèse comme un objet de discours qui est soumis à un régime d'existence. L'objet n'est pas cependant simplement posé là (Foucault, 1969 ; Veyne, 2008). Cela ne veut évidemment pas dire qu'il n'y a pas quelque chose auquel se réfère l'idée que l'on se fait d'une chose qui existe bien là dans la nature. Cela veut plutôt dire que c'est le discours, en tant que présumé et que singularité, qui nous permet de le connaître (Veyne, 2008). Toutefois, si la connaissance à propos du monde se construit dans le discours, celui-ci n'en est pas la copie conforme pour autant. Selon Hall (2003), le discours façonne l'objet de connaissance, et non pas seulement la manière d'en parler et de le penser, mais aussi la mise en pratique des idées et de se conduire en regard de l'objet.

Je propose d'étudier l'émergence de la race comme objet de la santé publique qui peut être considéré comme un champ de différenciation de l'objet (Foucault, 1969). Comme un discours qui a trouvé la possibilité de faire apparaître, de rendre nommable, de décrire, et de donner à la race le statut d'objet. Comme une instance de délimitation de l'objet qui a le rôle, avec d'autres instances avec qui elle est en relation, de désigner, de nommer et d'instaurer la race comme objet (Foucault, 1969, pp.56-57). La santé publique est aussi une pratique, une formation, un champ de savoirs avec des règles, des manuels, des revues, des sociétés savantes, des départements et des instituts (Fassin, 2005), et un champ d'intervention (Gagnon & Bergeron 1999).¹⁶

¹⁶ Gagnon et Bergeron (1999) notent la multiplicité des domaines d'intervention en santé publique (par exemple les maladies infectieuses et chroniques ou encore la santé environnementale) auxquels sont associés des modes d'interventions (qui sont principalement la prévention des maladies, la promotion de la santé, la protection de la santé, la surveillance épidémiologique, et l'organisation et l'évaluation des

La santé publique est un "territoire à la fois vaste et incertain" (Fassin, 2005, p.10), ou les limites sont floues et dynamiques (Gagnon & Bergeron 1999). Comme la psychiatrie, la santé publique peut donc être qualifiée de champ déchiqueté, un espace formé, traversé et transformé par d'innombrables objets plutôt instables (Foucault, 1969). L'objet est formé dans le discours, une formation qui est assurée par un ensemble de relations qui sont "établies entre des institutions, des processus économiques et sociaux, des formes de comportements, des systèmes de normes, des techniques, des types de classification, des modes de caractérisation" (Foucault, 1969, p.62).

Ce sont les relations discursives, note encore Foucault, qui permettent à l'objet "d'apparaître, de se juxtaposer à d'autres objets, de se situer par rapport à eux, de définir sa différence...et éventuellement son hétérogénéité", relations qui se trouvent à la limite du discours qui le forme. Ces relations déterminent la manière dont on peut traiter, nommer, analyser, classer, et expliquer l'objet. Ce sont ces relations, nous dit Foucault (1969, p.63), qui caractérisent le discours en tant que pratique discursive qui est soumise et définie par des règles de formation.

On qualifiera de formation discursive l'ensemble des pratiques et des règles qui vont faire émerger, délimiter et spécifier, en somme faire apparaître un objet de discours à une époque donnée (Foucault, 1969). Autrement dit, pour Foucault écrit Hall (2003), "it was only within a definite discursive formation that the object, 'madness', could appear at all as a meaningful or intelligible construct" (p.46). Selon Lidchi (2003), le terme de formation discursive renvoie à l'opération discursive qui constitue une connaissance (*body of knowledge*), et qui construit un objet d'une certaine manière tout en limitant les autres manières de le former. Une telle formation, ajoute Lidchi, inclut différents discours.

Les pratiques discursives sont ce que Veyne (2008) nomme des dispositifs qui forment et qui transforment les objets : un "ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, ..., des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit" (Foucault, 1994, cité par Veyne, 2008, p.49). Un ensemble de dispositifs, écrit Veyne (2008), qui mettent le discours en œuvre, qui se modèlent sur lui et qui l'incarnent. Le discours, nous dit Hall (2003) est autant du 'dire' que du 'faire'.

Étudier la manière de penser un objet revient à étudier les règles de sa formation (ses conditions d'existence), règles qui "constituent [ses] conditions d'apparition historique" (Foucault, 1969, p.65). L'étude de l'objet passe donc par l'analyse de sa formation dans le discours qui, ajoute l'auteur, ne se réduit pas à la langue mais qui doit plutôt être traité "comme des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent" (Foucault, 1969, p.65). C'est dans la pratique discursive que se forment, apparaissent et se déforment les objets, écrit Foucault (1969, p.66-67).

Le discours, un a priori historique

"On ne peut pas parler à n'importe quelle époque de n'importe quoi."
Foucault, 1969, p.61

La signification d'un objet varie entre les disciplines ou les institutions à une même époque et dans le temps pour une même discipline (Foucault, 1969). En effet, Foucault suggère que le discours se transforme au cours du temps : "il existe des conditions pour qu'apparaisse un objet de discours, les conditions historiques pour qu'on puisse en « dire quelque chose », et que plusieurs personnes puissent en dire des choses différentes" (Foucault, 1969, p.61).¹⁷ La signification de la race comme objet aurait donc varié au cours du temps.

¹⁷ C'est Foucault qui souligne.

De même, les objets, les notions et les pratiques en santé publique ont changé et évolué au cours de l'histoire comme le montre Foucault (1969) pour la psychopathologie : depuis le 19^{ème} siècle ce discours a changé, "de multiples objets ont été nommés, circonscrits, analysés, puis rectifiés, définis à nouveau, contestés, effacés" (p.56). Il n'y aurait pas de continuité transhistorique ni des objets ni de leur signification, et ni des pratiques.

Le discours est un fragment d'histoire (Foucault, 1969, p.153). D'autre part, écrit Foucault, l'apparition et la formation d'un objet à une époque donnée répond à des règles, et c'est le discours qui fixe les règles de la manière dont on peut penser et parler d'un objet en somme de ce que l'on peut en connaître. Lévi-Strauss (1962) écrit de son côté qu'un savant est limité par un ensemble de contraintes : son époque, la société dans laquelle il vit, et les moyens (les théories et les pratiques) dont il dispose. Selon Paul Veyne (2008), "un discours avec son dispositif institutionnel et social est un statu quo qui ne s'impose qu'aussi longtemps que la conjoncture historique et la liberté humaine ne lui en substituent pas un autre" (p.44).

Les temps changent et avec eux, les discours et leur signification. Le discours avec son dispositif institutionnel est comme un bocal, écrit Veyne (2008), qui s'impose à nous aussi longtemps que de nouveaux événements nous permettent d'en sortir et d'en inventer de nouveaux, pour ensuite nous retrouver dans un autre bocal (*Ibid.*, pp.44-45). Le discours est une histoire de la vérité, écrit Foucault, dans la mesure où elle y est inscrite. De même, ajoute Veyne (2008), pour un foucauldien, la société "est ce que font d'elle à chaque époque tous les discours et les dispositifs dont elle est le réceptacle" (p.40). Le discours se qualifie dans sa singularité, dans ce qui n'avait jamais été vu, ni fait, ni observé ou dit auparavant. Il n'y a pas de transhistoricité de la vérité dans la mesure où les discours sont différents et singuliers.

Ce qui était vrai hier ne l'est plus aujourd'hui, et, de même, le discours sur la race en santé publique aujourd'hui n'est ni celui d'hier ni celui de demain. C'est ainsi que, "nous ne pensons que dans les frontières du discours du moment", écrit Veyne (p.44).

Le discours : représenter pour signifier et pour contrôler

Paul Veyne écrit à propos de Foucault qu' "il apprit que dans l'art égyptien régnait une convention selon laquelle la figure humaine était toujours représentée de profil, sauf les épaules et le buste qui l'étaient de face" (Veyne, 2008, p.151). Pour décrire l'apparition des objets dans le discours nous dit Foucault, il s'agit d'étudier la manière dont ils y sont représentés c'est-à-dire séparés, opposés, apparentés, regroupés et classés (Foucault, 1969, p.58). Hall (2003) suggère d'ailleurs de comprendre la notion de discours comme un système représentationnel fait de pratiques qui consistent à positionner les choses les unes par rapport aux autres (p.44). Selon Lidchi (2003), la représentation est aussi un processus, un ensemble d'activités, tandis que les représentations en sont leurs produits.

Le processus représentationnel, précise Lidchi, est la manière par laquelle la signification est construite et transmise par le discours et les objets. Et la signification, pour Hall (2003), passe par les représentations, la connaissance, et les pratiques et les techniques disciplinaires qui en constituent les règles. Hall écrit que "the relation between 'things', concepts and signs lies at the heart of the production of meaning in language. The process which links these three elements together is what we call 'representation' "(p.19). C'est par la représentation, selon Hall (2003), que l'on donne une signification au monde et aux choses qui nous entourent; la représentation étant une pratique signifiante:¹⁸ "the embodying of concepts, ideas, and emotions in a symbolic form which can be transmitted and meaningfully interpreted is what we mean by the practices of representation" (p.10). Autrement dit, la signification est construite dans le discours qui opère comme un système représentationnel.

Représenter une chose consiste à la désigner, la décrire ou la symboliser à l'aide, par exemple, d'un mot. Le mot se réfère à une 'chose' par l'entremise des représentations. La représentation (que l'on se fait des choses et du monde) est donc le chaînon entre la signification (qu'on leur donne) et le discours (qui nous permet de la communiquer) (Hall, 2003). Aussi, pour Hall, la signification est relationnelle : cela revient à dire qu'un mot ne signifie rien en soi. C'est l'idée qui est associée au mot qui lui permet de fonctionner comme un signe et qui lui donne son sens. Autrement dit, c'est la fonction symbolique du signe qui donne une signification au discours. Mais la signification varie, nous dit également Hall, alors que la représentation comme pratique tente de la fixer. De plus, ajoute encore Hall, les pratiques représentationnelles ne sont que la partie visible du discours. L'autre partie, ce qui n'est pas dit mais qui a pourtant une profonde signification, n'est pas montré.

Tiffin et Lawson (1994) suggèrent que le colonialisme,¹⁹ par la voie des guerres d'abord et de la textualité ensuite, est un discours ayant confiné les sujets colonisés dans un système représentationnel. Appadurai (2005) pense que "les discours sur la nation [sont] profondément intégrés aux discours du colonialisme lui-même" (p.232). Les idées de nation, de colonialisme et de race sont donc étroitement liées. Said (1978) s'est intéressé à un discours en particulier, l'Orientalisme, et à ses représentations à propos de l'Orient. L'Orient "n'est pas un fait de nature inerte", écrit Said (p.4): il y a bien, écrit l'auteur, des nations, des gens, et des cultures dans la région que l'on dénomme Orient.

Toutefois, ce discours, qui est à l'origine d'une connaissance à propos de l'Orient, pense Said, est à situer dans une relation de pouvoir. En effet, la mise en place de frontières, écrit Said (2000), implique des mécanismes d'autorité, de domination et de souveraineté.

¹⁸ Traduction de *signifying practice* (Hall, 2003).

¹⁹ Le colonialisme et l'impérialisme sous-entendent le contrôle d'une zone périphérique par un pouvoir central (Loomba, 2005). Said (2000) stipule que ce contrôle ne s'exerce pas seulement par l'entremise d'activités guerrières, qui ont supposés avoir pris fin pour ce qui est des colonialismes modernes, mais également par la voie des représentations. L'impérialisme est un pouvoir qui vise à dominer et gouverner un territoire lointain. Le colonialisme qui en découle implique quant à lui l'installation d'une population sur ce territoire (p.44).

De même, Hall (2003) suggère qu'un discours comme l'Orientalisme produit par le biais des représentations une connaissance racialisée à propos de l'"autre" qui est inscrite dans l'exercice du pouvoir (p.260). Ce qui intéresse Saïd dans l'Orientalisme, ce n'est pas tellement de savoir si ce discours correspond (*correspondence*) ou ne correspond pas à une réalité à propos de l'Orient. C'est plutôt la persistance (*consistency*) des idées que le discours véhicule à propos de l'Orient qui intéresse Saïd. La vérité à propos d'une chose est de toute façon inaccessible suggère Veyne (2008), comme je le pense également :

"Nous n'avons pas de vérité adéquate de ces choses, car nous n'atteignons une chose en soi qu'à travers l'idée que nous nous en sommes faite à chaque époque (idée dont le discours est la formulation ultime, la « *differentia ultima* »). Nous ne l'atteignons donc que comme « phénomène », car nous ne pouvons séparer la chose en soi du « discours » dans lequel elle est enserrée pour nous. « Ensablée », aimait à dire Foucault" (p.21).

On ne pourrait donc atteindre la *différence* que par l'idée que l'on s'en fait. L'Orientalisme est en effet, pense Saïd (1978), un discours autoritaire à la fois politique et académique de l'Occident qui a, depuis les Lumières, consisté à diriger, à produire et à dominer l'Orient : "Orientalism can be discussed and analyzed as the corporate institution for dealing with the Orient – dealing with it by making statements about it, authorizing views of it, describing it, by teaching it, settling it, ruling over it : in short, Orientalism as a Western style for dominating, restructuring, and having authority over the Orient" (p.3).

Par là, Saïd suggère que l'Orientalisme est un discours qui a non seulement décrit l'Orient mais qui a surtout imposé la manière de le penser et d'en parler. Aussi selon Saïd, il y a eu un échange des représentations entre les différents espaces qu'ils soient académique, populaire, politique, ou encore militaire. Pour Saïd, l'Orientalisme est un signe : celui de l'emprise du pouvoir européen et américain sur ce que l'on nomme l'Orient. Il n'y aurait toutefois pas de vérité à propos de l'"Orient". Tout ce que l'on en sait passe par l'idée que l'on s'en fait : l'Orientalisme. Cela dit, pense Veyne (2008), le pouvoir offre au discours et au savoir un statut de vérité.

De son côté, Obeyesekere (1992) soutient que le 'cannibalisme' décrit au 19^{ème} siècle est en fait un discours à propos du cannibalisme, qui est à interpréter en tenant compte des valeurs et des mythes anglais de l'époque. Discours, pratiques et mythes forme ensemble le « complexe canibalistique » qui est différent, écrit Obeyesekere, du sacrifice anthropophagique.

L'auteur donne à penser que ce type de discours nous en apprend plus sur la relation entre l'auteur (l'ethnographe) et les acteurs sociaux (les Hawaïens), et plus aussi sur la préoccupation de l'auteur que sur le phénomène en lui-même. Le discours a donc selon Obeyesekere une nature dialogique. Dans le contexte colonial, la pratique discursive s'accompagne d'une mise en altérité où l'"autre" est représenté d'une certaine manière en conformité avec ce que l'audience veut lire. Le discours sur le cannibalisme, nous dit Obeyesekere (1992), définit le sauvage ; on lui assigne des comportements, et on en décrit les pratiques. Plus globalement pense l'auteur, le discours à propos d'une pratique sociale la produit en quelque sorte, tout en gardant à l'esprit que le changement de pratique intervient dans un nouveau contexte :

"The British discourse on cannibalism produced, in very complicated ways, the Maori practice of cannibalism...This change must also be seen in its historical context. The British presence not only escalated tribal wars, but the availability of guns escalated the killing to a degree unprecedented in Maori history...modern warfare did increase the availability of the corpses of enemies chiefly and consequently contributed further to a more general, nonritualized anthropophagy" (pp.653-655).

Le nominalisme dynamique décrit par Hacking (1992) suggère que les types de personnes sont apparus en même-temps que leur invention, au contraire de la version statique du nominalisme qui suppose que les catégories n'ont d'autre source que la conscience humaine et qu'elles sont fixées une fois pour toute. Cela ne veut pas dire, ajoute Hacking, que, selon cette théorie, les types ont été progressivement découverts. Cela dit, Hacking soutient que beaucoup de catégories viennent de la nature et qu'elles sont changeantes.

Fanon (1952), de son côté, a décrit son propre vécu et la représentation dont il a été l'objet. Un processus qu'il ressent, dans un contexte de domination telle que celui de la situation coloniale, comme une reconsidération et une thématization qui passe par des détails, des anecdotes et des récits. "En Europe, le nègre, soit concrètement, soit symboliquement, représente le côté mauvais de la personnalité", écrit Fanon (p.152). On notera ici la dimension matérielle de la représentation. De ce point de vue le discours inclut les pratiques sociales. La manière dont on se représente l' 'autre' façonne la manière dont on le traite.

Une transformation raciale qui est décrite comme irrationnelle par l'auteur et qui est centrée, avant toute chose, sur le corps et la sexualité : "je suis sur-déterminé de l'extérieur. Je ne suis pas l'esclave de « l'idée » que les autres ont de moi, mais de mon apparaître",²⁰ et, "le nègre incarne la puissance génitale au-dessus des morales et des interdictions" (p.143). Se basant sur la notion du stade du miroir de Lacan, Fanon suggère que "pour le Blanc, Autrui est perçu sur le plan de l'image corporelle, absolument comme le non-moi, c'est-à-dire le non-identifiable, le non-assimilable" (p.131) ; et de rajouter qu'"il [le Blanc] a besoin, en face de ces différences de lui de se défendre, c'est-à-dire de caractériser l'Autre. L'Autre sera le support de ses préoccupations et de ses désirs" (p.137).

Fanon (1952) n'a plus accès à son être en tant qu'être, il est devenu un objet avec un autre moi, face au blanc qui le fixe dans ce nouvel être. Fanon tente de résister à cet enfermement, à cette image référant systématiquement à la noirceur, et à des histoires d'ancêtres esclavagisés et lynchés, ou encore à des représentations du type "le nègre est une bête, le nègre est mauvais, le nègre est méchant, le nègre est laid" ou au contraire "nous avons un professeur d'histoire sénégalais. Il est très intelligent... Notre médecin est un Noir. Il est très doux". On notera que les représentations positives restent néanmoins racialisées. Un cycle infernal écrit Fanon duquel il ne peut échapper.

²⁰ Je ne suis pas sûr de cette comparaison. La référence au 'nez juif' est connue et touche elle-aussi la corporéité. J'aimerais noter que Fanon renvoie l'Holocauste juif à des « petites histoires familiales » (p.93). Cette réflexion est regrettable.

Fanon (1952) constate en effet que "toute ontologie est rendue irréalisable dans une société colonisée et civilisée [car] le Noir n'a plus à être noir, mais à l'être en face du Blanc" (p.88). En effet, ajoute Fanon, "le Noir n'a pas de résistance ontologique aux yeux du Blanc". Par là, Fanon suggère que la réalité du Noir se situe dans sa relation avec le Blanc qui a transformé son schéma corporel en "un schéma épidermique racial": "au premier regard blanc, il [le Noir] ressent le poids de sa mélanine" (p.93).

Les liens entre les technologies du pouvoir et la santé publique

"Knowledge is not innocent but profoundly connected with the operations of power."
Loomba, 2005, p.42

Il existe selon Fassin (2005) un lien historique entre le domaine de la santé publique et le pouvoir politique qui se cristallise dans l'idée de gestion de la vie : la santé est devenue un bien, qui englobe à la fois les corps et le groupe, et dont la prise en charge passe par les domaines de l'hygiène collective et de la médecine sociale, domaines de gestion qui implique des savoirs et, comme nous allons le voir, des pouvoirs. Pourtant, avant d'être un savoir, la santé publique a d'abord exprimé un pouvoir, dans la mesure où les premiers dispositifs sanitaires en Europe, qui ont commencé à être mis en place à partir de la fin du 15^{ème} siècle pour faire face aux épidémies de peste, ont été façonnés par les autorités politiques locales (Fassin, 2005, p.21).

En effet, écrit Porter (1999), afin de prévenir les nouvelles épidémies et d'assurer leur contrôle, les règles sanitaires, qui, contrairement à la théorie divine de l'église, privilégiaient alors la théorie du miasme, visaient principalement l'isolement des victimes, la surveillance et la collecte d'information, les mises en quarantaine ou encore la mise en place de cordons sanitaires. Il est important de noter que des mesures sanitaires ont parfois été appliquées par la voie de décrets comme cela a été le cas en Angleterre, et ont du même coup légitimé le contrôle des populations et de leurs biens, particulièrement celui des éléments suspectés de menacer l'ordre public - les pauvres et les déviants, écrit Porter. Dès lors, les mesures de santé publique rentraient dans un

cadre plus général de maintien de l'ordre par les autorités en place tenant compte d'autres éléments d'instabilité sociale tels que les mouvements migratoires dus aux guerres et aux famines : "Plague founded public health as a function of the modern state, aimed at the management of the relationship between disease and social order" (Porter, 1999, p.43).

Ces périodes de ravages au sein des populations européennes, combinées au vent d'immoralité attaché aux épidémies de syphilis, ont donc permis de renforcer l'autorité des pouvoirs publics et de discipliner les comportements, écrit Porter. Dans un contexte d'urbanisation, de croissance démographique et d'industrialisation, écrit Foucault (1976a ; 1976b), on assiste à partir du 17^{ème} siècle à une transformation des modes de fonctionnement de l'État. On voit ainsi apparaître écrit Foucault deux nouveaux types de technologies du pouvoir qui ont consisté, pour l'État moderne, à prendre en charge les domaines de la vie et du biologique : le biopouvoir et le racisme. Si Foucault a, par son travail, étudié l'association du premier avec le domaine de la santé, le second n'a pas été le centre d'autant d'intérêts.

La sexualité qui renvoie autant au corps qu'à la population, écrit Foucault (1997), est un exemple de phénomène qui relève du biopouvoir, et par l'entremise duquel le discours médical va chercher à discipliner les corps (par le biais de la maladie qui serait liée à l'indiscipline) et à expliquer la débauche (par l'hérédité). Par là, écrit Foucault, les savoirs, que forment la médecine et la santé publique auront d'une part une emprise scientifique sur les corps et la population, et d'autre part, un pouvoir propre par le biais des interventions : "la médecine c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs" (p.225).

Le biopouvoir

La première de ces technologies qui remplace le droit souverain de faire mourir relève d'une prise en charge progressive sur la vie. Il s'agit d'un pouvoir d'intervention sur la vie, d'ordre institutionnel et étatique, disciplinaire et régulateur, qui cherche à

normaliser les comportements et à prolonger la vie. Le premier ensemble de mécanismes de ce biopouvoir, pense Foucault (1976 ; 1997), apparaît initialement au cours du 17^{ème} siècle sous la forme d'un pouvoir disciplinaire qui vise à dresser les corps. Ces mécanismes de maintien de l'ordre cherchent à administrer les corps et participent à l'ordonnement spatial en quadrillant les villes et les quartiers et en cherchant à normaliser les conduites. C'est, selon Foucault, tout un système d'assujettissement qui est institutionnalisé pour renforcer les aptitudes et les performances du corps humain au profit du travail par l'entremise d'institutions locales - l'hôpital, l'école, ou encore la caserne.

L'autre face de cette technologie anato-mo-biologique, qui s'imbrique dans la première, apparaît plus tard, au 18^{ème} siècle. Celle-ci cherche cette fois plutôt à contrôler les phénomènes populationnels par la mise en place de mécanismes régulateurs : les services d'assurance et de soins, de règles d'hygiène, et de scolarité. La bio-régulation, écrit Foucault (1976 ; 1997), qui est centralisée et coordonnée par l'État, consiste à contrôler les processus biologiques – notamment les taux de natalité et de mortalité, objets de savoir qui renvoient aux phénomènes populationnels d'ordre bio-sociologique (la vie, la natalité, la fécondité, la mortalité, la maladie). Ceux-ci permettent en somme de problématiser la population et de définir le champ d'intervention afin de modifier le cours de ces phénomènes et de leurs déterminants : "il va falloir modifier, baisser la morbidité; il va falloir allonger la vie ; il va falloir stimuler la natalité" (1997, p.219).

Le suicide est un autre phénomène qui s'inscrit dans ce que Hacking (1992) nomme les deux pôles du biopouvoir : le médecin s'occupe du corps et cherche à savoir ce qui a amené la personne à commettre cet acte ; le statisticien de son côté compte et classe les corps.

Toutes les institutions d'État s'affairent à compter, à remplir des formulaires, et à réunir les pièces du puzzle afin de comprendre l'événement. Les médecins, les statisticiens et la police y sont impliqués, écrit Hacking. Par là-même, le suicide (et les manières de se suicider) est caractérisé en certains termes (temps, espace, groupes), une

information qui, inversément, conduit à se représenter, par exemple l'espace ou un groupe, en fonction du suicide (ou de manières de se suicider).

Le racisme

"Le racisme est lié au fonctionnement d'un État qui est obligé de se servir de la race, de l'élimination des races et de la purification de la race, pour exercer son pouvoir souverain." Foucault, 1997, p.230

Fassin (2005) indique que "la santé publique se manifeste dans le souci d'un groupe à l'égard de ce qui atteint le corps ou menace l'existence de ses membres [c'est] une intention collective de remédier à un problème collectif qui menace l'intégrité du groupe" (p.15). De quels corps et de quels groupes parle ici Fassin ? Autrement dit, tous les corps et tous les groupes dans une population ou une société sont-ils considérés de la même façon quand ce souci se manifeste ?

Le racisme a permis à l'État de fonctionner sur un autre mode que le bio-pouvoir : il permet au pouvoir d'exercer la mise à mort. C'est ainsi que le racisme, dans une société qui s'est orientée vers le pouvoir sur la vie, écrit Foucault, a permis de penser les colonisations. La première fonction du racisme vise à distinguer, à classer, et à qualifier l'espèce humaine qui prend ainsi la forme d'un mélange de races (Foucault, 1997). Effectivement, l'humanité a été divisée et caractérisée en races distinctes sur la base de signes physiques, activités qui ont d'ailleurs fait partie des pratiques coloniales autant politiques que scientifiques (Appiah, 1996).

C'est ainsi que la population à laquelle s'adresse le biopouvoir s'en trouve fragmentée. Le racisme permet d'établir, "entre ma vie à moi et la mort de l'autre" (Foucault, 1997, p.228), une relation biologique de vie et de mort : les races inférieures, les anormaux, et les dégénérés représentent un danger qu'il faut éliminer afin de nous rendre la vie plus saine, écrit Foucault. C'est notamment par l'entremise du racisme que l'on assiste à la mise en place de rapports oppositionnels entre le normal et l'anormal, le sain et le dégénéré, et le supérieur et l'inférieur.

Foucault (1997), comme nous venons de le voir, nous dit que le racisme fonctionne par la division entre certains qui vaudraient mieux que d'autres qui, eux, représenteraient un danger. C'est cette situation-là qui justifie le pouvoir, celui de les tuer : "la race, le racisme, c'est la condition d'acceptabilité de la mise à mort dans une société de normalisation" (p.228). D'un autre côté, le biopouvoir, la prise de pouvoir sur la vie, a exigé la mise en place de mécanismes de discipline et de contrôle, qui passe par un savoir et un ensemble de normes qui s'appliquent au corps et à la population. Mais comment situer la race, et le racisme, l'un n'allant pas sans l'autre, en regard du discours et du savoir dans une société qui a pris la vie en charge ?

Ce sont, écrit Foucault (1997), les théories évolutionnistes,²¹ auxquelles s'appliquent le discours politique, qui obligent à penser toute forme de conflit dans une société moderne où fonctionne le biopouvoir : "chaque fois qu'il y a eu affrontement, mise à mort, lutte, risque de mort, c'est dans la forme de l'évolutionnisme que l'on a été contraint, littéralement, de les penser" (p.229). En d'autres termes, en cas de problème, le discours visera un groupe en particulier, l' 'autre', celui qui sort de la norme, qui sera alors perçu comme la menace qu'il faudra laisser ou peut-être faire mourir pour le bien-être social. En somme c'est la connaissance en tant qu'elle a un statut de vérité – une condition d'acceptabilité, écrit Foucault, qui légitime le pouvoir de tuer.

Le discours des autres possibles

La création de nouvelles images et de nouvelles pratiques a transformé les sociétés colonisées tout en en assurant leur contrôle, pense Loomba (2005); aussi ajoute l'auteure, ces représentations se sont modifiées selon les impératifs politiques coloniaux. Said (1978) insiste, nous l'avons vu, sur la persistance des choses dites à propos de l' 'autre',

²¹ Les thèmes et les notions de l'évolutionnisme écrit Foucault (1976b, p.229) sont la hiérarchie raciale, la lutte entre les espèces, la sélection et l'adaptation.

des choses qui réfèrent continuellement aux mêmes images et aux mêmes pratiques. À limiter les catégories et les images, il semble que l'on limite les possibilités d'être.

En somme, le discours de Foucault, par la vérité qu'il nous impose, empêcherait de penser d'autres possibles. Cette idée de 'possibilité' est discutée par Hacking (1992) qui s'intéresse à ce qui *fait* les gens ou plus exactement à ce qu'ils *pourraient* être (*what people might be*). L'auteur suggère que le discours politique et médical a engendré une prolifération de labels et, de façon concomitante, de types de personnes : "the sheer proliferation of labels in that domain [medico-forensic-political] may have engendered vastly more kinds of people than the world had ever known before" (p.75). Le nominalisme dynamique décrit par Hacking (1992) suggère que beaucoup de gens et d'actes humains apparaissent (*come into being*) en même-temps que les catégories qui les décrivent (*labeling*).

Cela voudrait dire que l'espace des possibles, écrit Hacking (1992, p.87), serait dans une certaine mesure façonné par la manière dont les choses sont nommées et décrites. Dès lors, rajoute Hacking, une nouvelle classification a la potentialité de modifier les pratiques sociales. Autrement dit, la création d'une nouvelle catégorie (la nouvelle classification ou, en fait, le nouveau discours) offre des possibilités qui vont engendrer de nouvelles pratiques (les manières de faire, sociales ou scientifiques) et de nouvelles identités qui vont se conformer à la catégorie (le discours) et qui vont par là-même la reproduire.

Toutefois, si de nouvelles technologies de pouvoir sont apparues pour tenter de gérer la vie et la mort, cela n'empêche pas les individus de faire usage de leur liberté en réagissant aux règles et à aux contraintes que le discours leur impose (Veyne, 2008, p.144-146), ou, écrit Hacking, d'être eux-mêmes ou elles-mêmes un modèle pour les autres. Et puis, finalement, Fanon ne tente-t-il pas de résister à cet enfermement, à cette inscription sociale ? Hacking (1992) écrit d'ailleurs ceci:

"Each category has its own history. If we wish to present a partial framework in which to describe such events [réalité, vie sociale, type de comportement], we might think of two vectors. One is the vector of labeling from above, from a community of experts who create a "reality" that some people make their own. Different from this is the vector of the autonomous behavior of the person so labeled, which presses from below, creating a reality every expert must face" (p.84).

Cela signifie que les individus ont encore le choix de rentrer ou non dans la catégorie qu'on leur a attribué et de se comporter ou non en conformité. Cela dit, on assiste depuis quelques décennies écrit Appadurai (2005) à une accentuation de la déterritorialisation des personnes, des images et des idées, qui, selon l'auteur, prennent une force nouvelle (p.98). Faisant suite aux ordres coloniaux, ajoute Appadurai, la dynamique culturelle globale est devenue polymorphe, fragmentée, et transnationale.

Poussé par l'explosion technologique de ces deux derniers siècles, celle liée aux modes de transport et d'information, le monde est aujourd'hui devenu un vaste système interactif dont les processus culturels prennent diverses formes spatiotemporelles alliant tout à la fois distance et proximité, passé et présent. Les composantes politique, économique et culturelle forment autant de paysages qui sont devenus fluides et parfois même antagonistes. Par ailleurs, ce système global cristallise la tension entre des forces homogénéisantes et hétérogénéisantes – entre des politiques de ressemblance et de différence (Appadurai, 2005).

Poussés par la déterritorialisation et par la recherche concomitante de marqueurs identitaires, les gens et les groupes déplacés s'inventent des mondes qui rentrent éventuellement en conflit avec les idées de l'État qui, réciproquement, tente de les contrôler par le biais des images, et, plus largement, tente d'ailleurs de contrôler l'ensemble des flux globaux. Les marqueurs identitaires, qu'ils soient inventés ou rétrospectifs, ont cependant tendance à échapper à l'État, pense Appadurai (2005).

"Les États-nations contemporains [exercent] un contrôle taxonomique sur la différence, en créant divers types de spectacle international pour domestiquer la différence, ou encore en séduisant de petits groupes par le fantasme d'un rôle à jouer sur une sorte de scène globale ou cosmopolite" (p.79).

Par là, Appadurai (2005) semble penser que des institutions telles que l'État n'offre d'autres options que de penser la différence en certains termes. Il existe une bataille de l'imagination entre l'État et les groupes qui le composent écrit Appadurai dans la mesure où les idées politiques et les aspirations identitaires de ceux-ci cherchent à transgresser les frontières de l'État-nation. Cela dit, ajoute Appadurai, l'État semble difficilement tolérer ces aspirations qui "menacent son propre contrôle sur les concepts de nation et de peuple" (p.80).²² Selon Appadurai, les gens imaginent aussi leur existence par le biais de *vies possibles* proposées par les médias.

J'aimerais me situer par rapport à cette bataille de l'imagination. Né à Bruxelles, Belgique, ayant vécu dans plusieurs pays de la région du monde que l'on appelle Asie du sud-est, ayant travaillé en Afghanistan, dans quelques pays de l'Afrique de l'Ouest, j'ai rencontré ma partenaire, qui est originaire d'un pays des Caraïbes anglophones, au Canada où nous avons habité plusieurs années. J'ai ensuite travaillé en Dominique (Caraïbes) où notre petit garçon est né. Nous résidons depuis deux ans, une partie du temps, à Trinité-et-Tobago où ma femme enseigne et où notre enfant va à l'école. Pour ma part, je suis affilié à l'Université de Montréal où je termine un doctorat.

Je me rends encore, parfois, en Belgique où ma famille et certains de mes ami(e)s résident. Mon enfant me parle anglais alors que je lui parle français, et ma femme me parle en créole francophone quand on essaie que notre fils Anoke ne comprenne pas ce que l'on dit (cela ne réussit jamais d'ailleurs). Régulièrement, Anoke assiste à nos communications virtuelles ou téléphoniques avec ses cousins, cousines, oncles, tantes et grands-parents qui habitent la Floride, l'Angleterre, le sud-est de la France ou encore le plat pays. Anoke a aujourd'hui quatre ans et il parle à ses copains et copines de Trinité-et-Tobago, de la Dominique (où il est né et a vécu), de Montréal (où il a vécu un an), et de la Barbade et de la Belgique où il a déjà passé du temps.

²² Appadurai, 2005, p.80.

Cela veut dire que ma conception du monde est inévitablement dynamique et fluide, tout en étant conscient que mon monde n'est pas celui de toutes et tous. Quand je suis ici je pense à ces 'là-bas' et quand je suis 'là-bas', je pense à 'ici'. Cela signifie que, selon moi comme pour Appadurai (2005), les différentes parties du monde sont connectées de différentes manières, un monde qui est donc inévitablement dynamique et fluide. La manière de parler de quelque chose est lié à la manière dont on le voit.

Et il y a assurément une bataille de l'imagination quand je lis celles et ceux qui tentent de figer et d'homogénéiser les groupes sans, aussi, prendre en compte leur dynamique et leur hétérogénéité. Par leurs pratiques, beaucoup jettent la similitude aux oubliettes pour ne garder que la différence ou, au contraire, oublient la différence pour construire le même. On oublie souvent les connexions, les échanges et les transformations pour caractériser le local et par là-même se caractériser. "Le nouveau pouvoir de l'imagination dans la fabrication des vies sociales est fatalement lié aux images, aux idées et aux opportunités venues d'ailleurs", écrit Appadurai (2005, p.100).

J'ai donc intégré la perspective proposée par Appadurai (2005) dans cette étude du discours sur la race en santé publique de diverses manières : d'une part en considérant la santé publique comme un espace interdisciplinaire, dynamique, de mouvements et de relations. D'autre part, pour analyser la manière dont ces idées de fluidité et de transformation sont prises en compte et influencent ou non la manière dont la santé publique se représente, et finalement fabrique l'existence des groupes et de leurs *vies possibles*, pour éventuellement tenter de mettre au point de nouvelles stratégies de discipline ou de contrôle en sachant que "les vies ordinaires ont souvent pour moteur non pas l'état des choses, mais les possibilités que les médias (directement ou non) laissent entrevoir" (p.101).

Chapitre 3

La démarche méthodologique de la recherche : une ethnographie documentaire

"En fin de compte, caméra et stylo sont tous deux des objets coloniaux qui ordonnent, catégorisent, et de ce fait, recréent la réalité à leur propre image. La photo et l'écriture, chacune à sa manière propre, prennent possession du monde, le figent dans des images et des représentations et, par cet acte même, elles tuent souvent sa vitalité."

De Boeck, 2005, p.7.

Afin d'étudier la manière dont la race comme objet est représentée et façonnée dans la pratique discursive, j'ai réalisé une analyse qualitative d'une série de documents qui ont été publiés entre 2001 et 2009 aux États-Unis par des institutions de santé publique. Ce qui définit le document, écrit Prior (2003), est moins l'objet en soi que le réseau d'activités qui lui a donné naissance et dans lequel il se situe, et qui implique des agents et des lieux de production. Les documents de la santé publique ont donc été, ici, considérés comme un terrain où les dispositifs institutionnels et disciplinaires et leurs pratiques et les objets entretiennent des relations. Une grande variété de média, rajoute Prior, autant les pages de l'Internet que les livres, sont des documents qui sont, sans toutefois s'y limiter, composés de textes qui sont des inscriptions écrites.

Les documents comme terrain de recherche ethnographique

La recherche qualitative est caractérisée d'une part par son contact avec le terrain qui est à voir comme une source de données et de questionnements, et d'autre part comme un processus qui est progressif, itératif et rétroactif où l'improvisation a sa place (Deslauriers & Kérisit, 1997). L'ethnographie, qui est l'une des stratégies de recherche qualitative, vise à étudier des mots et des actions pour rendre compte de ce qu'un groupe dit et fait (Creswell, 1998). L'ethnographie relève d'une double présence, écrit Wittel (2000) : celle de l'ethnographe et celle de la situation sociale observée.

Les documents sont des données à part entière qui permettent l'étude des pratiques (Atkinson & Coffey, 2004). Cette analyse documentaire a été conceptualisée comme un travail de terrain (*fieldwork*), terrain dans lequel je me suis immergé quasi quotidiennement pendant plus d'une année. Dans ce sens la méthode de recherche peut-être qualifiée d'ethnographique (Altheide 1987, Wolcott 1994). Ce type de données a d'ailleurs occupé une place de tout premier ordre dans l'ethnographie de Bibeau (2004) qui a étudié le processus de production des connaissances dans le milieu de la génoprotéomique.

En effet, l'analyse des protocoles de recherche, des publications et des sites Internet de ce milieu a permis à l'auteur de décrire et d'interpréter les pratiques et les représentations que les chercheurs se font de la génétique et le sens qu'ils donnent aux concepts (p.18). Aussi, Bibeau a accordé une attention particulière aux relations entre les acteurs pour reconstruire le contexte dans lequel opèrent ces pratiques. Je n'ai pas cherché à créer le local. Comme on l'a vu dans la section précédente la santé publique est de toute façon un espace déchiqueté et hétérogène où les limites sont flexibles et dynamiques. Les analyses se sont concentrés sur la santé publique comme pratique et comme un ensemble d'institutions où les acteurs ont la possibilité de faire certains choix indépendamment de tout déterminisme disciplinaire. Le terrain n'a pas été vu comme un espace bien délimité, étranger et lointain, mais plutôt, initialement tout au moins, comme un espace sans limites fixes où circulent objets, identités, et significations (Marcus, 1998, p.79).

Cela dit, il a bien fallu évidemment délimiter un espace dont les limites se sont progressivement imposées à moi (Wittel, 2000). De plus, la santé publique est une pratique que je connais car je l'ai exercée aux niveaux ministériel, hospitalier et humanitaire, et dans plusieurs pays tant comme professionnel que comme chercheur. Cependant, je ne connaissais pas les particularités d'ordre structurelle ou encore organisationnelle de la santé publique américaine.

Wittel (2000) décrit le terrain comme un réseau fait de nœuds, de liaisons et de relations ; comme une structure ouverte que l'ethnographe doit plutôt redéfinir en termes

d'objectifs, de connexions et de mouvements. J'ai considéré le terrain comme un ensemble fait de documents circulant entre une pluralité de sites sociopolitiques (Wittel, 2000). J'ai également tenu compte de la perspective de Appadurai (2005) qui met en question l'ethnographie en tant que pure pratique représentationnelle ; en effet, plutôt que de s'intéresser au particulier et au local, l'auteur propose une pratique ethnographique qui transgresse les frontières et qui prend en compte la place du global dans le local. Autrement dit, pour Appadurai, l'ethnographe doit donner une plus grande place aux choix offerts par les transformations ainsi qu'à la fluidité des structures représentationnelles.

Les documents comme espace des pratiques discursives

"Where are 'ideas', 'thoughts', hypothesis, rules of procedure, results, findings and so forth if they are not contained in documentation?"

Prior, 2003, p.128

L'étude d'un discours à propos de quelque chose est l'analyse de ce qui se dit et se fait à son propos : "heuristiquement, écrit Paul Veyne (2008), il vaut mieux partir du détail des pratiques, de ce qui se faisait et se disait, et faire l'effort intellectuel d'en expliciter le discours ; c'est plus fécond...que de partir d'une idée générale" (p.19). Prior (2003) écrit de son côté que, d'une part, les choses sont représentées et façonnées dans le discours par le biais des pratiques discursives, et d'autre part, que les idées, les pensées, les règles procédurales, les résultats et la connaissance sont matérialisées dans les documents.

Aussi, écrit Prior, les documents expriment et représentent un ensemble de pratiques discursives.²³ Pour Hall (2003) les pratiques discursives sont représentationnelles : elles forment un système symbolique qui circule au sein de formes matérielles comme les images, les chiffres, les mots, et les écrits par exemple. Les choses y sont représentées (placées, organisées et rendues visibles) d'une certaine manière, notamment par le biais de l'écriture qui est un système symbolique (Prior, 2004).

Le document est un *artefact* (Prior, 2004 ; Silverman, 2001) qui représente un ensemble de signes et de symboles qui ont une signification (Atkinson & Coffey, 2004 ; Prior, 2004), et qui peuvent être soumis à l'étude ethnographique dans la mesure où il est le résultat d'une production culturelle (Thomas, 1993).²⁴ Toutefois, l'intérêt de l'analyse documentaire, selon Prior (2003), est avant tout l'étude de l'arrangement des mots, des phrases et des choses plutôt que de la signification des mots, et des règles et des principes qui s'imposent aux pratiques et qui lient ensemble énoncés, auteurs et institutions.

Les documents comme espace de construction de la réalité

Une approche ethnographique s'intéresse aux processus de construction de la réalité et de production de la connaissance (Silverman, 2001). Atkinson & Coffey (2004) indiquent que les pratiques textuelles représentent une manière privilégiée pour les organisations de constituer la réalité et la connaissance. L'analyse des textes permet d'étudier non seulement la manière dont l'auteur se représente le monde et ce qu'il en dit mais aussi la façon dont il s'inscrit dans ce processus représentationnel.

Selon Atkinson & Coffey (2004), le travail documentaire a tendance à uniformiser le monde : la réalité y est reconstruite par le biais de catégories et ce travail obéit à des règles de standardisation. Aussi, la standardisation permet d'enregistrer, de traiter et de générer l'information afin de répondre aux besoins de l'organisation ; on ne peut donc ignorer qu'elle entraîne une transformation et une sélection de l'information (Atkinson & Coffey, 2004).

D'ailleurs, ajoutent Atkinson & Coffey (2004), beaucoup de méthodes modernes organisationnelles reposent sur ces pratiques de standardisation et de catégorisation. D'autre part, le format d'un document, par le biais des tableaux par exemple, reflète l'importance accordée à certains types de catégories, et, plus largement, permet de

²³ Prior, 2003, p.13.

²⁴ Les documents au même titre que des tatouages, des vêtements, ou d'une série télévisée.

construire et de représenter le monde social. Les auteurs notent également que les 'indicateurs de performance' représentent une stratégie représentationnelle de tout premier ordre dans la documentation moderne. Tout ce système de production rend également compte de la manière dont une institution se présente (Atkinson & Coffey, 2004). Mason (1996) parlant du texte nous dit que si celui-ci possède des qualités pour l'analyse documentaire, il doit toutefois être traité de manière critique.

En effet, le texte scientifique est loin d'être un moyen de communication neutre : il participe à la construction des faits rapportés. Le texte joue un rôle de médiateur de l'interaction sociale et occupe un rôle central dans la négociation et dans l'élaboration de la signification d'un phénomène (Watson & Seiler, 1992). La matérialisation des faits scientifiques passe par l'usage de dispositifs mis en place par les auteurs (Prior, 2003). Qui plus est, écrivent Atkinson & Coffey (2004), les documents "construct particular kinds of representations using their own conventions" (p.58).

Le site Internet, qui est à la fois une technique et une ressource, rend également compte de la manière dont les réalités documentaires sont produites et consommées (Atkinson & Coffey, 2004). Selon Markham (2004), l'Internet inclut les idées d'espace et de réseau, et peut être conceptualisé "as scene of social construction", ceci permettant au chercheur d'étudier les processus de construction de la réalité : "although we might consider the Internet merely a conduit for information transmission, the content and resultant social contexts of these networks and transmissions are also fruitfully conceptualized as meaningful phenomena themselves" (p.112). Wittel (2000, par.22) pense de son côté qu'il ne faut pas séparer le monde virtuel d'une autre réalité qui se trouverait en dehors de ce monde.

Markham (2004) qui considère le langage comme médium de la construction de la réalité note la position centrale occupée par les documents dans cette négociation et cette construction. Markham suggère que l'Internet permet l'étude des processus de cette construction qui relèvent de pratiques discursives.

En effet, rajoute Markham, dans la mesure où l'Internet est principalement constitué de textes, ce médium est un endroit de signification et d'organisation sociale.

Les documents comme espace d'interaction et de diffusion de l'information

Si les documents ont été approchés pour leur contenu, l'intérêt s'est aussi porté sur les activités auxquelles ils sont associés. Les documents sont situés dans un réseau de distribution et d'échange (Atkinson et Coffey, 2004) et plus globalement dans un réseau d'activités qui met en jeu de multiples réalités (Prior, 2004). Le document, selon Prior, peut non seulement être considéré comme un produit mais également comme un système de stockage et de recherche d'information qui se situe au milieu d'un réseau d'actions : "above all we should recognize the quality of documents as things – as things that can be produced and manipulated, used or consumed, and as things that can act back on their creators" (p.77).

L'investigation documentaire rentre d'ailleurs dans le cadre de l'étude de pratiques socialement organisées, pensent Hammersley et Atkinson (1983). Les documents jouent en effet un rôle majeur dans l'organisation sociale des sociétés modernes (Prior, 2003). Les documents entretiennent une double relation avec l'activité humaine : en tant que contenu d'une information et qu'objet se situant au milieu de pratiques culturelles, sociales et politiques.

Le document est à la fois un produit qui s'inscrit dans une série de procédures, et une ressource qui est à situer dans un réseau d'actions et dont l'usage et la manipulation répondent à des intérêts d'ordre politique, social ou culturel (Prior, 2003, p.13). En ce sens, les documents représentent un terrain idéal pour la pratique ethnographique qui, comme le note Wittel, s'est récemment décentrée vers les réseaux - une structure faite de nœuds (des gens et des idées) reliés entre eux par des connections et des flux. De plus, la réalité documentaire se construit et se produit en référence à d'autres documents (Atkinson & Coffey, 2004).

Il existe donc toute une activité humaine autour du document, un artéfact qui est loin d'être un objet statique et stable. Le document est socialement produit et résulte d'un travail à la fois interprétatif et interactionnel (Hammersley & Atkinson, 1983). Les documents rendent compte d'actions, d'interactions et de rencontres, d'actions futures, et prennent leurs sources dans d'autres construits tels que des données statistiques. Ils sont donc l'objet d'une interaction sociale dans la mesure où ils sont socialement organisés et sont liés à des événements sociaux ; les documents véhiculent donc des présupposés culturels et des significations partagées (Atkinson & Coffey, 2004 ; Prior, 2004).

La stratégie d'échantillonnage

L'échantillonnage est une opération qui vise à constituer le corpus empirique d'une recherche (Pires, 1997). Cela dit, Pires rappelle que l'échantillon peut se modifier au cours d'une recherche qualitative sachant que l'objet de recherche se construit progressivement. Dans la présente étude, l'échantillonnage, la collecte, la description, l'analyse et l'interprétation des données sont les étapes qui se sont mutuellement informées et qui ont participé à façonner le processus ethnographique.

Selon Altheide (1987), la nature interactionnelle et réflexive entre le chercheur et chacune des étapes de l'analyse est un caractère distinctif de l'approche ethnographique de l'analyse des documents. Si la santé publique m'était dans une certaine mesure familière, c'était sans toutefois connaître l'organisation ou même toutes les composantes de la santé publique, américaine *a fortiori*, dont les contours n'ont pas été délimités *a priori*.

Les premières étapes et mon entrée sur le terrain

En septembre 2007, les tendances liées à l'usage du terme 'race' ont été explorées à l'aide de la base de données *ISI Web of Knowledge*²⁵ afin de guider la stratégie

²⁵ *ISI Web of Knowledge* ou *Web of Science* (WOS) est un ensemble de trois bases de données dont *Science Citation Index Expanded* (SCI) et *Social Sciences Citation Index* (SSCI). SCI couvre environ 150

d'échantillonnage. Comme on l'a déjà vu, la recherche de ce terme a ramené un nombre considérable de documents pour le domaine de la santé publique dont la grande majorité a été publiée aux États-Unis, ceci ayant justifié le choix de cibler ce pays. Qui plus est, beaucoup de documents de santé publique publiés aux États-Unis sont facilement accessibles par voie électronique.

Afin de débiter l'exploration des données et d'élaborer la stratégie d'échantillonnage, un article de santé publique faisant usage du terme *race* a été sélectionné.²⁶ Le contenu de cet article et les informations contextuelles ont été examinées.

disciplines (dont la santé publique) par l'entremise de plus de 6 650 revues qui sont indexées à ce jour pour l'ensemble de ces champs disciplinaires ; chaque catégorie renvoie à un nombre donné de revues scientifiques. SSCI couvre une cinquantaine de sciences sociales dont la santé publique par l'entremise de 1950 périodiques qui sont entièrement indexés pour l'ensemble des champs correspondants. Les 'Journal Citations Reports' (JCR) sont des organes d'évaluation des périodiques scientifiques qui sont publiés annuellement par *ISI Web of Knowledge* en deux éditions : 2007 JCR Science Edition et 2007 JCR Social Sciences Edition pour l'année 2007. Science Edition couvre 5 900 périodiques tandis que Social Sciences Edition en couvre 1700. S'il existe une certaine concordance entre la liste des périodiques indexés par JCR Science Edition et SCI, et ceux indexés par JCR Social Sciences Edition et SSCI, le nombre de titres indexés par les deux bases de données ne se limitent pas aux deux listes JCR. En effet, si tous les titres de périodiques de JCR se retrouvent dans Web of Science (WOS), tous les titres qui sont dans WOS ne retrouvent pas nécessairement répertoriés dans JCR. Aussi, certains titres référencés par SSCI sont absents de JCR Social Science Edition mais présents dans la liste Science Edition. Certains autres titres référencés par SCI ou SSCI sont absents des JCR. On peut donc dire que les listes JCR ne sont pas exhaustives pour les bases de données WOS. Chaque JCR propose une liste de catégories (correspondant à des disciplines). Dans Science Edition, on retrouve plusieurs catégories médicales contrairement à Social Sciences Edition. Comme pour SCI et SSCI, chaque JCR propose une catégorie (*category description*) « Public, Environmental & Occupational Health » à laquelle correspond une liste de périodiques. Mais, Science Edition et Social Science Edition ne délimitent pas la catégorie « Public, Environmental & Occupational Health » de la même manière. Le premier réunit dans cette catégorie entre autres l'épidémiologie, l'hygiène, la parasitologie, les différentes formes de médecine dont la médecine préventive, la santé environnementale, et la cancérologie. Tandis que le second couvre la médecine sociale, la santé comportementale, l'éducation de la santé, la recherche sur la sécurité et la santé mentale. En conséquence, la liste des revues (associées au domaine de la santé publique et à ses sous-domaines) est différente pour chaque JCR, et donc pour chaque base de données (SSCI et SCI Expanded) en tenant toutefois compte de ce qui a été dit plus haut, que les listes JCR ne sont pas limitatives, ni pour SCI ni pour SSCI.

²⁶ Williams, D.R.(2003). The health of men : Structured inequalities and opportunities, 93, 724-731,; article que j'ai choisi au hasard parmi une liste de sept articles référencés pour cet auteur pour la recherche: [Topic=(rac*) AND Topic=("public health") Refined by: Subject Areas=(PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH) AND Source Titles=(AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH) AND Authors=(WILLIAMS, DR) Timespan=All Years. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI. Je n'ai pas choisi la première auteure dans ce classement : ayant en effet déjà lu plusieurs articles de Nancy Krieger, je préférerais débiter par un auteur que je ne connaissais pas jusqu'alors. Notons que j'ai sélectionné l'AJPH qui arrive en tête du classement pour les revues pour cette recherche avec 143 documents.

Suite à ce premier travail d'observation, je soulève la question suivante dans mes notes datées du 26.10.2007 : 'quelles sont les autres institutions avec lesquelles cette revue entretient des liens ?'.

J'ai alors constaté l'existence de relations entre la revue scientifique et les institutions gouvernementales et le milieu professionnel. C'est ainsi que la pratique, telle que je l'ai observée dans le premier texte, fait usage du terme 'minority' qui, comme celui de race, est institutionnalisé.²⁷ De plus, en accord avec le cadre théorique et les notions de discours et de pouvoir il y avait intérêt à cibler les institutions notamment gouvernementales. La prise en compte dans l'échantillon du département américain de la santé se justifiait à la fois empiriquement et théoriquement.

Il ne fallait donc pas se limiter au contenu des documents comme on l'a d'ailleurs vu précédemment avec Prior (2003) ; il était pertinent de situer les pratiques en regard du contexte de leur production et donc de diversifier en fonction des institutions plutôt que des agents. Il s'est révélé que le département américain de la santé est en effet une institution incontournable de la santé publique américaine dans la mesure où elle guide l'élaboration et la décision des politiques fédérales de santé et les financements des programmes de santé, notamment de recherche. À la fin novembre 2007, l'exploration du site Internet du département américain de la santé a débuté. J'écris dans mon cahier de notes le 23.11.2007 :

"Depuis quelques jours, je parcours le site Internet HHS.gov et je prends de nombreuses notes. J'identifie les agences de santé publique, les acteurs, les liens, les réseaux, les priorités ; aussi, je prends des notes de ce qui est écrit sur la santé publique, des approches, des priorités pour avoir une idée de qui se passe dans ce milieu institutionnel".

Je me suis alors dirigé vers le site Internet du bureau de la santé publique pour examiner les fonctions, les composantes, le type de documents disponibles, les programmes et les rapports et le type d'informations disponibles sur l'idée de race.

²⁷ Je fais ici référence à l'*Office of Minority Health* du département américain de la santé.

Au fur et à mesure de l'étude, deux éléments sont apparus évidents : d'une part, ce qui paraissait être de la rhétorique s'avérait être de la pratique, la pratique qui vise à comparer ou à quantifier par exemple. D'autre part, toutes les pratiques, toutes ces manières de dire et de faire avaient une dimension représentationnelle. Le terrain rejoignait la théorie : le terme de pratiques représentationnelles comme le propose Hall (2003) s'avérait pertinent.

La diversification

En accord avec le cadre théorique, il fallait étudier un panel relativement large des pratiques et les situer dans un cadre dynamique et relationnel. Par ailleurs, un discours ne se limite pas à un texte ni à une source : il apparaît en tant que règle de conduite au sein de toute une série de textes et d'institutions dans la société (Hall, 2003). La décision a été prise de diversifier l'échantillon sur une base institutionnelle. Ce type d'échantillonnage répond au principe de diversification (Glaser & Strauss, 1967) que l'on peut qualifier d'interne (Pires, 1997) dans la mesure où il vise un groupe au départ homogène pour une caractéristique afin de le décrire en profondeur. On notera toutefois que le terme homogène est à considérer avec circonspection dans le cas de la santé publique.

Les sources des données et les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des documents sont d'avoir été publiés aux États-Unis dans le domaine de la santé publique durant la période 2001-2009. Les documents devaient bien entendu avoir une relation avec l'idée de race. En ce qui concerne l'institution gouvernementale de santé publique,²⁸ mon choix s'est porté sur les sites Internet de l'*Office of The Surgeon Général*,²⁹ et de l'*Office of Minority Health (OMH)*.³⁰

²⁸ The Office of Public Health & Science (OPHS): <http://www.hhs.gov/ophs/index.html>

²⁹ <http://www.surgeongeneral.gov/>

³⁰ <http://www.omhrc.gov/>

Le premier est perçu comme le leader de la santé publique aux États-Unis, et le second est plus spécifiquement dédié aux 'minorités raciales et ethniques'. D'autre part, en ce qui concerne l'institution scientifique, j'ai opté pour une revue américaine de santé publique - l'*American Journal of Public Health* (AJPH), pour deux raisons : d'abord parce qu'il s'agit de la revue la plus référencée dans le domaine de la santé publique aux États-Unis depuis 1979.³¹ Ensuite, parce que l'AJPH est la revue scientifique de la plus grande et de la plus ancienne institution professionnelle de santé publique aux États-Unis, nous apprend-on.³²

Elle tente donc d'assurer le lien, en ce qui concerne la connaissance, entre la recherche et son application au milieu professionnel. Par ailleurs, il était justifié de choisir une revue (plutôt qu'une institution académique) car elle rassemble les pratiques d'un grand nombre d'institutions non pas seulement académique mais aussi des instituts de recherche, des départements de santé publique fédéraux et des états, et également de fondations (voir annexe III).

La description de l'échantillon

Plusieurs types de documents ont été analysés : des sites Internet, un rapport gouvernemental de santé publique, et des articles scientifiques. Plus spécifiquement, les sites Internet du Surgeon Général et de l'*Office of Minority Health* (OMH) ont été examinés, ainsi que les textes portant sur l'historique, la mission, les objectifs et les priorités du bureau. On y trouve également une foule de documents archivés tels que les nouvelles, les publications, des conférences de presse, des discours, et des liens qui

³¹ 84 articles sur un total de 485 pour la recherche: [Topic=(rac*) AND Topic=("public health") Refined by: Subject Areas=(PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH) AND Countries/Territories=(USA) Timespan=1979-2007. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI]. Signalons toutefois que ce chiffre a été considérablement réduit en ajoutant le terme 'public health' à la troncature rac*. Utilisé seul le terme rac* ramenait 472 documents pour l'AJPH pour la même période (sur un total de 5 036 pour les États-Unis). Cela étant dit, pour une analyse qualitative en profondeur, j'ai cherché à réduire les 84 documents. J'ai donc procédé à une nouvelle réduction des données : j'ai choisi de me concentrer sur la période de publication 2001-2007 : 46 articles de l'AJPH ont été référencés pour cette période,³¹ qui correspond à la nouvelle décennie du plan stratégique de la santé - *Healthy People 2010* [information téléchargée le 15 janvier 2008].

³² <http://www.apha.org/about/> [information téléchargée le 29.08.2008].

renvoient à d'autres institutions. Les documents suivants ont été téléchargés et analysés : le rapport du Surgeon General (2001),³³ une initiative du Surgeon General (2003),³⁴ et un discours du Surgeon General (2007).³⁵

Le site de l'*American Journal of Public Health* a également été analysé,³⁶ et plus spécifiquement les informations à propos du journal ainsi que les 46 articles scientifiques (Annexe II).³⁷ La grande majorité de ces articles (26 ; 57%) est le compte-rendu d'études dites observationnelles.³⁸ 28% (13) des articles peut-être qualifié d'étude conceptuelle ou de besoins. Par conceptuelle, il faut entendre une étude qui discute ou qui questionne le problème d'un point de vue théorique, ou qui évalue les besoins en regard d'une problématique sanitaire ou d'un groupe en particulier. Parmi ces études, on trouve trois devis qualitatif ou participatif, deux études historiques ; une analyse de contenu, et une étude expérimentale.

³³ U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health : Culture, Race, and Ethnicity. A Supplement to Mental Health : A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/index.html> [téléchargé le 29 mars 2009]. Il faut noter qu'un grand nombre d'auteurs affiliés à diverses universités américaines ont collaboré à rédiger et éditer ce rapport. Celui-ci reflète donc les pratiques institutionnelles gouvernementales, académiques et d'instituts de recherche mais également de disciplines très variées (psychologie, médecine, psychiatrie, service social, santé publique, santé mentale, etc.).

³⁴ U.S. Department of Health and Human Services. *National Call to Action to Promote Oral Health*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research. NIH Publication No. 03-5303, Spring 2003, <http://www.surgeongeneral.gov/topics/oralhealth/nationalcalltoaction.html> [téléchargé le 14.07.2009].

³⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Acting Surgeon General, *Remarks at the Alaska Health Summit*, Dec. 3 2007, <http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/index.html#s2007> [téléchargé le 14.06.2009].

³⁶ <http://www.ajph.org/>

³⁷ On trouvera également, pour information, à l'Annexe III, la liste des institutions auxquelles sont affiliés les auteurs de ces articles.

³⁸ Une étude observationnelle est soit transversale soit longitudinale et cherche à établir des associations entre variables (par exemple race-comportement), des prévalences (taux ou fréquence d'un événement – un comportement ou une maladie) ou des incidences (la survenue de cas sur une période donnée). Dans l'échantillon, 23 études avaient un devis transversal. Notons qu'un devis transversal cherche à rendre compte d'une situation à un moment donné. C'est un peu comme une photographie qui représente une situation à un moment donné. Théoriquement, les possibilités explicatives d'une étude transversale sont donc relativement limitées.

La cueillette et l'organisation des données

La cueillette des données a consisté à examiner des documents de santé publique et à prendre des notes. Ces procédures ont permis de générer des données (Wolcott, 1994). Ce processus a toutefois entraîné une transformation de l'information contenue dans les documents, transformation directement liée à l'intervention du chercheur (Mason, 1996 ; Wolcott, 1994). On peut considérer les documents non seulement comme une source de données descriptives, écrit Mason (1996), mais on peut également décider de prendre en compte des éléments plus interprétatifs ou encore réflexifs.

En effet, dans la méthode ethnographique, écrivent Hammersley & Atkinson (1983), les opérations de cueillette et d'analyse des données sont liées. La cueillette des données a généré trois types de données : les notes descriptives, analytiques et interprétatives. Wolcott (1994) indique que ces trois manières d'utiliser les données peuvent effectivement coexister dans une même étude et qu'il n'y a pas de limites strictes entre elles. Pour illustrer ce point Wolcott cite d'ailleurs Agar : "in ethnography...you learn something ("collect some data"), then you try to make sense out of it ("analysis"), then you go back and see if the interpretation makes sense in light of new experience ("collect more data"), then you refine your interpretation ("more analysis"), and so on. The process is dialectic, not linear" (Agar, 1980 cité par Wolcott, 1994, p.13).

Dans la mesure du possible, j'ai tenté de décrire la situation, de rendre compte de ce que j'ai lu et ce que j'ai vu: en transcrivant, par exemple, de nombreux extraits tirés des documents. Ces données descriptives, qui résultent directement de mon observation, ont le statut de 'faits' pense Wolcott. La prise de notes s'est toutefois accompagnée d'une analyse des données qui a consisté à identifier des facteurs clés et leurs relations. Foucault (1969) insiste d'ailleurs sur la description des énoncés plutôt que sur leur interprétation. Cela dit, j'ai aussi procédé, mais dans une moindre mesure, au moins initialement, à l'interprétation des données parfois même directement lors de la cueillette de l'information.

Kvale (1996) note de toute façon que la transcription n'est pas objective : il s'agit plutôt d'un exercice interprétatif qui, par ailleurs, entraîne la décontextualisation des données. Selon Lapadat & Lindsay (1999), la transcription est un processus sélectif qui est lié à la position épistémologique du chercheur.

Donc, plus globalement, la cueillette des données a engagé un processus de transformation d'une information en passant par la sélection, la transcription et la production de données, processus qui dans son ensemble s'est avéré avoir une composante descriptive, analytique et interprétative. La cueillette des données a donc permis de démarrer le processus analytique. L'analyse documentaire a répondu au principe de l'intertextualité (Atkinson & Coffey, 2004 ; Hall, 2003 ; Prior, 2004) qui consiste en une mise en relation entre les documents. Cela veut dire que chaque section a régulièrement informé le processus d'analyse.

Le guide de cueillette des données

Les documents ont constitué une vaste quantité de données qu'il a fallu sélectionner et réduire. La cueillette des données s'est bien opérée sur la base des objectifs, du cadre théorique et de l'approche méthodologique. La prise de notes a été guidée par une série de questions que j'ai posées aux documents afin de structurer la sélection des données. Ces questions et la transcription ont généré de nouvelles données ; données qui ont ensuite été soumises à une analyse plus approfondie. La prise de notes s'est accompagnée d'une phase de traduction des données de l'anglais vers le français.

La cueillette des données a permis à la fois de sélectionner et de produire des données. Les questions posées aux documents ont permis de réduire les données, de les organiser et d'initier la mise en relation entre les textes. La cueillette des données a débuté par le site de l'OSG à l'aide de quelques questions *a priori* tandis que d'autres sont apparues *a posteriori*. Je me suis initialement laissé guider par des questions très générales telles que le proposent Hammersley & Atkinson (1983) : "que sait l'auteur",

"de quelle manière cette connaissance a-t-elle été acquise", "comment est-elle présentée", "dans quel objectif", "qu'est-ce qui est dit ou discuté et, au contraire, ce qui n'est pas dit ni discuté"?

Cette étape a permis d'explorer les bureaux qui sont impliqués et les activités qui sont menées relativement à l'idée de race. Ces premières observations ont également permis d'étudier l'organisation et les champs d'activité de la santé publique américaine, et de rendre compte du type d'information et de documents disponibles (nouvelles, dossiers spéciaux, priorités, programmes et activités, etc). Aussi, j'ai pu observer la manière dont la santé publique se présente aux internautes. Il a ensuite fallu concentrer la cueillette des données sur l'*Office of Minority Health* et sur les articles de l'*American Journal of Public Health*.

Les questions *a posteriori* sont le résultat des premières notes qui ont, de manière itérative, informé et précisé la poursuite du processus de cueillette des données. On trouvera les détails de celles-ci à l'annexe IV. L'information recueillie a également ciblé les institutions et les disciplines, les bases de données, le financement de la recherche, le type de document, les stratégies de recherche et les indicateurs de santé. Mon guide de cueillette des données s'est progressivement structuré. Cela dit, comme le guide de cueillette des données a évolué progressivement, il a fallu revenir sur les premiers documents afin de cueillir des données éventuellement manquantes.

Prior (2003), en accord avec Foucault, s'intéresse à la manière dont les choses se manifestent dans les documents, quels sont les événements qui y sont liés, qu'en est-il des commentaires et des tendances à son propos, et comment ces manifestations varient-ils en fonction du contexte. Selon l'auteur, il est également utile de relever les motifs ou les explications auxquels les auteurs se réfèrent pour expliquer certains phénomènes.

L'analyse a ciblé les processus et les événements liés à la mesure du phénomène – ceci incluant sa conceptualisation (le schéma théorique et ses critères), son opérationnalisation (l'instrument de mesure), les procédures liées à la collecte et à

l'analyse des données, et aux règles et aux conventions qui les accompagnent. Il s'agit également de rendre compte du réseau d'idées et de concepts dans lequel se trouve lié la race, en somme comment les auteurs se représentent la réalité (Prior, 2003, p.116).

Prior (2003) pense qu'il n'est pas utile d'étudier la signification des mots, des phrases, des paragraphes et plus largement des textes car, de toute façon, l'interprétation qu'on en a reste somme toute variable, relative et contextuelle a fortiori en l'absence de son auteur. Il s'agit plutôt de produire la signification plutôt que de chercher à la découvrir.

Prior (2003) pense qu'il faille voir l'analyse documentaire comme une traduction, ou encore comme le passage d'un niveau de signification (le texte original) à un autre (le résultat de l'interprétation). L'analyse doit cibler le processus référentiel, suggère Prior (2003), en accord avec le cadre théorique : cela correspond d'une part à ce à quoi se réfèrent les auteurs quand ils parlent de la race, et d'autre part aux relations entre ces référents.

Cela dit, un même mot peut renvoyer à des choses différentes et il est donc utile d'étudier le réseau de références par le biais de l'intertextualité. Le processus référentiel, qui est socialement ancré, renvoie à des pratiques (Prior, 2003). Par ailleurs, ce que l'on sait à propos de quelque chose est inévitablement lié à ce à quoi on se réfère à son propos, et comme on l'a vu dans la section théorique, la signification d'un objet émane de ses représentations. Dès lors, il s'agissait de rendre compte du réseau d'idées et de concepts autour de la race.

La gestion des données

Il est primordial dans le cadre d'une recherche de mettre en place un bon système de gestion des données (Huberman & Miles, 1994). Deux types de documents ont été gérés : des données non-transformées et des données transformées (Mason, 1996).

Les données non-transformées

Celles-ci correspondent aux documents étudiés qui ont été téléchargés des sites Internet : les articles de l'AJPH et les documents du site de l'OSG qui ont été classés dans des dossiers correspondants. Les articles de l'AJPH ont été classés dans EndNote Web : par auteurs et par ordre alphabétique. Les articles ont été téléchargés à partir de cette liste et sauvegardés en format PDF dans un dossier portant le label 'AJPH'.

Chaque article de revue a porté un code de référence incluant la première lettre de l'auteur, la première lettre du journal, les deux derniers chiffres de la date de publication, le volume et le numéro de la revue dans lequel l'article a été publié. Par exemple, le premier article qui a été analysé est celui de Linda S. Adair publié dans le volume 91, numéro 4, de *l'American Journal of Public Health* en 2001 et porte la référence AA01914.

Les données transformées

Dans le cadre de ce projet, comme nous l'avons vu, la cueillette des données a généré des notes de terrain qui ont été produites à partir de l'étude des documents et que l'on peut qualifier d'ethnographiques. Ces notes sont de plusieurs types : des notes descriptives, analytiques, interprétatives et réflexives. Celles-ci ont permis de décrire les différentes étapes de la recherche et de réaliser l'analyse et l'interprétation des données.

Les notes descriptives et analytiques qui ont été prises lors de la cueillette des données pour chaque article ont été classées, paginées et conservées dans des documents word dans mon ordinateur. Certaines notes interprétatives ont également été prises lors de la cueillette des données. Les notes analytiques ont été écrites en gras dans les documents word tandis que les notes interprétatives ont été notées entre crochets ([]). Des mémos analytiques et interprétatifs ont également été annotés dans plusieurs cahiers qui ont été nommés, paginés et numérotés de un à quatre. Ces mémos ont été élaborés

tout au long du processus de la recherche. Ces mémos comprennent également les notes prises lors de la lecture exploratoire de l'article de l'AJPH mentionné.

Les mémos méthodologiques ont porté plus particulièrement sur l'échantillonnage et l'élaboration du guide de cueillette des données. Ces notes ont permis de décrire et de reconstruire le processus méthodologique de la recherche afin d'expliquer les choix opérés. Les mémos réflexifs concernent mes réflexions relativement au processus du projet de recherche aussi bien en ce qui concerne mes lectures que des événements qui sont en lien avec le projet. Il a par exemple fallu transcrire des observations lors de la dernière élection présidentielle aux Etats-Unis. Notons que les réflexions théoriques, surtout en début de processus, se sont retrouvées éparpillées à la fois dans les mémos méthodologiques, analytiques et réflexifs.

La catégorisation : vers une description thématique et une interprétation du phénomène

L'analyse a visé à élaborer une description thématisée (Paillé, 1994) des pratiques autour de l'objet. L'analyse a consisté à mettre en évidence des régularités, et plus spécifiquement des éléments (ou des composantes) et leurs relations (Tesh, 1990). Décrire des régularités, écrit Foucault, consiste à établir un ordre, des positions, des liens ou des transformations entre les éléments du discours (les énoncés, les objets, les concepts et les thèmes). On aurait dans ce cas, écrit Foucault (1969, p.53), affaire à une formation discursive.

Après avoir terminé une première prise de notes des sites Internet de l'OSG et de l'OMH, l'ensemble des données recueillies a été relu, tout en les réorganisant, afin d'avoir une meilleure idée de celles-ci. Il a fallu aussi mettre de l'ordre dans les données, supprimé les répétitions, et retourné dans les documents pour clarification si nécessaire. Cette opération s'est accompagnée de l'identification de catégories relativement générale qui étaient en relation avec le thème de la recherche, ceci afin d'organiser les données (Coffey & Atkinson, 1996).

Paillé (1994) utilise des catégories pour nommer "les phénomènes, les événements qui se dégagent des données" (p.159). Ceci revient, écrit Paillé, à se demander ce qui se passe quelque part afin de comprendre et de caractériser le phénomène. On peut dire que cette catégorisation s'est réalisée au fur et à mesure du processus en ancrant les catégories dans les données : si le processus a été inductif il a toutefois résulté de mes choix (Coffey & Atkinson, 1996).

C'est ainsi que j'ai développé des catégories descriptives qui sont directement en relation avec les mots des auteurs, tandis que d'autres ont répondu à un intérêt plus conceptuel. L'intérêt des catégories a été de pouvoir établir des liens entre les données, et entre les données brutes et le modèle final. Les catégories possèdent une capacité heuristique dans la mesure où elles permettent de questionner, en fait d'analyser les données (Coffey & Atkinson, 1996 ; Paillé, 1994). Il a fallu ensuite créer un document Word pour y recopier la liste d'une petite vingtaine de catégories qui ont été identifiées tout au long des prises de notes initiales. Cette première liste s'est composée de catégories tantôt descriptives tantôt analytiques. Notons que certaines d'entre elles représentent des processus. Un petit texte décrivant chacune d'entre elles, des citations, ainsi que les questionnements correspondants y a été joint. Cela dit, l'analyse des documents en sciences sociales vise bien à les comprendre et cette compréhension nécessite inévitablement un certain degré d'interprétation (Paillé, 1994 ; Prior, 2004).

Avant de passer à la suite des analyses, les catégories et leur contenu ont été relus afin d'assurer la concordance entre la catégorie et les citations. Cela dit, certaines citations correspondaient à plusieurs catégories, comme c'est souvent le cas (Coffey & Atkinson, 1996). Fort de cette première liste, je suis ensuite passé à l'analyse des notes portant sur les articles de l'AJPH. Ceci m'a permis de consolider les premières catégories et d'en créer d'autres qui n'étaient pas apparues lors des premières analyses.

Tout en restant descriptif au niveau de leur définition, il a fallu caractériser les catégories (leur composition), étudier leurs formes (leurs dimensions, parfois contradictoires), et ce qui légitime leur usage (Paillé, 1994). Cette étape de consolidation des catégories s'est réalisée en comparant régulièrement les extraits entre-eux (Glaser & Strauss, 1967).

À la fin de l'analyse des notes tirées des articles de l'AJPH, le travail de réorganisation des premières analyses a été répété en vérifiant le contenu de chaque catégorie et en regroupant certaines. Celles-ci ont été clarifiées en retournant dans les documents et en ajoutant ou en remplaçant éventuellement des citations par d'autres plus explicites. J'ai enfin cherché à établir les liens entre les catégories.

Chapitre 4

La constitution des objets racialisés en santé publique

L'approche de la santé publique, écrit le Surgeon General (2001), consiste à identifier (*identify*) le problème sanitaire et à développer des solutions. Pour cela, le problème doit être défini et expliqué : il s'agit d'établir les conditions et les tendances de son apparition, ainsi que les causes potentielles de sa survenue. Le but ultime des pratiques étant le changement, il s'agit d'élaborer l'intervention qu'il convient aussi d'évaluer, et de disséminer l'information, et d'éduquer le public (Surgeon General, 2001, pp.12-13). L'approche de santé publique se situe dans une logique de prévention de la maladie et de promotion de la santé : "the public health approach is premised on the conviction that it is inherently better to promote health and to prevent illness before it begins. Prevention also holds the promise of being more cost-effective" (Idem).

Les études portent tantôt sur une catégorie sociodémographique spécifique (les enfants, les adolescents, les adultes, les aînés, ou les ménages), tantôt sur la population générale. On parle tantôt de maladies dites chroniques (le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires); tantôt de maladies infectieuses (comme le VIH/sida ou la tuberculose); voire d'autres problématiques comme la prématurité, le syndrome d'inattention, la mortalité infantile, la dépression ou la santé mentale.

On parle aussi de comportements tels que l'activité physique, le comportement alimentaire ou sexuel, le tabagisme, regarder la télévision, ou encore les comportements reliés à l'usage des services de soins de santé comme la mammographie. En fait des comportements qui sont perçus par la santé publique comme des pratiques qui permettraient ou qui, au contraire, empêcheraient d'être en santé. Sans oublier, nous rappelle-t-on, que la maladie coûte cher en termes de services de soins de santé.

On parle également de stratification sociale, de genre, de statut socio-économique, d'hybridité, d'orientation sexuelle, de médias et de communication, de couverture vaccinale, de facteurs psychosociaux, de culture, de risque, de disparités de santé, de diversité, d'égalité, d'immigration, de minorités et de leur manque de confiance, de résilience, de services de soins de santé, de zones rurales et urbaines, d'eugénisme, de ségrégation et de racisme, mais aussi d'histoire, de la nation, d'équité, de science et de recherche. On parle donc de beaucoup de choses quand on parle de race en santé publique.

Certains auteurs notent que "the definition of a health problem, like that of any problem, is socially constructed" (Hogue et al., 2002, p.552). Par là, il est suggéré qu'un problème sanitaire tel que la mortalité infantile peut-être défini de différentes manières, et que les pratiques et les représentations participent à cette construction. Les auteurs indiquent également que, d'une part, la mortalité infantile a progressivement été définie comme un problème qui touche surtout les 'minorités raciales et ethniques' (MRE), et, d'autre part, que les comportements ont longtemps été l'explication principale du problème. C'est pour cela, nous dit-on que ce problème n'aurait plus été considéré comme une priorité nationale alors que les causes du problème résideraient plutôt dans le manque d'accès à l'information et aux services de soins de santé.

C'est ainsi qu'il s'agit de construire le problème "de manière efficace", nous dit-on, et "the more important issue here is that by isolating the problem to "them", the majority population can excuse itself from concern about it" (Idem). La santé publique semble donc se situer dans une relation entre le 'nous' et les 'autres', et la santé publique comme pratique a le pouvoir de renforcer cette dichotomie. Egede et al. (2003) se demandent ce que représente finalement la catégorie race/ethnicité: "race/ethnicity appears to be a proxy for a variable that is either currently unmeasured or unidentified, because the current thinking is that race/ethnicity is a social construct that has little or no biological significance" (p.329).

Autrement dit, que mesure-t-on, quand on mesure la race se demandent les auteurs, sachant que la conception biologique de la race semble aujourd'hui révolue, et que la pensée actuelle favorise son aspect socialement construit. On suggère effectivement que "research mostly lacked a definition of race as a biological, socioeconomic, or sociocultural construct" (Boehmer, 2002, p.1126).

Les analyses confirment que le terme de race est rarement défini et que son usage en tant que variable n'est pour ainsi dire jamais explicitement justifié. Cela dit, le nombre, le désavantage et la distinction semblent justifier l'intérêt que l'on porte aux MRE: "these populations [les minorités] are sufficiently large, sufficiently distinct, and in many cases sufficiently disadvantaged to merit study" (Probst et al., 2004, p.1695). L'identification raciale accompagne la problématisation et l'altérité justifierait en partie la recherche. Tout en suggérant que la race et l'ethnicité ne devraient pas être confondues, ce double terme permet d'enrichir la taxonomie humaine, pense Oppenheimer (2001). Baluja (2003) renvoie la race/ethnicité à une création: "we created race/ethnicity categories by combining the race and hispanic origin questions".

La race représenterait toutefois bien plus qu'une simple création qui viendrait satisfaire les besoins de la pratique scientifique: "if race and racism are powerful ideas, consistent with our life as a nation and still buttressed by political, economic, and cultural forces, they will persist indefinitely, and they will affect any term or domain that is supposed to replace them" (Oppenheimer, 2001, p.1053). Il existerait donc des 'forces' derrière cette idée qui est, selon l'auteur, associée au racisme. La race renvoie dans les documents à beaucoup de choses : tantôt à un construit nous venons de le voir, mais aussi à une catégorie, tantôt à un concept, à une variable, ou encore à une caractéristique individuelle ou sociodémographique, et même à un fait social. On la caractérise physiquement et géographiquement, et ce terme renvoie à des populations, à des groupes, parfois à des communautés et est associé tantôt à la culture, tantôt à l'affiliation, à l'origine, à la nationalité, et à l'idée de minorité (et de majorité).

L'idée de race renvoie aussi à un statut social, et autant à des individus qu'à des groupes. Enfin, quand on parle de race, on réfère aussi à l'identité, à l'histoire et aux relations sociales: "African Americans and Native Americans have found in their racial identity a strong sense of history and a positive set of social relations" (Oppenheimer 2001, p.105).

Ce travail s'est attaché à mettre en évidence le processus de fragmentation dont parle Foucault (1976). En santé publique, le phénomène est étudié en fragmentant la population : on va distinguer, qualifier, et hiérarchiser la population pour finalement faire apparaître des objets racialisés, des construits qui acquièrent leur signification dans la pratique discursive. Dans cette section, je vais montrer que les pratiques de santé publique mettent en œuvre un processus de racialisation (Figure 1, p.71) qui obéit à l'idée que l'État se fait de la *différence*.

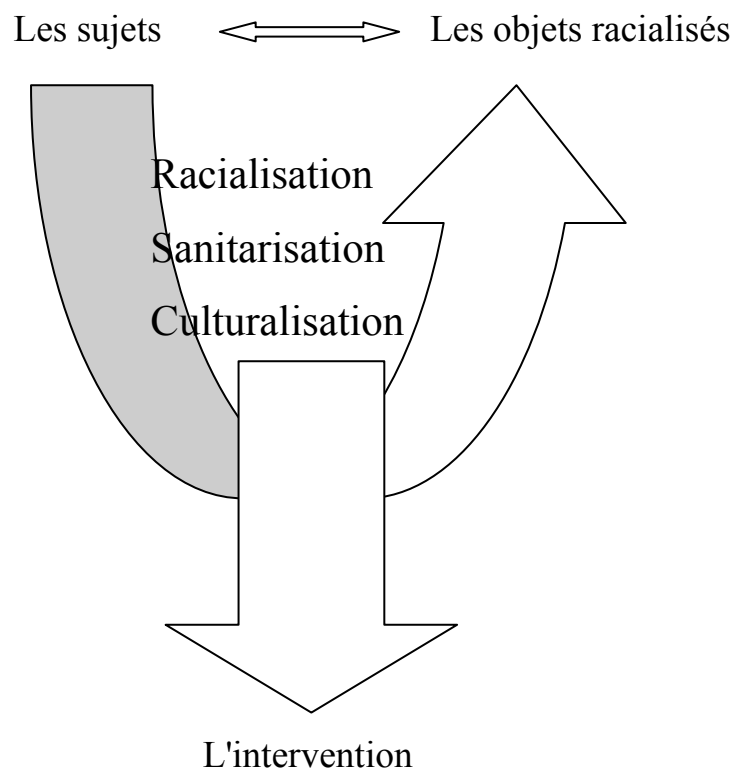
Le processus qui vise à identifier des individus en fonction de la classification raciale en place pour décrire et/ou expliquer un problème de santé publique (la maladie ou le comportement de santé) peut être qualifié de racialisation du problème de santé publique. L'identification raciale est à la fois standardisée et dynamique dans la mesure où elle se modifie au fil du temps. Cela veut dire que les pratiques répondent à des normes. Il faudrait peut-être aussi associer à la racialisation l'ethnicisation, ces deux processus répondant à la classification raciale et ethnique en place. Toutefois comme la catégorie *Hispanic/Latino* inclut des personnes identifiées *White* ou *Black*, on peut considérer cette catégorie comme étant elle-même racialisée. Je m'en tiendrai donc au processus de racialisation tout en sachant que l'ethnicisation l'accompagne souvent. Le problème sanitaire est décrit et qualifié en termes racialisés.

Réciproquement, cette opération va permettre de constituer des objets racialisés en leur attribuant des caractéristiques médicales ou plus globalement sanitaires et 'culturelles' (Tableau VI, p.116). Les pratiques, par le biais de risques, de comportements, de maladies, de la mort, de la biologie, de la culture mais aussi d'autres

catégories comme l'âge, le genre, et la classe, vont décrire et finalement transformer et constituer les labels en objets racialisés, sanitarisés et culturalisés.

La racialisation de la santé/maladie consiste à identifier la population et décrire le problème sur une base raciale et ethnique : les pratiques vont consister à identifier les sujets à l'aide de labels ce qui permet par la suite de reconstituer des groupes dans la matérialité du document. Les pratiques vont également consister à positionner les groupes les uns par rapport aux autres en fonction de la hiérarchie sociale et dans une logique souvent dichotomique et oppositionnelle.

Figure 1. La formation des objets racialisés en santé publique



Réciproquement, les pratiques aboutissent à des objets racialisés, des objets caractérisés avec leurs particularités propres, leurs maladies, leurs comportements, leur durée de vie, et leur façon de mourir. D'autres processus vont donc participer à la constitution des objets racialisés : la sanitarisation et la culturalisation. En fait, tous ces processus agissent de manière relativement concomittante et sont enchevêtrés l'un dans l'autre pour constituer la problématisation.

La sanitarisation est, comme l'indique Fassin (2005, pp.39-40), l'ensemble des opérations qui vont traduire un problème médical (le diabète par exemple) ou même social (la violence par exemple) en termes sanitaires (en problème de santé publique) et auxquelles participent les institutions de santé publique, les études, les groupes, le dépistage, le risque, les mesures préventives, et les outils de mesure. La sanitarisation est selon moi un discours sanitaire. La racialisation va imprégner ce processus en transformant l'ensemble 'sujet-maladie' en un ensemble 'collectivité-problème sanitaire'. La racialisation permet en quelque sorte la sanitarisation, la construction du problème sanitaire mais aussi la constitution des objets racialisés et sanitarisés.

La racialisation de la maladie lui donne une dimension sanitaire (en lui donnant une dimension collective). Et les catégories raciales sont sanitarisées, la sanitarisation (l'attribution de caractéristiques sanitaires à chaque catégorie) étant, avec la culturalisation, des processus de formation de l'objet. Autrement dit les sujets sont transformés en objets racialisés par le biais de la santé/maladie, de la mort, de la culture, etc. mais aussi par toutes les techniques de santé publique qui participent à la problématisation.

Lisons encore Hogue et al. (2002): "a greater disparity consists in the fact that a much larger proportion of minority births weigh less than 1500 grams. This is especially true for African American infants, but it is also becoming a problem among urban Hispanic infants" (p.554). On a plus seulement affaire ici à un problème sanitaire : le problème sanitaire est aussi racialisé, et, inversement le phénomène des petits poids à la naissance caractérise ces deux catégories (qui se réfèrent à des groupes).

La racialisation est un processus, un ensemble d'opérations qui répond à une classification qui mène à la construction d'objets racialisés. L'*Office of Minority Health* cristallise l'institutionnalisation de la classification raciale : on a identifié des groupes sur une base raciale et ethnique qui occupent une position sociale minoritaire.

Pour le département fédéral de la santé, la catégorie raciale est en effet une manière pertinente de classer la société : "the category "african american" provides a basis for social classification. African Americans are recognized by their physical features and are treated accordingly" (Surgeon General, 2001, p.54). C'est un point très important soulignés à la fois par Appiah (1996) et par Appadurai (2005) : l'identification raciale sur laquelle se base les pratiques est associé à une classification raciale et donc au positionnement des groupes les uns par rapport aux autres. Les pratiques de santé publique ne sont pas innocentes. Nous allons voir qu'aussi bien les institutions, les lois et les programmes que les pratiques visent à situer les groupes les uns par rapport aux autres.

L'identification, comme les résultats l'indiquent, implique deux vecteurs : le premier vise à distinguer les gens et les populations en fonction de catégories (les labels), catégories qui occupent une position, pour reprendre le terme de Appadurai (2005), sur l'échiquier politique (on parle de 'majorité' et de 'minorités'). La connaissance racialisée, en retour, légitime l'idée de race et la racialisation qui est aussi bien un processus transformationnel qu'un processus d'élaboration d'un savoir. Aussi, à partir du moment où la santé publique fait appel au substrat 'race/ethnicité' pour décrire la réalité (et pour la construire), elle rentre dans un discours qui s'impose à elle mais qu'elle contribue aussi, en retour, à (re)produire. La race comme catégorie ne pénètre en effet pas le domaine sanitaire comme une catégorie vide de sens.

Il y a tout un discours qui accompagne et qui s'impose aux pratiques. La racialisation est mise en œuvre par un ensemble de dispositifs à la fois politiques et sanitaires : on y retrouve des institutions, des lois, des normes, des pratiques, des idées, des thèmes et des théories.

Cela montre que le discours sur la race qui a été décrit à partir de documents catalogués 'santé publique' prend ses racines hors de l'espace à proprement parlé 'santé publique' et s'impose à lui pour finalement constituer les objets racialisés. Les pratiques vont consister à situer les données dans la taxonomie : on observe en effet des pratiques d'inclusion et d'exclusion qui vont jouer un rôle essentiel dans la construction de la connaissance racialisée.

Les pratiques construisent des catégories de type 'majorité' ou 'Blanc' qui s'opposent à celles de 'minorités' ou 'Noir' ou 'non-Blancs'. Toutefois à la catégorie minorités ne correspond pas toujours les mêmes groupes, une catégorie qui est dès lors homogénéisée en un ensemble finalement très hétérogène. Cependant, les normes d'homogénéité varient autant entre les documents qu'entre les groupes : certaines pratiques considèrent en effet certains groupes racialisés (plus que d'autres) comme des ensembles hétérogènes qui ont des habitudes de vie et des résultats de santé très différents. Autrement dit, pour certains, la race ne rend pas compte, à elle seule, des différences socio-sanitaires. On notera aussi que l'hétérogénéité n'est pour ainsi dire pas considérée pour certaines catégories : on parle très peu d'hétérogénéité parmi les Blancs, les Noirs ou les Amérindiens.

On ne compare pas, par exemple, la consommation d'alcool des immigrants blancs nés en Belgique, avec ceux de France et du Québec. On ne compare pas non plus les habitudes tabagiques entre les immigrants noirs nés en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Dominique ou en France, en Belgique ou au Québec. Non, ces catégories sont plutôt, implicitement, considérées comme des ensembles à la fois fixes et homogènes. En tous les cas, les éléments manquent pour prouver le contraire, si ce n'est que très rarement où l'on prend en compte des facteurs migratoires ou d'acculturation qui viendraient médier, comme pour les autres groupes, la relation race-santé. Mais malgré les transformations culturelles, on reste, en général et avant tout, identifiable à un label racial.

La culturalisation est un processus qui participe à la formation des objets racialisés, en d'autres termes, l'idée de culture caractérise ce qui a été racialement (et ethniquement) découpé. Les idées de culture et de race, qui avec celle d'ethnicité caractérisent selon les auteurs la diversité, se confondent souvent dans la pratique sans que celle-là ne soit pour autant toujours définie. La culture est tantôt vue comme un concept flou ne déterminant pas la santé, tantôt comprise dans sa version la plus classique, comme un ensemble de comportements, d'attitudes, de valeurs et de croyances que l'on peut mesurer et dont les différences entre les groupes viendraient expliquer en tout ou en partie les disparités. C'est ainsi que, d'une part, la culture devient un problème et, d'autre part, l'intervention en vient à être elle-même culturalisée (et racialisée) et ce, au nom de l'égalité, en vue de répondre aux besoins du groupe.

Cela dit, les pratiques n'en sont pas moins ambiguës et paradoxales car si certains en santé publique ont beau reconnaître l'aspect dynamique et flou de la culture, celle-ci n'en reste pas moins un instrument permettant de caractériser et de différencier les groupes. Il est également intéressant de noter qu'un certain niveau de transformation culturelle ou d'hétérogénéité des comportements de santé sont plus fréquemment admis au sein de certains groupes plutôt que d'autres. Les groupes Blanc et Noir semblent culturellement plus homogènes et statiques que, par exemple, les groupes Asiatique et Hispanique.

Par ailleurs, la référence, la norme est le groupe majoritaire. On est toujours plus ou moins à risque que le Blanc. Et le 'on est' se construit sur la base d'une généralisation et d'une décontextualisation qui en viennent finalement à naturaliser le groupe. Si l'on construit le problème d'un groupe en réunissant des données qui s'étalent sur 30 ans, on considère dans une certaine mesure la race comme invariable dans le temps et dans l'espace. Et on peut alors constituer une histoire des Noirs, une histoire des Asiatiques, des Amérindiens et ainsi de suite. On est dans une juste continuité qui permet la construction de l'objet de connaissance, et de l'histoire comme on le constate dans le rapport du Surgeon General (2001).

Si on en croit les pratiques, la race est un facteur qui permet de rendre compte de la diversité et de la variation de la santé/maladie au sein de la population générale. Toutefois, certains remettent en question cette taxonomie réductrice qui cache le rôle sur la variation de la santé/maladie d'autres catégories sociales comme la classe, l'ethnicité et le genre avec qui la race interagit, et d'autres facteurs qui viennent médier la relation 'race-santé'. Cela dit, dans les documents analysés, aucun auteur n'a jamais proposé d'abandonner la catégorisation raciale. Bien au contraire.

Les institutions, les lois, les réseaux et les programmes

Le département fédéral de la santé

Le département fédéral de la santé est dirigé par le Secrétaire de la santé (SH), un politicien qui est nommé par le président des États-Unis.

"As a nation, we have only begun to come to terms with the reality and impact of mental illnesses on the health and well being of the American people. This groundbreaking publication makes clear that the tragic and devastating effects of mental illnesses touch people of all ages, colors, and cultures ... disparities in mental health services exist for racial and ethnic minorities".³⁹

Dans la préface du rapport du Surgeon General (2001), le Secrétaire de la santé ne se limite pas à élever la maladie au rang de réalité et de priorité nationale. Le Secrétaire de la santé pense la nation et les services de soins de santé en termes racialisés. D'emblée, on notera l'importance de l'intervention politique qui élève d'une part la santé mentale au rang de problème de santé publique, et qui lui donne d'autre part une connotation raciale et ethnique. Le tout n'est donc pas simplement de considérer la maladie comme un problème de santé publique, c'est aussi de désigner un segment de la population comme étant particulièrement affecté. Dans la citation ci-dessus, le SH (2001) se réfère à des disparités (la maladie et les services) et des couleurs et des cultures (la diversité).

³⁹ Préface de Tommy G. Thompson, Secrétaire de la santé, Rapport du Surgeon General, 2001

Aussi, en déclarant que "it is now incumbent upon the public health community to set in motion a plan for eliminating racial and ethnic disparities in mental health" (p.iii) le pouvoir politique donne à la santé publique le rôle d'éliminer les disparités. Un des bureaux de ce vaste département est le bureau de santé publique (OPHS), lui-même composé de douze bureaux et du *Commissioned Corps*. Ce bureau fédéral de santé publique est supervisé par l'*Assistant Secretary for Health* (ASH) qui est le premier conseiller du SH pour les affaires portant sur les questions de santé publique (nationales et internationales). Notons que le SH est éventuellement appelé à faire fonction de ASH comme cela a été le cas de 1998 à 2002.⁴⁰

Les champs d'activités et les programmes du département de santé publique visent notamment, nous dit-on, à réduire les disparités qui touchent les MRE.⁴¹ Comme si les MRE étaient les victimes de disparités. Selon le site du département les fonctions de ce bureau de santé publique concernent l'éducation, les recommandations et la sensibilisation aux problématiques de santé, la recherche, la coordination entre les différentes agences de santé, l'élaboration de politiques de santé et de propositions de lois,⁴² de régulations et de plan d'action en santé. Il apparaît donc que l'OPHS est un guide, un promoteur d'idées et de services, un financeur, un département qui propose, élabore des plans, des initiatives et des stratégies nationales. L'OPHS, selon le site Internet, agit en partenariat avec d'autres agences gouvernementales, les systèmes de soins, les familles, les communautés, les chercheurs et le milieu professionnel.

La coordination et la collaboration des différentes agences de santé publique fédérales sur le terrain ainsi que l'alignement de leurs activités localement, se fait par l'entremise des dix *Regional Health Administrators*⁴³ notamment en ce qui concerne les initiatives de prévention pour la santé des minorités. Ces administrateurs agissent en quelque sorte comme agents de liaison locaux entre les agences fédérales et entre ces dernières et les différentes agences de santé de chaque état.

⁴⁰ <http://www.hhs.gov/ophs/index.html> [information téléchargée le 06.12.2008]

⁴¹ <http://www.hhs.gov/ophs/programs/initiatives/index.html> [information téléchargée le 06.12.2008]

⁴² <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=18>

Nous nous arrêterons sur deux bureaux en particulier dans le cadre de ce travail : celui du Surgeon General et le bureau de la santé des minorités (OMH).

Le bureau du *Surgeon General*⁴⁴

Le bref historique proposé par le site Internet du Surgeon General indique que depuis 1871, 15 hommes et 2 femmes se sont succédé à ce poste. Initialement, le Surgeon General, à cette époque *Supervising Surgeon*, était responsable du *Marine Hospital Service*, établi en 1798 dont la mission était de s'occuper de la santé des marins de la marine marchande. Ce service donnera naissance en 1912 à l'*U.S. Public Health Service*.

Le Surgeon General est un officier de l'armée américaine qui est nommé par le président des E.U. avec le consentement et l'avis du sénat pour une durée de 4 ans. Le monde politique confie au Surgeon General la tâche d'enseigner aux citoyens américains la manière d'améliorer leur santé et de prévenir le risque d'accidents et de maladies.⁴⁵ Le Surgeon General est présenté comme la référence nationale sur les questions de santé publique incluant la sécurité. Qui plus est nous dit-on, le Surgeon General est un professionnel indépendant et impartial à qui le gouvernement fait entière confiance. Le Surgeon General prête à l'état de santé une fonction sociale : celle de contribuer au bien-être personnel et familial et, plus largement, social. La maladie est, me semble-t-il, au contraire, un frein à cet engagement. Il faut donc y remédier.

Ce bureau collabore avec d'autres agences gouvernementales dans le cadre d'initiatives ou de campagnes de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Ce professionnel des services publics est le porte-parole du gouvernement sur les affaires de santé publique ; celui-ci est également le conseiller de l'assistant du Secrétaire de la santé (ASH) et du président des États-Unis sur les questions de santé publique, sur les questions médicales et sur le système de santé. Une autre responsabilité de ce bureau est d'améliorer la pratique de santé publique en proposant des procédures à suivre et en

⁴³ <http://www.hhs.gov/ophs/rha/index.html> [information téléchargée le 07.02.2008]

⁴⁴ <http://www.surgeongeneral.gov/> [Idem]

établissant des priorités. Enfin le Surgeon General fait partie de plusieurs comités d'agences non fédérales dont l'association médicale américaine, la librairie nationale de médecine, et des instituts médicaux des forces armées.⁴⁶

On notera le discours du Surgeon General - *Remarks at Veterans Day Observance* -⁴⁷ qui a été délivré au *Vietnam Memorial Wall Saturday* le 11 Novembre 2006 à Washington, D.C. Ce discours célèbre l'armée américaine qui combat pour la paix et la démocratie et pour la sécurité et le bien-être de la nation américaine. L'"ennemi" qui est combattu est, me semble-t-il, analogue à la maladie qui symbolise le danger qu'il faut combattre et qui paraît légitimer la présence d'officiers américains au sein des services fédéraux de santé publique.

On retrouve d'ailleurs dans la mission du département de la santé ces idées de 'santé', de 'sécurité' et de 'bien-être'.⁴⁸ L'armée garantit la paix et celle-ci passe par la sécurité et la santé de la nation. Il s'agit donc de combattre tout ce qui peut rompre l'équilibre de la nation afin d'assurer la paix, la liberté et la démocratie : "we must understand how local leaders and communities, including schools, families, and faith organizations, can become vital allies in the battle against disparities" (SH dans Surgeon General, 2001, p.iii). Les fonctions du bureau du Surgeon General consistent à protéger et à améliorer la santé de la nation en éduquant le public et en recommandant des activités de prévention de la maladie et des programmes de promotion santé. Ces responsabilités passent notamment par l'établissement de priorités et par la préparation de documents dont l'information est transmise par le biais de conférences, de publications, et d'appels à l'action.

Ce bureau collabore également à l'élaboration de programmes tels que *Healthy People 2010* ou encore à la publication des *Public Health Reports* en collaboration avec

⁴⁵ <http://www.surgeongeneral.gov/about/index.html> [Idem]

⁴⁶ <http://www.surgeongeneral.gov/about/duties/index.html> [Idem]

⁴⁷ <http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/11112006.html> [information téléchargée le 04.03.2008]

⁴⁸ "Improving the health, safety, and well-being of America", HHS.gov, <http://www.hhs.gov/ophs/index.html>

l'association des écoles de santé publique, un organisme d'accréditation des écoles de santé publique aux États-Unis. Tel qu'indiqué sur le site Internet du Surgeon General, qui s'adresse aussi bien aux agences de santé qu'au public, une des priorités vise l'élimination des différences raciales, socioéconomiques et géographiques de santé qui, écrit le Surgeon General ci-dessus, sont inacceptables: "it is simply unacceptable that in our great nation there are such dramatic differences in health between populations based on race, socioeconomic status, and geography" (Surgeon General, 2007).

Toutefois, si l'on en croit l'information sur le site, le HHS semble particulièrement se concentrer sur celles qui touchent les dites minorités raciales. Les minorités dont l'état de santé devrait atteindre celui de la majorité dont on ne parle pas explicitement. Toutes les ressources engagées sur le terrain dans le cadre de ces priorités sont évidemment impossible à appréhender mais elles semblent essentiellement viser à informer et à sensibiliser le public en regard de la prévention des maladies et la promotion d'un 'style de vie en santé' qui consiste en une nutrition saine, de l'activité physique, et la réduction de la consommation de tabac, de drogues et d'alcool.

Il s'agit également de faciliter l'accès aux services de santé des plus démunis incluant les minorités nous dit le bureau du Surgeon General (2007). Le site du Surgeon General n'insiste par contre pas beaucoup sur les disparités entre les hommes et les femmes, et pas du tout entre les classes sociales, ou encore entre les zones géographiques. Le phénomène des disparités semble se concentrer sur le thème de la diversité.

L'Office of Minority Health⁴⁹

"No person in the United States shall, on ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance" (OMH).⁵⁰

Créé en 1986 comme bureau du département fédéral de la santé publique (OPHS), l'*Office of Minority Health* (OMH) a pour mission d'améliorer et de protéger la santé des 'minorités raciales et ethniques' (MRE) par le biais de politiques et de programmes de santé qui visent l'élimination des disparités de santé.⁵¹ Ce bureau conseille le SH et l'OPHS relativement aux programmes de santé publique destinés aux populations minoritaires qui, pouvons-nous lire, sont réparties comme suit : *African American, American Indians/Alaska Natives ; Asian Americans ; Hispanics/Latinos ; et Native Hawaiians/other Pacific Islanders*.⁵²

Cette institution, nous dit-on, est composée d'un directeur⁵³ et de plusieurs divisions qui s'occupent de l'information et de l'éducation (par le biais de campagnes de sensibilisation et des médias) ; du développement d'initiatives et de stratégies ; de la gestion des programmes de financement et de coopération ; et de la mise sur pied de réseaux de partenariats par le biais des bureaux régionaux cités précédemment.⁵⁴ Ces consultants régionaux en santé des minorités sont censés participer à l'élaboration de réseaux de professionnels et d'associations qui travaillent sur cette thématique.

⁴⁹ <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=1&lvlID=7>

⁵⁰ 'Title VI of the Civil Rights Act of 1964', source: OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlID=18> [information téléchargée le 26.08.2009].

⁵¹ On peut lire sur le site: "the mission of the Office of Minority Health (OMH) is to improve and protect the health of racial and ethnic minority populations through the development of health policies and programs that will eliminate health disparities", source: OMH,

<http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=1&lvlID=7>

⁵² Source: OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=1&lvlID=7> [information téléchargée le 26.08.2009].

⁵³ Un médecin spécialisé en santé publique.

⁵⁴ Voir pour plus d'information : <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=188#> [information téléchargée le 26.08.2008].

Le site de l'OMH note le fondement antidiscriminatoire de plusieurs lois, celles de Hill-Burton (1946) et des droits civiques (1964). Sur cette base, en tous les cas sur papier comme on peut lire ci-dessus, aucun programme ou aucune activité tombant sous un financement fédéral ne devrait plus discriminer selon la race, la couleur ou l'origine. Ceci est évidemment une directive pour le moins paradoxale quand on sait que la classification raciale, nous le verrons plus loin, est institutionnalisée. D'autres mesures législatives, nous dit l'OMH, ont également été établies afin d'améliorer l'accès aux soins : les institutions de santé qui rentrent dans le cadre des programmes *Medicare* ou *Medicaid* ont été encouragées à adapter leurs services en tenant compte de la diversité culturelle et linguistique.

En 1994, l'OMH a également reçu le mandat du Congrès américain de développer les capacités culturelles et linguistiques des professionnels de soins de santé. Parallèlement, l'OMH s'est vu confier la tâche de produire une connaissance à propos des facteurs de risque et des stratégies d'intervention à l'égard des populations minoritaires.⁵⁵

"The demographic changes that are anticipated over the next decade magnify the importance of addressing disparities in health status. In response to these concerns, the President committed the Nation in 1998 to an ambitious goal: to eliminate the disparities in six areas of health status experienced by racial and ethnic minority populations while continuing the progress we have made in improving the overall health of the American people by the year 2010. The six areas infant mortality, cancer screening and management, cardiovascular disease, Diabetes, HIV Infection/AIDS, and child and adult immunizations were selected for emphasis because they reflect areas of disparity that are known to affect multiple racial and ethnic minority groups at all life stages".⁵⁶

La diversité est associée à des différences de santé peut-on lire ci-dessus. Ici, c'est à la nation que le pouvoir politique a confié l'objectif d'éliminer les différences raciales en santé dans six domaines médico-sanitaires. Le site de l'OMH rend également compte de politiques fédérales dont celles qui portent, comme nous le verrons plus loin, sur la taxonomie raciale, mais aussi de lois et de recommandations pour limiter la

⁵⁵ <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlid=16> [idem]

⁵⁶ <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=17>

discrimination linguistique, politiques⁵⁷ qui ne semblent toutefois pas être appliquées par tous les états et qui semblent être l'objet de litiges entre le fédéral et certains états :

"Although Title VI of the Civil Rights Act of 1964 prohibits discrimination against persons with limited English proficiency, there are statutes in many states that have "English only" requirements. The use of state funds to provide linguistic access services is strictly prohibited by these states. There is a perception that even Federal funds cannot be used for the provision of linguistic access services within English only states. This continues to be litigated at the state and Federal levels" (OMH).⁵⁸

On notera donc que les lois, les politiques et les recommandations fédérales ne sont pas automatiquement suivies dans tous les états. Cela veut donc dire que ce qui est décidé au niveau fédéral n'est pas universellement appliqué.

"The Administration Department, Congressional Black Caucus, and Congressional Hispanic Caucus have since collaborated on a special package of initiatives to reduce the disproportionate impact of HIV/AIDS on communities of color... With increased funding for this initiative, the HHS has made an unprecedented commitment to combat the HIV/AIDS epidemic, responding aggressively to the threat and enhancing prevention, care, treatment, and research activities. This initiative provides funds through six HHS agencies to community-based organizations, faith communities, research institutions, minority-serving colleges and universities, health care organizations, state and local health departments, and correctional institutions".⁵⁹

L'OMH nous dit collaborer à plusieurs initiatives qui visent l'élimination des disparités raciales et ethniques en santé. Dans ce cadre, l'OMH a notamment participé à l'élaboration du plan stratégique national *Healthy People 2010*, auquel les auteurs font fréquemment référence. Ce programme prône la réduction des disparités de santé qui affectent les MRE dans plusieurs domaines dont la mortalité infantile, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le VIH/sida et la vaccination.⁶⁰

⁵⁷ Traduction de *policies*.

⁵⁸ Pour plus d'information, lire <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=16>

⁵⁹ <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=17>

⁶⁰ L'expression la plus couramment utilisée par les auteurs est de dire que des disparités affectent les minorités (« to eliminate the disparities ... experienced by racial and ethnic minority populations»). Comme si la majorité n'était pas concernée.

La mission de l'OMH est d'identifier les besoins de recherche, de développer des stratégies et de déterminer le statut de santé des dites minorités. Tout ce travail implique un travail de collaboration, nous dit l'OMH, notamment par le biais de programmes de financements fédéraux, entre les institutions fédérales, les milieux universitaires et de recherche, les collèges, les institutions de santé, les organismes communautaires et religieux, et même le milieu correctionnel.

L'American Journal of Public Health⁶¹

L'American Journal of Public Health (AJPH) publie des travaux de recherche, de méthodes de recherche, et d'évaluation de programme dans le domaine de la santé publique, mais aussi des éditoriaux, des commentaires et des forums de discussion relativement aux politiques de santé. Parue pour la première fois en 1911, peut-on lire sur le site, l'AJPH est la revue officielle de l'*American Public Health Association* (APHA), une société professionnelle fondée en 1872 et qui représente les disciplines et les spécialités de la santé publique.⁶²

L'AJPH ne laisse planer aucun doute quant à son expertise et à son autorité dans le domaine : elle est *la* référence de santé publique écrit-elle. La mission du journal, peut-on lire, "is to advance public health research, policy, practice, and education", et présente le journal comme "the most current, authoritative, in-depth information in the field".⁶³ L'AJPH propose, lit-on sur le site Internet de la revue, une connaissance qui répond à un processus de révision et de sélection scientifiques qui est qualifié de rigoureux, juste et objectif et qui met en jeu une expertise à propos des politiques, de la recherche et de la science elle-même: "peer reviewers should be experts in the scientific question, policy, or analytical topic addressed in the articles they review, and should be

⁶¹ <http://www.ajph.org/>

⁶² <http://www.ajph.org/misc/about.shtml> [information téléchargée le 29.08.2008].

⁶³ <http://www.ajph.org/misc/about.shtml> [information téléchargée le 29.08.2008].

selected for their objectivity and overall knowledge". Aussi, tout ce processus implique, nous dit-on, des décisions et des principes éthiques".⁶⁴

Il n'y a donc que peu de doute sur la qualité, le type et le niveau de la connaissance qui est produite, discutée et disséminée par ce journal. Le qualificatif 'scientifique' se réfère aux principes d'objectivité, de neutralité et de validité auxquels répond, nous dit-on, le devis de recherche et plus largement le processus de production de la connaissance (puisque le document est le reflet de pratiques qui englobent celles des auteurs et des institutions, ceci incluant le processus de révision et d'édition).

"The AJPH considers papers in which research has been conducted to high standards of quality control and data analysis. Data and records must be retained and produced for review upon request. Fabrication, falsification, concealment, deceptive reporting, or misrepresentation of data constitute scientific misconduct".⁶⁵

La pratique scientifique exige un comportement intègre : la falsification (ou la fabrication), le plagiat (le vol des idées), la mauvaise représentation ou la manipulation des données sont interdites, et ces pratiques doivent répondre à des principes éthiques qui sont énoncés dans une déclaration qui vise à protéger les participants de la recherche.⁶⁶

Les buts du journal sont, brièvement, de publier le meilleur de la recherche scientifique, de servir de forum pour les différentes perspectives relativement aux problèmes importants et aux politiques de santé publique, de promouvoir des modèles de pratique, d'améliorer la compréhension à la fois du public et des professionnels des problèmes de santé publique et de leurs solutions; tout en s'associant aux priorités de l'APHA, à savoir : développer une couverture universelle, éliminer les disparités de

⁶⁴ *American Journal of Public Health Policy on Ethical Principles*, p.4, <http://www.ajph.org/misc/AJPEthicsPolicyFinal110307.pdf> [information téléchargée le 02.09.2008].

⁶⁵ <http://www.ajph.org/misc/AJPEthicsPolicyFinal110307.pdf> [idem]

⁶⁶ *Ibidem*.

santé, et reconstruire l'infrastructure de santé publique.⁶⁷ Dans ce sens l'AJPB se présente comme une institution plutôt socialement progressiste.

L'AJPB propose un contenu relativement large incluant des publications qui portent sur les thèmes suivants : 'gouvernement, politiques et lois'; 'politiques de santé et éthique'; ' rapports de terrain ; 'perspective des sciences sociales'; et 'Histoire de la SP'. Enfin, l'AJPB est dirigé par une équipe éditoriale qui est responsable de la production, de la publication, des révisions, de l'impression, des investigations, et de la diffusion de l'information. Il faut également noter que certaines recherches dont les résultats ont été publiés dans l'AJPB et qui font partie des articles analysés, ont été financées par une institution du HHS.

La classification raciale : identifier et positionner les sujets

Nous avons vu que l'approche de santé publique consiste à établir la nature d'un problème avant d'intervenir sur lui. Pour décrire le problème, il va d'abord falloir distinguer (ou identifier) les personnes en fonction de labels standardisés et de règles discursives qui sont flexibles jusqu'à un certain point.

⁶⁷ Le site signale également le facteur d'impact du journal qui est de 4.241 (2008). Le journal a été classé 3/76 par Thomson Reuters Journal Citation Reports(r)-Social Sciences Edition. Le facteur d'impact est une mesure de la fréquence avec laquelle un article moyen est cité chaque année deux ans après sa parution. Par ailleurs l'AJPB est référencé par les bases de données suivantes: Ageline, Assia (Applied Social Science Index and Abstracts), Biological Abstracts, Chemical Abstracts, CINAHL, Criminal Justice Abstracts, EMBASE, EMCare, Environmental Abstracts, e-psyche, ETOH (Alcohol and Alcohol Problems Science Database), Excerpta Medica, Food Science and Technology, General Science Index, Grateful Med, Hospital Literature Index, Human Resources Abstracts, International Pharmaceutical Abstracts (IPA), Medline, Physical Education Index, Pollution Abstracts, Psychological Abstracts, PsychINFO, Safety Science Abstracts, Sage Family Studies Abstracts, Sage Human Resources Abstracts, Science Citation Index, SCOPUS, SIIC Data Bases, Social Work Research and Abstracts, and Statistical Reference Index (SRI)/LexisNexis. D'autre part, les manuscrits sont généralement revus par trois personnes (choisis par l'éditeur) et par un éditeur peut-on lire. En 2008, parmi les 2203 papiers qui ont été soumis à la revue, 19.5% ont été acceptés pour publication, 68% ont été rejetés par un des éditeurs, 9.9% après révisions par les pairs, et 2.6% ont été rejetés après resoumission, <http://www.ajph.org/misc/AJPBETHICSPOLICYFINAL110307.pdf> [information téléchargée le 12.09.2008].

On a en général affaire dans les documents à une catégorie générale 'race/ethnicité' qui renvoie à des catégories raciale ou ethnique qui portent chacune leur label comme on le verra ci-dessous. Toutefois, d'autres labels rentrent en ligne de compte. La 'race/ethnicité' est une catégorie qui renvoie à des groupes qui ont un héritage culturel et des ancêtres communs nous dit-on. Ces groupes entretiennent des relations qui sont caractérisées par l'oppression et la domination d'un groupe sur les autres groupes, un groupe qui se définit et qui définit les autres selon des caractéristiques physiques arbitraires (Krieger et al., 2003, p.195). La couleur de peau a, depuis la naissance des États-Unis, incarné les différences raciales prétendument biologiques et la hiérarchie sociale (Oppenheimer, 2001). L'identification raciale se fait donc en fonction d'un label qui renvoie à des caractéristiques physiques.

Toutefois, d'autres constatent que "no consistent racial groupings emerge when people are sorted by physical and biological characteristics" (Surgeon General, 2001, p.7). L'identification raciale ne serait donc pas fiable. La citation suivante illustre un type de question qui est posée aux participants d'une étude (notons toutefois que ce type d'information est rarement fourni dans les documents):

"Do you think of yourself as...(1) White ; (2) Black or African American; (3) Hispanic or Latino; (4) Asian American; (5) Hawaiian or Pacific Islander; or (6) American Indian or Native American." Youths were given the option of choosing multiple responses, and those reporting more than 1 response (other than White) were coded as "mixed or other" (Neumark et al., 2002, p.845).

Dans le cas de cette étude les participants pouvaient choisir plusieurs labels : ceux-ci renvoient à des couleurs, à des espaces géographiques, à une langue, et même à l'indigénat. On ne donne toutefois aucune information dans les documents en ce qui concerne les critères qui sont censés guider les participants pour sélectionner l'une ou l'autre de ces catégories. Les catégories raciales et ethniques sont standardisées et institutionnalisées dans la mesure où elles répondent aux labels de *l'Office of Management and Budget*, un département fédéral.

Le Surgeon General (2001) nous dit que : "the Office of Management and Budget has separated Asian Americans from Native Hawaiians and Other Pacific Islanders (OMB, 2000), Census 2000 lists "Asian" and "Native Hawaiian and Other Pacific Islander" as separate racial categories".⁶⁸ On constate donc que les labels changent. Ce type de catégorisation a deux fonctions, nous dit-on : celle de standardiser l'information et celle de vérifier l'allocation non-discriminatoire des fonds fédéraux : "the Department [HHS] has adopted a policy that requires all HHS-sponsored data collection and reporting systems to include standard racial and ethnic categories" (OMH).⁶⁹ Cela signifie que la recherche financée par le HHS doit utiliser ce type de standardisation.

Chaque groupe dit minoritaire est défini en fonction d'une région du monde.⁷⁰ le continent américain et l'Alaska pour la population *American Indian/Alaska Native*;⁷¹ la région comprenant 'l'Extrême Orient, l'Asie du sud-est et le sous-continent indien' pour le groupe *Asian Americans*;⁷² les pays de culture hispanique pour les *Hispanics/Latinos*;⁷³ et enfin, les îles hawaïennes ou les autres îles du Pacifique pour le groupe *Native Hawaiians/Other Pacific Islanders*.⁷⁴ Notons qu'aucune région n'est indiquée pour la catégorie *African American*. Je n'ai pas trouvé ce type d'information pour la catégorie 'Blanc'.

⁶⁸ Le SG (2001) indique p.107 en note de bas de page que : "the Office of Management and Budget has separated Asian Americans from Native Hawaiians and Other Pacific Islanders (OMB, 2000), Census 2000 lists "Asian" and "Native Hawaiian and Other Pacific Islander" as separate racial categories". Pour plus d'informations à ce sujet, lire http://www.whitehouse.gov/omb/fedreg_directive_15/

⁶⁹ <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=16> [information téléchargée le 29.02.2008].

⁷⁰ Un groupe minoritaire correspond à une MRE.

⁷¹ 'This racial group includes people having origins in any of the original peoples of North, South America, and Central America, who maintain tribal affiliation or community attachment', source: OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=26> [idem]

⁷² 'This racial group is defined as people having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent'. Source: <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=29>. Notons qu'en date du 28.08.2009, le site de l'OMH indique encore 'Asian American/Pacific Islander' qui inclut la population hawaïenne alors que cette dernière fait partie depuis 2000 du groupe Native Hawaiians/Other Pacific Islanders comme c'est pourtant indiqué sur le site de l'OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=111>

⁷³ 'This ethnic group includes any person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race, source: OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=31> [information téléchargée le 02.03.2008]

⁷⁴ 'This racial group refers to people having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa or other Pacific Islands', source: OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=111> [idem]

La catégorie Hispanique renvoie à des groupes ethniques de pays ou de régions différentes qui auraient une culture commune. On notera également que pour les autorités fédérales, la définition de la catégorie 'Indiens/Alaska d'Amérique' inclut de garder 'un attachement ou une affiliation communautaire'. On notera aussi que l'affiliation raciale est héritée dans la mesure où c'est la race de la mère qui est indiquée sur les certificats de naissance.

Cependant, des erreurs de classification apparaissent, nous dit-on, quand l'identification est réalisée par une tierce personne,⁷⁵ cette erreur se produirait plus souvent pour certains groupes. Cela voudrait dire que l'identification de certaines races est plus fidèle que pour d'autres.

"Sorlie and colleagues compared self-reported race from a personal interview with the race of the decedent as recorded on the death certificate. Race on the death certificate is typically based on observation or proxy reports. High agreement from both sources was evident for Black and White, but 1 in 4 American Indians and 1 in 5 Asian/Pacific Islanders were classified as belonging to another race (mainly W) on the death certificate. Ten percent of selfidentified Hispanic were misclassified as non-Hispanic" (Williams, 2002, p. 588).

L'accord est général et semble ne faire absolument aucun doute : on ne peut confondre un Blanc d'un Noir et vice-versa nous dit-on ci-dessus. Enfin, les labels sont parfois regroupés (homogénéisés) dans une logique oppositionnelle 'Blanc/non-Blanc': "73% of the male-to-female persons identified as non-White, whereas 2/3 of the female-to-male persons identified as White" (Clements-Nolle, 2001, p.917). Selon l'auteur, on s'identifie soit à l'un soit à l'autre. Ou comme ici: "for analytic purposes, this variable was dichotomized to non-Hispanic White versus other" (Goodman et al., 2003, p.1845).

⁷⁵ L'hétéroidentification se fait par un *next of kin*, le médecin ou le directeur des pompes funèbres dans le cas des certificats de décès; la race de l'enfant est équivalente à celle de la mère (indiquée sur les certificats de naissance); ou encore par un membre de la famille ou par tout autre observateur (Krieger et al., 2003).

Le Tableau 1 (p.90) illustre une manière de représenter la population américaine en fonction de l'âge, de la 'race/ethnicité', et de la 'race'. Dans ce Tableau, *White*, *Black*, *American indian* et *Asian/Pacific Islander* incluent (à gauche) ou n'incluent pas (à droite) la composante ethnique *Hispanic*. Cela dit, en général, parmi les documents analysés, les catégories raciales n'incluent pas la composante hispanique : "we used the following mutually exclusive categories : White, Black, AI/AN, and A (none including any Hispanics), and H (from any racial/ethnic group)" (Barbeau et al., 2004, p.270).

Par contre, la 'multiracialité' des Hispanic est reconnue et acceptée. Certaines études parlent simplement de 'minorités' ou encore de 'gens de couleur' ou de 'communautés de couleur' sans plus de précision. La catégorie MRE englobe toutes les catégories 'non-blanche'. Le site de l'OMH concerne les MRE (le groupe 'white' sert de référence mais n'est pas défini). On retrouve dans la plupart des études les catégories *White*, *Black* ou *African-american*, et *Hispanic*, et dans une moindre mesure *American Indians/Native Alaska*, *Asian et Hawaiian*. On retrouve aussi des catégories 'multiple' ou 'mixed' qui sont le plus souvent exclues ou regroupées avec d'autres catégories sous le label 'other'. Par exemple, certains auteurs indiquent: "we grouped survey participants in the trend data analysis into White, Black, or « other race » category. "Other race" included other Aleutian Eskimo/American Indian, Asian/Pacific Islander, and unknown/multiple races" (Caban et al., 2005, p. 1615).

Barbeau et al. (2004) excluent comme beaucoup d'autres de l'échantillon les répondants se déclarant appartenir seulement à d'autres races (*other race only*) ou à de multiples races (*multiple race*). Ou comme ici: "we excluded data for men from other racial/ethnic groups (n=206 "other Hispanic" and "non-Hispanic")" (Howard-Pitney & Winkleby, 2002, p.251).

D'autre part, la classification est dans une certaine mesure relativement flexible : en effet, certaines catégories raciale et ethnique admettent des sous-catégories. C'est ainsi que pour la catégorie *Asian* on retrouve des labels tels que Japonais et Chinois, et pour la catégorie *Hispanic* des labels tels que Mexicains, Portoricains, ou Honduriens. On retrouve également des labels tel que Hmong qui ne sont pas définis ou encore Haïtien dont on ne sait pas à quelle catégorie ce label correspond.

Tableau I. Krieger & Williams, AJP, 2001, 91, p.1209.

102 XJ

TABLE 2—Projections of the US Resident Population (in Thousands) for 2000 by Age, Race/Ethnicity, and Hispanic Origin

Age, y	Total, N (%)	Race/Ethnicity, n (%)				Hispanic Origin, n (%)	Not of Hispanic Origin, by Race, n (%)			
		White	Black	American Indian, Eskimo, and Aleut	Asian and Pacific Islander		White	Black	American Indian, Eskimo, and Aleut	Asian and Pacific Islander
Total	274 634 (100.00)	225 542 (100.00)	35 454 (100.00)	2 402 (100.00)	11 245 (100.00)	31 366 (100.00)	197 061 (100.00)	33 568 (100.00)	2 054 (100.00)	10 584 (100.00)
<1	3 795 (1.38)	2 922 (1.30)	638 (1.80)	43 (1.79)	192 (1.71)	663 (2.11)	2 318 (1.18)	596 (1.78)	37 (1.80)	180 (1.70)
1-4	15 192 (5.53)	11 802 (5.23)	2 489 (7.02)	167 (6.95)	734 (6.53)	2 540 (8.10)	9 489 (4.82)	2 333 (6.95)	143 (6.96)	687 (6.49)
5-14	39 977 (14.56)	31 350 (13.90)	6 333 (1.79)	486 (20.23)	1 826 (16.24)	6 204 (19.78)	25 724 (13.05)	5 963 (17.76)	394 (19.18)	1 693 (16.00)
15-24	38 077 (13.86)	30 169 (13.38)	5 774 (16.29)	429 (17.86)	1 705 (15.16)	5 306 (16.92)	25 355 (12.87)	5 464 (16.28)	361 (17.58)	1 591 (15.03)
25-34	37 233 (13.56)	29 837 (13.23)	5 172 (14.59)	361 (15.03)	1 863 (16.57)	5 181 (16.52)	25 144 (12.76)	4 863 (14.49)	303 (14.75)	1 743 (16.47)
35-44	44 659 (16.26)	36 762 (16.30)	5 649 (15.93)	354 (14.74)	1 894 (16.84)	4 836 (15.42)	32 382 (16.43)	5 347 (15.93)	301 (14.65)	1 794 (16.95)
45-54	37 030 (13.48)	31 248 (13.85)	4 111 (11.60)	263 (10.95)	1 409 (12.53)	3 049 (9.72)	28 485 (14.45)	3 922 (11.68)	231 (11.25)	1 344 (12.70)
55-64	30 531 (11.12)	20 600 (9.13)	2 406 (6.79)	152 (6.33)	803 (7.14)	1 717 (5.47)	19 039 (9.66)	2 301 (6.85)	136 (6.62)	770 (7.28)
65-74	18 136 (6.60)	15 846 (7.03)	1 675 (4.72)	93 (3.87)	522 (4.64)	1 120 (3.57)	14 825 (7.52)	1 608 (4.79)	82 (3.99)	500 (4.72)
75-84	12 315 (4.48)	11 131 (4.94)	890 (2.51)	51 (2.12)	242 (2.15)	568 (1.81)	10 607 (5.38)	863 (2.57)	46 (2.24)	231 (2.18)
≥85	4 259 (1.55)	3 866 (1.71)	317 (0.89)	22 (0.92)	55 (0.49)	183 (0.58)	3 694 (1.87)	310 (0.92)	21 (1.02)	51 (0.48)
Median age	35.7	36.9	29.9	27.6	31.4	27.0	38.4	30.0	28.0	31.6
Mean age	36.5	37.4	31.9	30.5	32.4	29.2	38.6	32.0	30.9	32.6
% Total population	100	82.1	12.9	0.9	4.1	11.4	71.8	12.2	0.8	3.8

Source. US Census Bureau.¹⁵

Racialiser, sanitariser, biologiser et culturaliser les sujets

Comme on peut le constater au Tableau II (p.92) et dans la citation ci-dessous, il existe une double relation, interdépendante, entre le problème à l'étude et chaque catégorie (en fonction du genre et de la race). D'une part les catégories décrivent la variation des deux maladies, et, réciproquement, les maladies décrivent les catégories qui sont caractérisées, ci-dessous, en termes de comportement de santé (la fréquence du tabagisme).

"Smoking prevalence estimates by sex and race/ethnicity were 29% among African American men, 21.3% among African American women, 26.5% among White men, 23.6% among White women, 24.7% among Hispanic men, 13.3% among Hispanic women, 17.9% among Asian/Pacific Islander men, 9.9% among Asian/Pacific Islander women, 41.7% among American Indians men, 38.1% among American Indians women" (Baluja et al., 2003, p. 642).

On obtient donc des catégories d'"hommes africain-américains", de 'femmes africaine-américaines', d'"hommes blancs", de 'femmes blanches', etc. qui fument toutes et tous mais dans des proportions variables. Le tabagisme est à la fois racialisé (et 'genrisé'). Réciproquement, le comportement, dans une certaine mesure, donne vie à la catégorie : ce ne sont effectivement pas des catégories qui fument mais bien des individus qui ont été identifiés comme étant affiliés à des groupes. En somme, le comportement donne une réalité sociale à la catégorie ainsi définie. Et les groupes donnent une dimension collective au comportement. De plus, on compare pour faire apparaître les différences et pour situer les groupes les uns par rapport aux autres : ceux-là fument plus que ceux-ci.

On a donc dans un premier temps décrit le comportement en fonction des catégories raciales (la racialisation). Inversément le comportement décrit la catégorie (la sanitarisation). On arrive avec le second exemple ci-dessous au même constat : la variation de l'obésité et de la dépression sont exprimées en fonction des catégories raciales (et du genre) dans une logique oppositionnelle Blanc/non-Blanc. Réciproquement, la maladie décrit le Blanc et le non-Blanc.

Tableau II. Goodman et al., AJP, 2003, 93, p.1846.

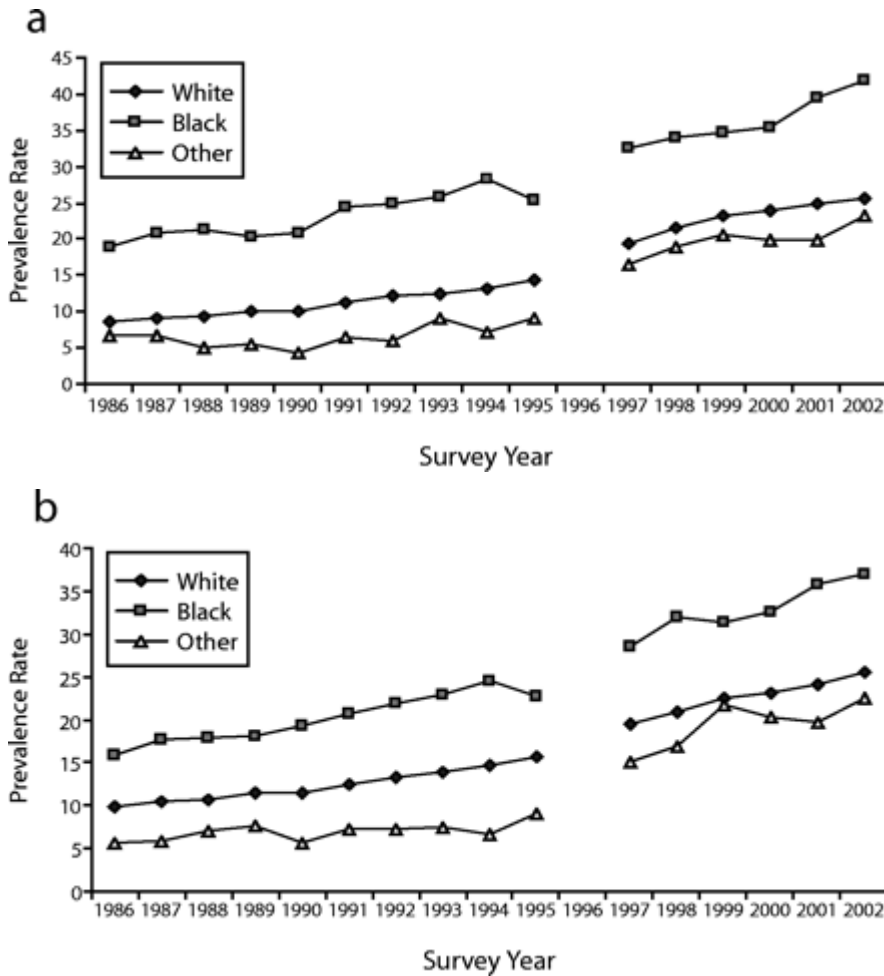
TABLE 1—Prevalence of Adolescent Depression and Obesity Among Adolescents in Wave I of Add Health

	Total Population	White Female	Non-White Female	White Male	Non-White Male
Unweighted N	15,112	4285	3338	4247	3171
Percentage with disease in total population, No. (%)					
Depression	1510 (9.2)	417 (9.5)	456 (12.7)	303 (7.0)	327 (10.0)
Obesity	1543 (10.1)	279 (6.7)	342 (11.5)	477 (11.9)	439 (13.8)
Percentage with disease in top-income-quintile households, No. (%)					
Depression	216 (6.5)	67 (6.6)	47 (10.9)	68 (5.3)	32 (7.0)
Obesity	198 (6.7)	38 (4.3)	31 (6.8)	85 (8.2)	44 (11.6)
Percentage with disease and at least 1 professionally educated parent, No. (%)					
Depression	141 (5.2)	41 (5.6)	34 (7.8)	39 (3.4)	26 (7.1)
Obesity	129 (6.0)	22 (3.6)	23 (6.6)	47 (6.7)	37 (11.8)

Note. Add Health = National Longitudinal Study of Adolescent Health.

L'usage des tableaux, des figures et des chiffres accentue la visibilité de la classification, des oppositions et des différences (Tableau II, p.92 ; Figure 2, p.93). De ces quelques exemples, on en déduit que les 'hommes amérindiens' sont plus souvent fumeurs que les autres, que les 'africains-américains' sont plus souvent obèses que les autres, et que les 'femmes non-blanches' sont plus souvent déprimées que les autres (Tableau II, p.97). Les groupes sont formés dans la comparaison.

Figure 2. "Trends in gender- and race-specific prevalence rates of obesity among working adults, (a) men and (b) women: the National Health Interview Survey, 1986 to 2002". Caban et al. , AJPH, 2005, 95, p.1615.



Les comparaisons visent la maladie (Tableau II, p.92), les comportements, la vie, la mort, les ressources et les opportunités. La connaissance qui est élaborée est toujours relative. Un groupe X est X parce qu'il est plus ou moins (ou différent) que Y (Figure 2, p.93). Le groupe, par les caractéristiques qui lui sont attribuées, existe par l'autre et pour l'autre : "in 2005, the death rate for African Americans was higher than Whites for heart diseases, stroke, cancer, asthma, influenza and pneumonia, diabetes, HIV/AIDS, and homicide" (OMH),⁷⁶ ou encore :

⁷⁶ OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=23> [information téléchargée le 25.03.2008]

"Black female workers were found to have the highest prevalence of obesity relative to "other race" and White workers of both genders" (Caban et al., 2005, p.1618). On parle en effet très peu des similitudes entre les groupes: "because Chicago has a large Hispanic population, we analyzed Hispanic/White disparities as well. However the data (not shown) did not reveal any noticeable trends" (Margellos et al., 2004, p.120). L'accent est plutôt placé sur la *différence* qui est exprimée, comme nous le verrons plus en détails, en termes de nombres dont la visibilité est assurée par les tableaux comme c'est illustré aux Tableaux I (p.90) et II (p.92).

Des chiffres et des risques

Les chiffres, les taux, et les statistiques sont omniprésents quand on fait de la santé publique (voir tous les tableaux). Ces technologies permettent de décrire le problème, d'en démontrer la gravité et l'ampleur (le nombre élevé de personnes affectées), et de guider l'intervention. La maladie, les comportements, ou la mort sont associés aux catégories racialisées par l'entremise de pourcentages et de chiffres et par le biais d'indicateurs standardisés (prévalence et incidence, et taux de morbidité et de mortalité) : "thirty-one percent of Hispanic children, 23% of Black children, 16% of White children, and 14% of Asian children were obese" (Thorpe et al., 2004, p.1497).

Les catégories raciales comme les maladies prennent forme et deviennent visibles et concrètes par le biais des tableaux et des chiffres qui sont des techniques disciplinaires et représentationnelles majeures sinon essentielles. Les variables sont associées et comparées par le biais des chiffres. Les chiffres rendent la différence visible, justifiant par là-même les recommandations. Ce sont les chiffres qui informent les priorités. Comme le risque, avec qui il est associé, le problème est construit dans la comparaison et la quantification : on se comporte plus ou moins que les autres, on est plus ou moins malades que les autres, on meurt plus ou moins que les autres.

C'est la quantification qui permet d'orienter l'intervention: "in the 1960s, 12.1% of Black females were overweight, by the mid-1990s, the percentage had increased to 30.7%" (Adair et Gordon-Larsen, 2001, p.642). Les chiffres permettent de quantifier la différence et de positionner les catégories l'une par rapport à l'autre. C'est la fréquence et la sévérité des maladies qui caractérisent les minorités nous disent Davis et al. (2005).

Toutefois les mesures entre les études sont parfois contradictoires et sont fonction du choix des catégories et du type d'indicateurs. Les tendances entre deux groupes peuvent varier selon la prévalence de la maladie ou à la mortalité due à la maladie (Earp et al. , 2002). D'autres se demandent si les mesures statistiques représentent bien la réalité (et le progrès) ou ne sont-elles qu'une illusion : "Changing to the 2000 Standard Million : Are Declining Racial/Ethnic and Socioeconomic Inequalities in Health Real Progress or Statistical Illusion? (Krieger & Williams, 2001, p.1209).

Le groupe prend aussi de l'importance par sa taille démographique. Le groupe devient un sujet d'intérêt s'il est imposant: "the mere size of the Latina population should be sufficient to increase its emphasis in the women's health research agenda" (Amaro & de la Torre, 2002, p.525). Les auteurs suivants indiquent que certains groupes sont sur-échantillonnés afin d'obtenir des résultats statistiquement fidèles : "NHANES III oversampled the two largest racial/ethnic minority groups in the US – Blacks and Mexican Americans – to produce statistically reliable results for both" (Howard-Pitney & Winkleby, 2002, p.250). La fiabilité de l'étude est elle-même une question de quantité.

Les pratiques, la connaissance (comparaisons, associations statistiques significatives, robustesse de l'échantillon), et l'intervention en santé publique semblent donc être dépendante du nombre. Le choix des catégories raciales paraît effectivement lié aux contraintes statistiques et à la loi des grands nombres : les catégories sont soit fusionnées ou exclues en fonction de la quantité qu'elles représentent. La race (et l'ethnicité) influencerait, nous dit-on, la survenue, la probabilité de survie, et les taux de mortalité de beaucoup de problèmes de santé (Boehmer, 2002, p.1129). La race comme catégorie permettrait donc aussi de prédire la vie et la mort (du groupe).

Selon les auteurs suivants: "AA race was found to be the stronger risk factor for HIV infection: 63% of the AA male-to-female participants were HIV positive" (Clements-Nolle et al., 2001, p.917). La race est ici *la* caractéristique principale qui prédit la survenue de l'infection au HIV. Les facteurs de risque (FRs) ou protectifs sont des caractéristiques ou des circonstances interreliées qui, respectivement, augmentent ou diminuent la probabilité de survenue d'un problème de santé (Davis et al., 2005; Surgeon General, 2001) De plus, écrit-on, le FR doit être modifiable pour que l'on puisse intervenir sur lui (Surgeon General, 2001). L'approche vise à modifier la cause pour prévenir l'événement.

Dans l'extrait suivant, les auteurs nous disent que : "we know little about why some Latino age cohorts and subgroups might have higher mortality risks than others, and investigation of this question could prove important in understanding elevated risks for specific health problems among population subgroups" (Amaro & de la Torre, 2002, p.526). La probabilité de mourir pourrait donc être plus élevée chez certains que chez d'autres.

"It is significant to note that Asian American women have the highest life expectancy (85.8 years) of any other ethnic group in the U.S. Life expectancy varies among Asian subgroups: Filipino (81.5 years), Japanese (84.5 years), and Chinese women (86.1 years). However, Asian Americans contend with numerous factors which may threaten their health" (OMH).⁷⁷

Dans la citation ci-dessus, on nous informe que les 'femmes asiatiques' ont une espérance de vie plus élevée que tous les autres groupes (ici 'ethnique'), malgré des différences importantes au sein des sous-groupes, et malgré un certain nombre de facteurs qui *pourraient* menacer leur santé. Les pratiques mêlent ici la description à la prédiction de la durée de vie et d'une situation éventuellement délétère pour le groupe. On a déterminé la probabilité de la vie mais on a aussi prédit la survenue possible d'une menace.

⁷⁷ OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=29> [information téléchargée le 27.08.2009].

Les facteurs de risque sont des caractéristiques d'ordre biologique, génétique, psychologique ou social, qui peuvent, suggère le Surgeon General (2001), affecter aussi bien l'individu et la famille que la communauté ou la société.⁷⁸ La probabilité de la survenue de maladies mentales dans la 'communauté' (ce terme n'est jamais défini dans les documents) augmenterait en fonction de caractéristiques comme la violence, la pauvreté et la désorganisation qui y règnent, nous dit-on dans le rapport.

On constate dans les documents que le facteur de risque est doublement relatif. Il est calculé sur la base de la proportion des individus qui sont 'atteints' au sein d'un groupe donné : par exemple, 30 % du groupe A est associé à l'événement Y. Cette proportion est ensuite comparée à la proportion des individus 'atteints' d'autres groupes, comme ici :

"American Indian/Alaska Native adults were 2.3 times as likely as white adults to be diagnosed with diabetes. American Indians/Alaska Natives were twice as likely as non-Hispanic whites to die from diabetes in 2005. American Indian/Alaska Native adults were 1.6 times as likely as White adults to be obese" (OMH).⁷⁹

Cela permet aux acteurs de santé publique de comparer les risques entre les populations racialisées (on a affaire à la racialisation du risque pour un événement donné). C'est le pourcentage d'individus 'atteints' dans la catégorie par rapport aux autres catégories qui détermine le risque et la pertinence d'un programme. C'est ce pourcentage qui permet de prédire le risque encouru par le groupe.

Les pratiques font rarement référence à ceux qui ne sont pas 'atteints'. La comparaison efface en quelque sorte les 'non-atteints' et le risque en vient à caractériser le groupe, 'atteints' et 'non-atteints' réunis. Prédire que la race A a plus de probabilité d'être associée à la caractéristique Y que la race B revient à associer A à la caractéristique Y en ignorant ceux qui n'y sont pas associés. La pratique ne se limite donc généralement pas à décrire des associations entre les populations et l'événement que ce soit la maladie, le comportement ou encore la mort.

⁷⁸ Le terme 'culture' est cité dans le texte mais n'apparaît pas dans le tableau.

⁷⁹ OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=26> [information téléchargée le 27.08.2009].

"Risk and protective factors not only vary across individuals, but also across age, gender, and culture...This Supplement focuses on risk and protective factors that disproportionately affect racial and ethnic minorities. Such risk factors include poverty, immigration, violence, racism, and discrimination, whereas protective factors include spirituality and community and family support"(Surgeon General, 2001, p.13).

D'autre part, pour le Surgeon General (2001, p.13), si le racisme est un risque pour la santé il n'en est pour autant une cause. La sanitarisation des groupes racialisés consiste à caractériser les groupes (par le biais des catégories) en calculant celui qui a plus de probabilité d'être malade ou de mourir que les autres et de quoi. On nous dit ci-dessus que le risque varie. Mais ni le risque ni sa variation ne sont posés-là. Le risque est un calcul de probabilité qui vise à prédire la survenue d'un événement. D'autre part la variation est calculée à partir de catégories qui répondent à une classification, et qui elles-mêmes sont censées représenter la différence. Autrement, on applique une *différence a priori* pour mesurer une variation *a posteriori*.

Le recours au normal et à la moyenne

Le groupe *White* représente le plus souvent la norme. La mesure du problème sanitaire se réfère en effet à des normes fixées en fonction de la majorité, nous disent ici les auteurs : "the standard million (equivalent to percent weights in the "total population" column) is driven by the age distribution of the White non-Hispanic population, which comprises 71.8% of the total population" (Krieger & Williams, 2001, Tableau 1, p.1209).⁸⁰ D'autre part, le groupe *White* représente généralement la référence quand on calcule le risque (Clements-Nolle, 2001 ; Kandel et al., 2004).

⁸⁰ Le terme « standard » réfère à une table de référence de la proportion de chaque groupe d'âge dans la population américaine qui a été modifiée aux EU en 2000. Ceci permet aux chercheurs d'ajuster leurs calculs statistiques en fonction de l'âge. Par exemple, la proportion du groupe d'âge 5-14 est passée de 20% (1970) à 14.5% (2000).

Ainsi, un groupe devient hors-norme quand il diffère du groupe *White* (qui représente en général la moyenne) : 'minorities (...) have higher than average HIV and AIDS risk behaviors and higher than average arrest rates' (McClelland et al., 2002). On décrit ici une situation où les comportements des dites minorités sortent de la norme. Ces pratiques servent à identifier les 'groupes' ou les 'communautés' qui sortent de la norme ou qui sont désavantagés ou encore vulnérables afin de tenter de changer la situation. Toutefois, Williams rappelle que le groupe *White*, comme on peut le constater au Tableau III (p.100), est loin de toujours représenter les meilleurs résultats de santé. Dans ce Tableau, on compare, pour une série de maladies, les taux de mortalité entre chaque groupe dit minoritaire et le groupe *White*.

Selon ces chiffres, le groupe *White* meurt plus par suicide que le groupe *Black*, meurt plus par cancer que le groupe *American Indian*, meurt plus pour toutes les causes des maladies citées que le groupe *Asian*, et meurt plus que le groupe *Hispanic* pour les maladies cardio-vasculaires. Et selon l'OMH: "Asian/Pacific Islander men are 40% less likely to have prostate cancer as non-Hispanic white men. Asian/Pacific Islander women are 30% less likely to have breast cancer as non-Hispanic white women".⁸¹ Ainsi chaque groupe est situé par rapport au groupe *White*.

⁸¹ OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=111> (information téléchargée le 20.08.2009).

Tableau III. "Age-Adjusted Mortality Rate (per 100 000) for Non-Hispanic Whites and Minority-White Ratios for Selected Causes of Death: Women in the United States, 1996-1998". Williams, AJP, 2002, 92, p.589.

Cause	White Rate	Black-White Ratio	AmI-White Ratio	API-White Ratio	Hispanic-White Ratio
Heart disease	91.3	1.63	0.80	0.54	0.70
Cancer	108.0	1.21	0.70	0.58	0.60
Homicide	2.2	4.27	2.23	0.95	1.54
HIV/AIDS	0.8	18.75	1.38	0.38	5.00
Suicide	4.7	0.40	1.13	0.70	0.40
Pulmonary disease	19.2	0.68	0.62	0.27	0.35

Note. AmI = American Indian/Alaska Native; API = Asian/Pacific Islander.

Source. National Center for Health Statistics.

Des généralisations

Plusieurs niveaux de généralisation sont acceptés : la majorité, les minorités, le groupe racialisé ou encore les sous-groupes racialisés (par nationalité par exemple). Des auteurs indiquent, par exemple, que "greater public health attention should be focused on the high prevalence of overweight, particularly among minority female adolescent" (Gordon-Larsen, 2001, p.642).

Pourtant, il est bien indiqué dans l'article que : (1) toutes les minorités ne sont pas représentées dans les analyses (2) la proportion des filles des groupes minoritaires à l'étude qui n'ont pas été identifiées 'obèse' est supérieure à celles qui l'ont été, et (3) tous les groupes minoritaires étudiés n'ont pas une prévalence de surpoids supérieure au groupe *White*. Ce ne sont donc pas tous les groupes dits minoritaires qui sont particulièrement concernés par le problème de surpoids. Il semble finalement que le groupe *White* ne soit pas concerné par l'obésité, et la pratique en vient finalement à cibler les minorités.

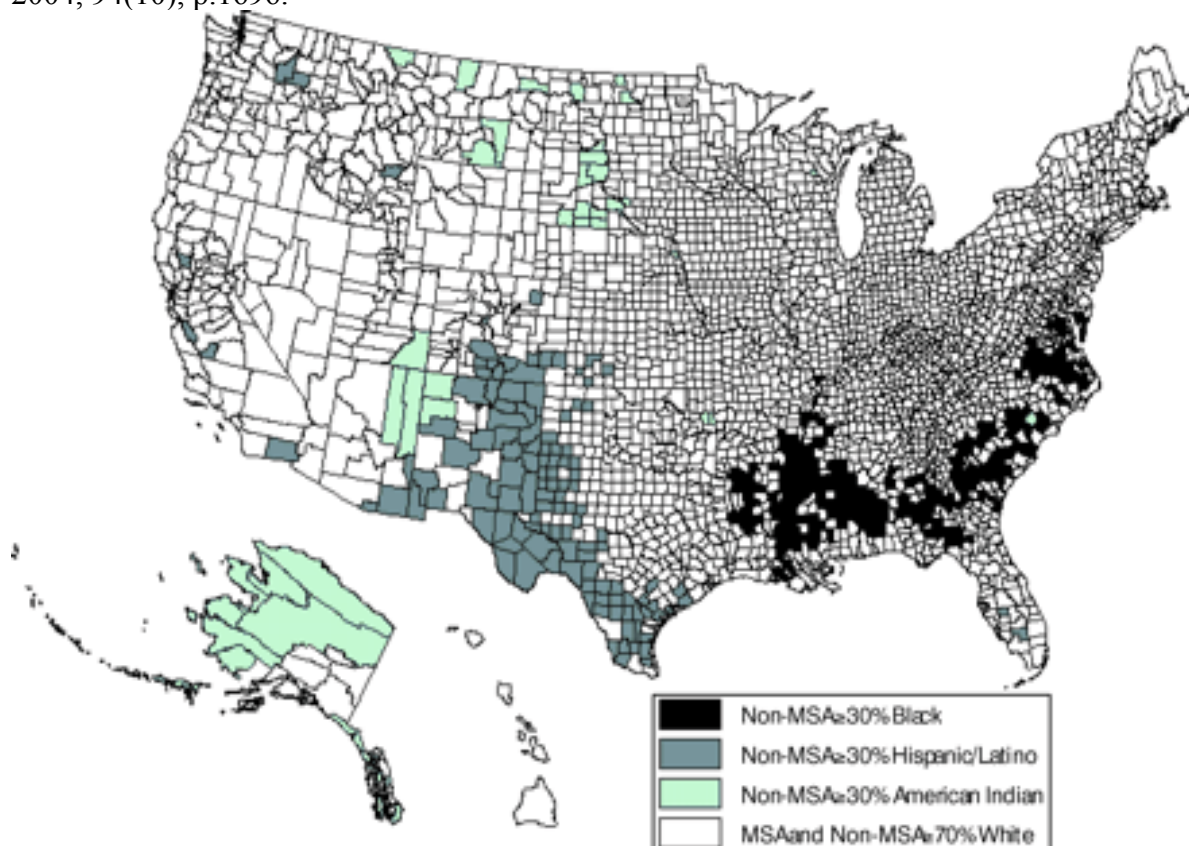
Le recours à l'espace et à l'intemporel

L'espace et l'histoire sont des pratiques représentationnelles de la race pour certains auteurs : "rural racial/ethnic minorities are linked to rural America through ties of land and history, and it is critical that we understand their lives as well as their health" (Probst et al., 2004 p.1701). On notera l'ambiguïté (et le manque de clarté) de tels propos. Que veulent dire les auteurs dont les propos sont également très tautologiques. Cherchent-ils à confiner des groupes dans certains espaces et dans l' 'histoire' ? La racialisation fait de la race une problématique.

Exprimer l'espace en terme racialisé fait partie des pratiques comme c'est illustré à la Figure 3 (p.107) qui présente la répartition des groupes dans les zones rurales dans une logique d'opposition 'majorité/minorités', ceci renforçant me semble-t-il l'imposante présence de la majorité blanche. L'association des groupes et des espaces permet non seulement d'assurer leur visibilité mais aussi de les localiser. Dans la citation ci-dessous, l'espace est exprimé en termes de diversité autrement dit en termes de composition ethnique (on notera ici l'usage du terme 'ethnique' en lieu et place du terme 'race') :

"The western States are the most ethnically diverse in the United States, and they are home to many Latinos, Asian Americans, and American Indians. In the Midwest, which is less ethnically diverse, over 85 percent of the population is white, and most of the remainder is black. This proportion has remained relatively unchanged since the 1970s" (Surgeon General, 2001, p.41).

Figure 3. "Rural counties in which 30% or more of the population is Black, Hispanic, or American Indian/Alaska Native, by race/ethnicity; remaining counties are at least 70% White, 2000. Note. MSA=metropolitan statistical area". Source : Probst et al., AJPH, 2004, 94(10), p.1696.



C'est ainsi que l'intérêt chez Shah et al. (2006), par exemple, est de créer le local en caractérisant des 'aires communautaires' en termes racial et socio-sanitaire : chaque territoire est décrit en termes de pourcentage de catégorie raciale et ethnique, et de caractéristiques socio-économiques et sanitaires (santé/maladie, revenu, éducation, pauvreté et chômage). Par ailleurs, signalent les auteurs : "a strength of this study is that some of the community areas assessed were homogeneous, lending valuable information to assessments of racial and ethnic health disparities" (Shah et al., 2006, p.1489).

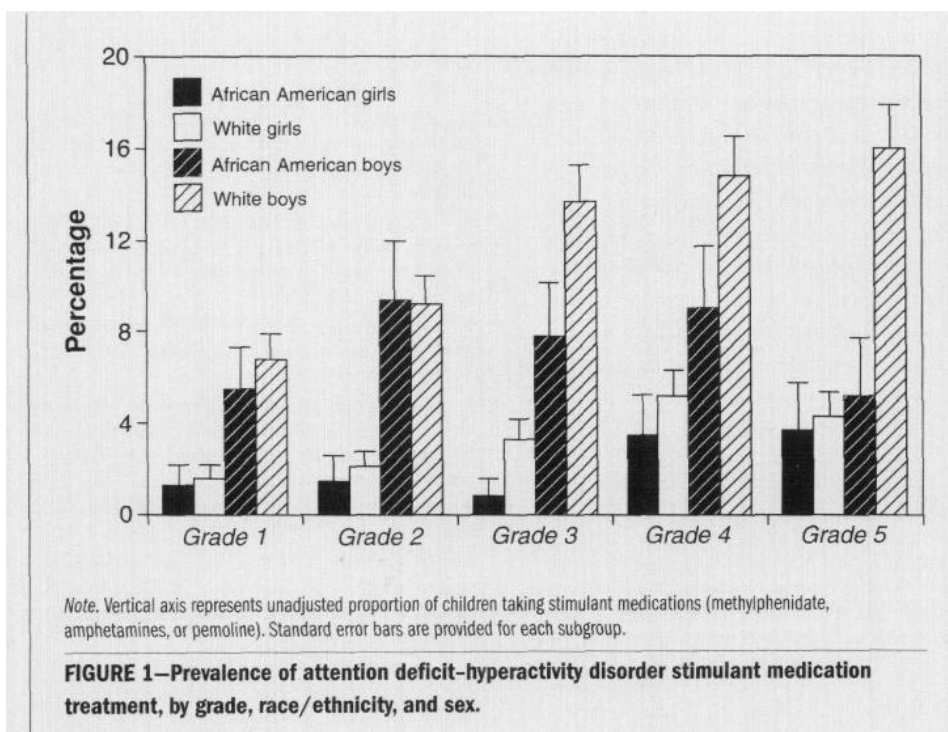
C'est l'homogénéité du local qui intéresse la pratique afin de rendre compte des disparités de santé. Les disparités en somme naissent des différences mais des différences qui n'ont rien de naturelle : on a sélectionné certains quartiers où habitent certains groupes, des indicateurs socio-économiques, et des maladies. Par exemple, on ne retrouve pas dans l'échantillon de quartier pauvre habité en majorité par des gens identifiés *White*.

L'inclusion et l'exclusion

Les pratiques font apparaître ou disparaître les catégories dans l'espace du document. Ce jeu représentationnel permet de cibler certains groupes tout en excluant d'autres groupes. C'est ainsi que les catégories apparaissent ou au contraire se dissolvent tout au long de l'article. Dans l'article de Rowland et al. (2002), il est intéressant de noter les jeux des représentations qui, tour à tour, consistent à faire apparaître puis disparaître les catégories. En effet, on peut observer le mouvement des catégories entre les tableaux et les figures. Quatre catégories, *White*, *Hispanic*, *Black*, et *Other*, ont d'abord été incluses. Ensuite, *Hispanic* et *Other* disparaissent, sans aucune forme d'explication, et les auteurs ne gardent que les groupes *White* et *Black* comme c'est illustré à la Figure 4 (p.104).

Chez Barr et al. (2001), on notera les différences entre les Tableaux IV et V (p.105) où les groupes *White* et *Asian* disparaissent et les groupes *Black* et *Hispanic* restent seuls pour expliquer, en partie selon les auteurs, la variabilité de l'incidence de la tuberculose. Parmi les cas de tuberculose en 1984 et 1992, les groupes *Black* et *Hispanic* sont les plus nombreux et représentent respectivement 54% et 19% des cas (1984), et 53% et 27% (1992). Les cas *White* et *Asian* diminuent par contre nous disent les auteurs pour la même période passant de 18% à 11% pour les premiers et 7.9% à 7.5% pour les seconds. La disparition, d'un tableau à l'autre, des groupes *White* et *Asian* les exonèrent finalement de l'explication de la variabilité de la maladie tandis qu'*a contrario* les deux autres groupes sont associés, comme on le constate dans le Tableau V (p.105), à la tuberculose, à la pauvreté et au sida.

Figure 4. Rowland et al., AJP, 2002, 92(2), p.233.



La décontextualisation

L'association race-santé serait contextuelle dans le temps et dans l'espace, nous dit-on : "among Hispanic groups, research on overweight has shown both generational and geographic-origin differences" (Thorpe et al., 2004, p.1499). Pourtant, des auteurs utilisent des références décontextualisées pour, ensuite, les généraliser à chaque catégorie raciale. Dans l'exemple qui suit, les auteurs utilisent des études réalisées dans différents contextes spatio-temporels (des études réalisées ou publiées avec 20 ans d'écart):

"For example, relative to non-Hispanic White women, Latinas have disproportionately higher rates of cervical cancer (12: 1973-1996 publié en 1998), sexually transmitted diseases (13: données 1997, publiées en 1998), HIV/AIDS (14: 1999), teenage pregnancy (15: 1985), obesity (16: publié en 1994), diabetes (17: publié en 1984), and violence and unintentional injuries (18 et 19 publiées en 1995 et 1998)" (Amaro & de la Torre, 2001, p.526).

Tableaux IV (Table 1) et V (Table 4). Sources : Barr et al., AJP, 2001, 91(9), p.1488 (Table 1) et p.1491 (Table 4).

test. A Poisson regression model was used to estimate the relative increase in TB between time and change in median household income were used to estimate the relative risk of TB

TABLE 1—Characteristics of the New York City Neighborhoods (Block Groups) Included in the Analysis, Based on 1980 and 1990 US Census Data^a

	Neighborhoods in 1980 (n = 5406)		Neighborhoods in 1990 (n = 5482)		Difference From 1980 to 1990
	Mean	SD	Mean	SD	
Population size (persons)	2069	2445	2160	2349	91
Male, %	46.2	4.1	46.8	5.3	0.6
Median age, ^b y	36.6	11.5	36.4	6.4	-0.2
Race/ethnicity					
White, %	54.6	37.3	43.4	36.8	-11.2
African American, %	23.9	32.3	25.5	32.2	1.6
Hispanic, %	18.6	27.1	23.8	24.0	5.2
Asian, %	2.9	7.4	6.8	11.1	3.9
Mean rate of poverty ^c					
Poverty, %	20.1	16.3	19.3	16.4	...
Abject poverty, %	...		10.0	10.2	...
Median household income, 1989 US dollars	23 732	10 951	30 799	15 506	7 067
% With interest or dividend income	...		32.4	19.7	
% Who own home	...		32.4	29.5	
Crowding (persons per bedroom)	1.44	0.28	1.44	0.38	0.0
Foreign-born, %	23.8	14.5	28.6	17.2	4.8
Recent immigrants, %	...		4.5	4.7	
Median AIDS incidence (1984 and 1992 cases, per 100 000)	19.9	27.8	131.0	111.0	111.1
Tuberculosis incidence (1984 and 1992 cases, per 100 000)	20.3	54.8	46.5	87.7	26.2

Note. Ellipses indicate that data are not available.

^aTotals differ slightly from published census and registry data for the city of New York because of the exclusion of 287 block groups in 1980 and 303 block groups in 1990. Results are weighted by the population of the neighborhood.

^bMean age for each block group was estimated as the average of the midpoints of available age brackets weighted by the population in each age bracket.

^cRate of poverty was defined as the percentage of the population of the block group living below the federal poverty line; rate of abject poverty was defined as the percentage of the block group living below half of the federal poverty line.

^dThe definition of the federal poverty line changed between the 1980 and 1990 censuses; therefore, the rates are not directly comparable.

TABLE 4—Multivariate Analysis of Tuberculosis (TB) Incidence and Neighborhood Attributes, by Incidence of AIDS: New York City, 1992

Neighborhood Attribute	RR of TB ^a (95% CI)
Model 1: Neighborhoods With AIDS Incidence > 100 per 100 000 (n = 2526)	
Poverty	1.18 (1.14, 1.23)
Foreign-born	1.01 (0.97, 1.05)
AIDS incidence	1.20 (1.15, 1.26)
African American	1.10 (1.08, 1.13)
Hispanic	1.03 (1.00, 1.06)
Model 2: Neighborhoods With AIDS Incidence < 100 per 100 000 (n = 2944)	
Poverty in neighborhoods with	
13.9% foreign-born (15th percentile)	1.27 (1.17, 1.37)
52.0% foreign-born (85th percentile)	0.97 (0.88, 1.07)
Foreign-born in neighborhoods with	
12.0% in poverty (15th percentile)	1.26 (1.19, 1.34)
21.9% in poverty (85th percentile)	1.10 (1.06, 1.15)
AIDS incidence	1.16 (0.82, 1.65)
African American	1.09 (1.06, 1.13)
Hispanic	1.10 (1.06, 1.13)

Note. RR = relative risk; CI = confidence interval.

^aAdjusted relative risk from Poisson models is per 10% absolute increase in neighborhood attribute (except for AIDS incidence, which is per 100/100 000 increase). The effects of poverty and foreign birth are shown at 15th and 85th percentiles in model 2 because of a significant multiplicative interaction between these variables.

De telles données sont-elles généralisables à tous les contextes pour toutes les femmes de ce groupe indépendamment de la méthodologie ? En effet, certaines études observent une diminution des disparités raciales pour une période donnée au niveau national tandis que d'autres études constatent une augmentation de ces différences au cours de la même période mais au niveau urbain : "trends [des disparités raciales] at the national level and in Chicago appear contradictory ; however, important differences in methodological details and some définitions did not allow direct comparisons" (Margellos et al., 2004, p. 116). D'autres auteurs décontextualisent toute une série de références et les rassemblent sous le label 'minorités'.

La racialisation et la sanitarisation de la discrimination

"Since its inception, America has struggled with its handling of matters related to race, ethnicity, and immigration. The histories of each racial and ethnic minority group attest to long periods of legalized discrimination — and more subtle forms of discrimination — within U.S. borders (Takaki, 1993). Ancestors of many of today's African Americans were forcibly brought to the United States as slaves. The Indian Removal Act of 1830 forced American Indians off their land and onto reservations in remote areas of the country that lacked natural resources and economic opportunities. The Chinese Exclusion Act of 1882 barred immigration from China to the U.S. and denied citizenship to Chinese Americans until it was repealed in 1952. Over 100,000 Japanese Americans were unconstitutionally incarcerated during World War II, yet none was ever shown to be disloyal. Many Mexican Americans, Puerto Ricans, and Pacific Islanders became U.S. citizens through conquest, not choice" (Surgeon General, 2001, p.37).

Le *Surgeon General* suggère dans cet extrait que l'histoire de la nation américaine est liée à la race, à l'ethnicité, à l'immigration, et à la discrimination. On assiste à la reconnaissance par une agence fédérale de l'oppression historique des dites minorités. Cela n'est toutefois pas une règle au sein des pratiques. Toutefois, le processus de formation des objets racialisés n'est pas l'objet d'une réflexion dans le rapport du Surgeon General. Cela veut dire que ce rapport dénonce le racisme tout en racialisant et en reproduisant les races et la *différence*.

Le groupe *White* semble invisible dans cet énoncé mais il est pourtant présent à l'arrière-plan et semble se confondre avec l'Amérique. Ce groupe représente l'opresseur à l'égard de tous les autres, les minorités, dont la santé rajoute le Surgeon General (2001) est encore déterminée par le racisme et la spoliation dont ils ont fait l'objet. La relation d'opposition White versus minorités se confirme. Et l'existence des races également. Aussi, les disparités raciales en santé sont à situer dans l'Histoire des États-Unis, nous dit-on (Krieger, 2003; Thompson, 2001; Surgeon General, 2001).

Aussi, Krieger (2003) indique que c'est bien au nom de la suprématie blanche que plusieurs formes de spoliations notamment culturelles et territoriales ont été justifiées aux ÉU, et la constitution des races est à situer dans ce contexte de domination. On assiste à une sanitarisation du phénomène social qu'est le racisme qui est décrit comme affectant négativement la santé de ceux ou de celles qui en sont la cible, nous dit-on, directement ou indirectement, par le biais du stress qu'il provoque (Hoque et al., 2002), par l'intériorisation des stéréotypes ou encore par les changements de comportements qu'il induit (Amaro & de la Torre, 2002).

Pour certains, les réponses psychologiques (faire face à la discrimination par exemple) varieraient selon l'appartenance raciale (Dole et al., 2004). Et pour d'autres comme le Surgeon General, l'exposition aux inégalités socio-économiques et au racisme ont des effets délétères sur la santé mentale : "ethnic and racial minorities in the United States face a social and economic environment of inequality that includes greater exposure to racism and discrimination, violence, and poverty, all of which take a toll on mental health" (Surgeon General, 2001, p.42).

La sanitarisation du racisme s'accompagne d'une racialisation : le racisme (ou la ségrégation raciale) limite l'accès aux opportunités et aux ressources, aboutit à exposer certains groupes à des conditions environnementales délétères (pollution, substances toxiques); et est associé à la promotion (racialisée) du tabac, d'alcool, ou encore de nourritures de mauvaise qualité; et limite l'accès aux soins de santé de qualité (Amaro et de la Torre, 2001; Dole et al., 2004; Hoque et al; Krieger, 2003; Surgeon General, 2001; Williams 2002). C'est pour cela que certains auteurs encouragent l'usage de la variable race qui leur permet de décrire les disparités mais aussi d'expliquer les conséquences du racisme sur la santé :

"It [abandonner la race comme variable] presumes that the race/ethnicity of persons reporting experiences of racial discrimination is irrelevant, thereby rendering it impossible to distinguish between – or evaluate the health effect of – racial discrimination reported by people of color and that reported by White people" (Krieger, 2003, p.190).

Paradoxalement, peut-être, l'étude des effets socio-sanitaires du racisme s'accompagne de la caractérisation des groupes et forcément de la reproduction de l'idée de race autrement dit de la pertinence d'identifier les personnes et les groupes en fonction de caractéristiques physiques. Le racisme se référerait à des croyances, des attitudes et des pratiques discriminatoires en fonction de caractéristiques physiques, et explique la situation dans laquelle se trouvent les minorités (pauvreté, criminalité et violence) (Surgeon General, 2001).

On est évidemment tenté de penser, vu la définition de la culture donnée dans la section précédente, que le racisme est 'culturel' parmi les gens identifiés *White*. Le racisme du groupe dominant envers les groupes dits minoritaires sert donc aussi à expliquer, tout au moins en partie, les disparités raciales en santé. Selon certains auteurs, il faut prendre en compte l'ordre social pour comprendre les transformations culturelles qui façonnent la santé des groupes en modifiant la socialisation des individus (rôle des genres, de la famille et du support social): le groupe dominant fixe le statut d'infériorité des groupes dominés en leur attribuant certaines caractéristiques (Amaro & de la Torre, 2002). Les relations de pouvoir entre les groupes et les transformations socio-culturelles sont ici traduites en termes sanitaires.

Pour certains, la race est l'une des catégories qui façonne le statut social, statut qui conduit à des variations du risque pour la santé/maladie. Le statut social est donc lui-même racialisé et sanitarisé. D'ailleurs certains justifient l'usage de la race pour suivre l'évolution des disparités et pour mesurer l'impact du racisme sur la santé (Krieger, 2003; Williams, 2002). Cela dit, sa suppression empêcherait-elle vraiment la mesure des effets délétères du racisme, se demande Oppenheimer (2001) ?

Les différences raciales sont parfois exprimées en termes de différences de statut socioéconomique (Mitchell et al. , 2006) et de différences de conditions de vie et d'opportunités (Krieger et al., 2005). Cela dit, certains auteurs notent qu'il y a d'autres indicateurs que le revenu à prendre en compte mesurer de la situation socio-économique : l'accès à la richesse, à la profession, à la qualité de l'éducation, à la stabilité de l'emploi, à la propriété, à l'épargne, à l'héritage, aux investissements, aux possibilités d'emprunts, etc. (Surgeon General, 2001; Williams, 2002).

Certains auteurs mettent l'accent sur l'effet cumulatif et délétère des statuts minoritaires qui se définissent non seulement en fonction de la race/ethnicité mais également du genre et de l'orientation sexuelle qui façonneraient la santé/maladie, les besoins et les comportements : "the omission of race/ethnicity is an important shortcoming within LGBT [Lesbian,/Gay/Bisexual/Transexual] research because dual minority status – sexual and racial/ethnic – affects illness, health needs, and behaviours" (Boehmer, 2002, p.1129). La race en soi ne détermine pas la santé, nous dit Williams (2002). Il faut, pense-t-il, plutôt chercher les explications des disparités raciales en santé dans d'autres facteurs tels que le statut socioéconomique, les soins de santé, les lieux géographiques, la migration et l'acculturation, le racisme, les ressources, et le stress.

Racialiser la biologie, biologiser la race (et l'ethnicité)

La racialisation de la biologie est contestée. La race, qui sous-entend souvent des différences biologiques, devrait plutôt être considérée comme un construit social nous dit-on: "the notion that « race » is a valid, biologically meaningful a priori category has long been - and continues to be - refuted by work in population genetics, anthropology, and sociology" (Krieger, 2003, p.195).

Chaque 'race' aux États-Unis serait d'ailleurs génétiquement hétérogène (Dole et al. 2004). La variation génétique serait plus importante entre les groupes racialisés qu'au sein de chaque groupe. Il y a bien des différences entre les races, peut-on lire dans le rapport du Surgeon General, mais il n'y a cependant pas de critère spécifique, que ce soit d'ordre biologique ou génétique, qui nous permette de les distinguer formellement l'une de l'autre : "[Genetic] variations between groups are being identified [however] these variations cannot be used to distinguish groups from one another...There is overwhelmingly greater genetic variation within a racial group than across racial groups" (Surgeon General, 2001, pp.7-9). Pourtant on identifie bien dans les études les races sur une base physique.

Inversément, certaines pratiques consistent à prendre des mesures anthropométriques des sujets qui sont ensuite classés dans la catégorie raciale ou ethnique à laquelle ils se sont identifiés : dans l'étude qui suit, un indice de masse corporelle est mesuré pour les personnes identifiées comme Hispanic que l'on compare aux personnes identifiées Black, White et ainsi de suite : "thirty-one percent of Hispanic children, 23% of Black children, 16% of White children, and 14% of Asian children were obese. When race-specific obesity rates were examined by grade, Hispanic children had the highest obesity for each grade group" (Thorpe et al., 2004, p.1497). L'obésité est décrite en terme racial et ethnique. Inversément, l'obésité décrit les groupes : chez les enfants l'obésité se rencontrerait plus fréquemment parmi le groupe *Hispanic*.

Autrement dit, le groupe se concrétise par la maladie, et réciproquement le groupe, par le biais des représentations auxquelles il réfère, offre une réalité collective à la maladie. Adair & Gordon-Larsen (2001) énumèrent chaque groupe pour lequel est mesuré la fréquence de l'obésité (par le biais d'un indicateur : le *Body Mass Index*) et les pratiques alimentaires; pratiques qui permettent de comparer les groupes pour montrer les différences. Cela dit, nous dit-on, "Body Mass Index may not have the same relationship with body fatness in all racial/ethnic group" (p.643). Cela voudrait dire que l'index en question ne mesurerait pas la même chose chez tout le monde.

Y aurait-il donc des races et des groupes ethniques qui seraient constitués, biologiquement et physiologiquement, différemment ? Le doute est de mise. Et, d'ailleurs, selon certains auteurs, "biologically, racial differences in insulin action have been documented" (Thorpe et al., 2004, p.1499). Adair & Gordon-Larsen (2001) ciblent deux événements dans leur étude : la maturité sexuelle et le surpoids. La maturité sexuelle est précoce, moyenne ou tardive. Le surpoids se calcule selon l'indice de masse corporelle qui se mesure sur base du poids et de la taille. Les résultats montrent que la maturité sexuelle serait plus précoce et le surpoids serait plus fréquent parmi le groupe X (le doute est créé quant à la relation de causalité entre la première et la seconde). En conséquence, la race X, qui est associée à la fois à la maturité sexuelle précoce et au surpoids, devient implicitement l'explication (biologique) des différences entre les groupes.

Culturaliser à la fois les sujets et l'intervention

La diversité caractérise l'Amérique, pense le secrétaire de la santé (Thompson dans Surgeon General, 2001, p.iii). Selon le Surgeon General, l'unité et l'équilibre de la nation sont liés à celui des états et des communautés qui la composent. On se représente les États-Unis comme un ensemble de races et de groupes ethniques qui ont chacune leur culture et les communautés se côtoient tout en étant bien circonscrites. La diversité raciale/ethnique, nous dit-on, est un défi en termes de services de santé par les différences de culture, de croyances et de langue que cette diversité implique (Diamant et al., 2004; Rowland, 2002).

Il y aurait selon les auteurs, "a great risk that the prevalence of health disparities may increase as the population becomes even more multicultural" (Davis et al., 2005, p.2172). On prédit un avenir plutôt difficile à la multiculturalité et à la diversité qui représenteraient un défi en termes sanitaires à cause des différences qu'elle sous-tend: "America's continued growth in diversity has resulted in a society with broad educational, cultural, language, and economic differences that hinder the ability of some individuals and groups from realizing the gains in health enjoyed by many" (Surgeon

General, 2005). L'auteur semble nous dire ici que la diversité a résulté en une société caractérisée par des différences notamment culturelles qui ont conduit à des disparités de santé. Il me semble que dans cette phrase, comme c'est d'ailleurs souvent le cas, la description et l'explication se superposent. L'accentuation de la diversité, qui n'est d'ailleurs pas définie, ne semble faire aucun doute. Et, la différence culturelle semble faire partie de l'explication des disparités (le fait que tout le monde ne bénéficie pas de la 'bonne santé'). Si cela devait être le cas, comment est-on arrivé à cette conclusion autrement dit comment mesure-t-on la 'culture' en santé publique? Comme la race, nous dit le Surgeon General (2001), la culture (et l'ethnicité) n'a pas de définition ni de signification précise.

De fait, dans les documents analysés, on l'a déjà vu, les limites entre les idées de 'communauté', de 'culture' et de 'race' sont plutôt poreuses, ces termes se superposent, et se réfèrent tous à des groupes. Posons la question différemment : comment circonscrire l'ensemble que l'on caractérise par une culture spécifique ? Krieger et al. (2003), comme d'autres, partent de *l'a priori* que chaque race/ethnicité est un groupe qui possède un héritage culturel commun. De même, écrit le Surgeon General dans son rapport (2001), tout groupe se définit par une même culture : un héritage commun, un ensemble de croyances, de normes et de valeurs ; ou encore par un système de significations partagées.

Les facteurs culturels renvoient dans le rapport du Surgeon General (2001) à l'expérience de la maladie, aux comportements de santé et à la manière de se comporter face aux problèmes, aux représentations de la santé/maladie, et au support social. La culture dominante aux ÉU, pense le Surgeon General, a toujours été celle des blancs d'origine judéo-chrétienne dont les valeurs, les croyances et les normes imprègnent encore aujourd'hui les institutions et les pratiques des soins de santé.

Toutefois, ajoute le Surgeon General, l'Amérique est devenue maintenant plus multiculturelle :⁸² une nation, rajoute le Surgeon General, où des cultures distinctes entretiennent des relations avec la société, une réalité qu'il faille prendre en compte dans les programmes de santé.⁸³ On pourrait donc croire, ici, que ce sont en fait les programmes qui ne répondent pas à la 'diversité'.

La culture ensemble avec d'autres facteurs façonnerait la santé.⁸⁴ On peut évidemment y faire une analogie avec l'idée de race. Mais comment? "Strongly held beliefs are culturally valid and are therefore the basis for people's actions", écrivent Needle et al. (2003). Selon cette approche, il s'agit donc d'étudier la 'culture' du groupe, ici les croyances, afin de pouvoir changer les comportements et finalement les résultats de santé.

On parle dans le rapport du Surgeon General (2001) des cultures comme si elles étaient des entités culturelles ou si l'on veut des groupes culturels ou des régions culturelles : le groupe étant la nation ou la race. On retrouverait une certaine similitude dans la manière d'exprimer la maladie chez les individus d'un pays, d'un continent ou encore d'une même race.⁸⁵ On notera la fluidité de cette proposition théorique,⁸⁶ dans la mesure où les limites de la caractérisation culturelle n'est pas statique (tout en s'arrêtant à la nation ou à la race).

⁸² "The dominant culture for much of U.S. history has centered on the beliefs, norms, and values of white Americans of Judeo-Christian origin, but today's America is much more multicultural in character. Still, its societal institutions, including those that educate and train mental health professionals, have been shaped by white American culture and, in a broader characterization, Western culture. That cultural legacy has left its imprint on how mental health professionals respond to patients in all facets of care, beginning with their very first encounter, the diagnostic interview" (SG, 2001, p.9).

⁸³ "In today's multi-cultural reality, distinct cultures and their relationship to the broader society are not just important for mental health and the mental health system, but for the broader health care system as well" (SG, 2001, p.v).

⁸⁴ Le rapport (SG, 2001, p.26) indique que "mental illness is considered the product of a complex interaction among biological, psychological, social, and cultural factors".

⁸⁵ Ironiquement je trouve, le Surgeon General nous demande toutefois d'éviter de stigmatiser les individus du groupe.

⁸⁶ Ce type de tableau m'en rappelle un autre : celui de 'syndrome méditerranéen', une expression qui était, et qui est peut-être d'ailleurs toujours, utilisée dans la pratique médicale en Belgique et qui consistait à confiner les femmes d'origine méditerranéenne dans ce type de tableau clinique. On ne peut pas faire l'impasse sur le rôle de ce type de pratiques dans la reproduction des représentations.

D'autant plus que, écrit le Surgeon General (2001), si la culture permet de caractériser le groupe, la manière de se comporter (en référence à un groupe) est plutôt dynamique (cela dit, ce principe est très rarement appliqué). Et, selon Amara & de la Torre (2001), la connaissance à propos d'un groupe minoritaire pourrait servir les autres groupes. Les groupes racialisés ne seraient donc pas des entités totalement séparées.

La stratégie d'échantillonnage proposée par les auteurs ci-dessous est supposée appréhender la culture de chaque groupe qui est constituée par la somme des comportements, des croyances et des valeurs individuels: "the samples are designed to be representative of the range of views, values, beliefs, and risk behaviors found in the target neighborhoods or the city as a whole..., the neighborhoods were relatively culturally homogeneous, and the focus was on African Americans" (Needle et al., 2003, p.972). Les comportements diffèrent entre les groupes : ainsi on peut-on lire que "patterns of adolescent cigarette smoking differ substantially among racial/ethnic groups" (Kandel et al., 2004, p.128). L'usage de la mammographie serait moins fréquent chez les femmes afroaméricaines des milieux ruraux chez qui l'on mesure les attitudes et la connaissance en regard du comportement (Earp et al. 2002).

Finalement on construit une culture collective par la somme des comportements associés aux individus qui ont été identifiés comme étant affiliés au groupe. Selon Thorpe et al.(2004) "culturally, differences in attitudes toward weight have been found between racial groups" (p.1497). Et selon d'autres auteurs, "cultural differences also may influence parents' or children's acceptance of using medication to treat ADHD. In addition, difficulties in speaking English may mask inattention symptoms among Hispanic children" (Rowland, 2002, p. 234). Chez, ces derniers auteurs les différences culturelles pourraient expliquer les disparités raciales en santé. Dans le modèle de Van Ryn & Fu (2003), les croyances du professionnel de la santé (et finalement les services et les décisions thérapeutiques) sont influencées par la race/ethnicité du patient.

Dans ce modèle, c'est la race du patient, et sa culture et sa classe qui détermineraient les services reçus. On retiendra donc qu'une 'culture' se définit, dans les documents (si elle est définie, ce qui est loin d'être toujours le cas), comme des pratiques, des croyances, des attitudes ou même des symptômes que l'on retrouverait plus spécifiquement ou plus fréquemment chez certains groupes que chez d'autres. Le groupe étant défini *a priori*, la 'culture' est donc notamment racialisée. C'est la race (ou l'ethnicité ou la nationalité) qui circonscrit la 'culture'.

La culture est comme la race un *a priori* (dans le sens où, si elle est décrite empiriquement, elle n'est pas circonscrite empiriquement). Inversément, à chaque race sa culture : comme c'est le cas avec le processus de sanitarisation, les races sont culturalisées et donc décrites par ce qui définit la 'culture'. Autrement dit, la race permet de circonscire la culture et vice-versa. Et la culture explique (en tout ou en partie) les disparités raciales en santé. Ce sont finalement des propositions théoriques qui sont très tautologiques et qui peuvent être considérées comme des *a priori* pour faire la *différence*. Il n'y a pas un document qui a démontré l'évidence que la culture explique les disparités de santé.

La manière dont les pratiques de santé publique participent à façonner les groupes, par le biais de signes cliniques et d'expressions culturelles spécifiques, est illustrée au Tableau VI (p.116). Il y aurait toutefois, et parfois, des similitudes entre certains groupes. Certains auteurs pensent toutefois que rien ne prouve que la culture détermine bien les comportements de santé (Egede et al. 2003). D'autres pensent de toute façon que : "it is also clear that behaviours do not explain most [racial] disparities in infant mortalities" (Hogue et al., 2002, p.553). Ce ne seraient pas les comportements qui expliquent les disparités raciales nous disent les auteurs.

Tableau VI. "Idioms of Distress and Culture-Bound Syndromes". Source : *Surgeon General* (2001), p.11.

"Idioms of distress are ways in which different cultures express, experience, and cope with feelings of distress. One example is *somatization*, or the expression of distress through physical symptoms (Kirmayer & Young, 1998). Stomach disturbances, excessive gas, palpitations, and chest pain are common forms of *somatization* in Puerto Ricans, Mexican Americans, and whites (Escobar et al., 1987). Some Asian groups express more cardiopulmonary and vestibular symptoms, such as dizziness, vertigo, and blurred vision (Hsu & Folstein, 1997). In Africa and South Asia, *somatization* sometimes takes the form of burning hands and feet, or the experience of worms in the head or ants crawling under the skin (APA, 1994)".

"Culture-bound syndromes are clusters of symptoms much more common in some cultures than in others. For example, some Latino patients, especially women from the Caribbean, display *ataque de nervios*, a condition that includes screaming uncontrollably, attacks of crying, trembling, and verbal or physical aggression. Fainting or seizure-like episodes and suicidal gestures may sometimes accompany these symptoms (Guarnaccia et al., 1993). A culture-bound syndrome from Japan is *taijin kyofusho*, an intense fear that one's body or bodily functions give offense to others. This syndrome is listed as a diagnosis in the Japanese clinical modification of the World Health Organization (WHO) International Classification of Diseases, 10th edition (1993)".

La pratique qui considère chaque race comme une catégorie homogène est questionnée par plusieurs auteurs. Pour certains, l'idée de race ne rend simplement pas compte de la diversité : chaque groupe représente une multiplicité d'histoires et d'expériences (Oppenheimer, 2001; Surgeon General, 2001).

La race comme catégorie ne rendrait pas non plus compte de la variation de la santé/maladie au sein de la population ni des facteurs de risque et des maladies qui affectent différemment les sous-groupes (Amaro & de la Torre, 2002). L'institut de médecine a d'ailleurs suggéré selon Oppenheimer (2001) de remplacer le terme race par celui d'ethnicité, concept qui rendrait mieux compte des comportements, des croyances, des styles de vie et des conditions de vie.

"Sadly, we have seen how theories of cultural determinism can serve to offer explanations – and public policies, including public health policies – consistent with the older school of biological determinism. We would be in danger of replacing racism with "ethnicism" (Oppenheimer, 2001, p.1053).

Toutefois, note Oppenheimer, en remplaçant "racism" par "ethnicism", on ne ferait que remplacer un –isme par un autre. Pour Williams, "it is necessary not only to continue collecting racial/ethnic data but also to assess these social status categories in their full diversity" (Williams, 2002, p.595). En effet, ajoute l'auteur, "there has been limited attention to diversity within the Black population" (Williams, 2002, p. 589). On observe une hétérogénéité (*heterogeneity*) ou une variation de la santé/maladie et des comportements au sein des groupes racial et ethnique en fonction du pays de naissance, du statut d'immigrant, et de l'acculturation (Baluja et al., 2003) (Figure 5, p.118).⁸⁷

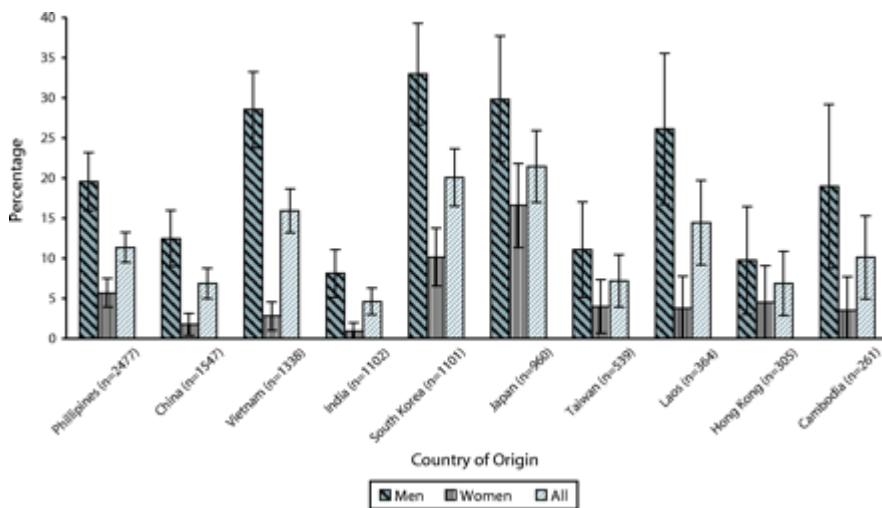
Comme on peut le lire dans le rapport du Surgeon General (2001), les 'cultures minoritaires' adopteraient des éléments de la culture dominante qui se transformerait toutefois aussi, un peu. À cela vient s'ajouter le facteur migratoire qui appellerait à une transformation culturelle, de laquelle émanerait éventuellement une sorte de formation hybride née de l'interaction entre la culture dominante et la culture du groupe minoritaire (Surgeon General, 2001). L'acculturation qui se traduit par un changement des comportements est souvent mesurée par le langage, le pays de naissance, et les années de résidence aux États-Unis (Baluja et al., 2003). Il s'avèrerait ainsi que, pour chaque groupe, les comportements de santé varient en fonction de l'endroit de naissance. Pour certains auteurs, l'exposition à la culture américaine créerait un stress qui viendrait gommer l'avantage initial des nouveaux immigrants (Hoque et al., 2002).

Selon le Surgeon General (2001), "because of the U.S. military presence in the Philippines until 1992, Filipino immigrants are more likely than other Asian immigrants to be acculturated to American ways and to speak English" (p.108). La présence militaire américaine aux Philippines dans le passé aurait donc transformé les immigrants philippins qui seraient devenus plus américains que les autres immigrants asiatiques. Cela dit, inversement, dans quelle mesure l'expérience philippine des militaires américains n'aurait pas transformé la 'culture' de ces derniers ?

⁸⁷ Le terme 'statut immigrant' renvoie au pays de naissance.

On ne dit rien à ce propos. Ce sont les Philippins qui auraient été américanisés, et les Américains seraient restés 'américains'. La transformation semble se faire en faveur du dominant qui tout en étant transformé n'en reste pas moins le dominant. Cela veut-il dire que ces derniers parviendraient à préserver leur culture qui continuerait à caractériser le groupe : "une culture dominante, blanche et judéo-chrétienne", comme le pense le Surgeon General (2001), qui persisterait malgré le développement du multiculturalisme?

Figure 5. "Smoking prevalence rates and confidence intervals among Asian/Pacific Islander immigrants from the 10 most prevalent countries of origin: Current Population Survey (CPS) tobacco use supplements, 1995–1996 and 1998–1999. *Note.* Countries of origin are listed in order from largest to smallest representation in the CPS data set". Source, Baluja et al., *AJPH*, 2003, 93 (4), p.645.



"In the case of many Latinas, linear acculturation models fall short of explaining the complex and fluid nature of identity formation and maintenance of bicultural identities despite external assimilation pressures...these variables do not effectively measure degrees of bicultural identity formation, and shifting identity role" (Amaro & de la Torre, 2001).

Les auteurs ci-dessus pensent qu'il faut plutôt considérer la fluidité de la formation identitaire et le maintien de plusieurs identités malgré les pressions imposées par l'assimilation. Cela dit, on insiste dans les documents sur les transformations de certains groupes plutôt que d'autres (Figure 5, p.118). On met l'accent sur les groupes qui ont une proportion élevée d'individus nés à l'étranger. Cela voudrait dire que c'est l'immigration et l'acculturation qui sont perçues comme des vecteurs de transformation sans que cela ne remette pour autant l'affiliation raciale ou ethnique en question.

Culturaliser l'intervention : pour le meilleur et pour le pire

L'Amérique serait caractérisée par l'égalité des opportunités (Thompson dans Surgeon General, 2001, p.iii). Pourtant, on nous dit que "all Americans - regardless of their race, heritage or gender - should have access to good health information and health services" (Surgeon General, 2007). Il faut, selon Thompson (2001), s'assurer que "all Americans have equal access to high quality health care, including mental health care, is a primary goal of the Department of Health and Human Services"; et pour Corburn, "all people and communities have a right to live, work, and play in places and communities that are safe, healthy, and free of life threatening conditions" (Corburn, 2004, p.544).

Et, selon Northridge (2003), les pratiques de santé publique doivent participer au "development of future public policies to advance environmental equity and improve population health" (p.213). On prône, dans ces quelques extraits, l'égalité entre les races. Les pratiques autour de l'idée de race visent en général, mais pas toujours de manière très précise, à recommander l'intervention en vue de changer une situation : "these findings suggest the need for additional focused intervention efforts in Hispanic communities" (Thorpe et al. 2004, p.1498). Il faut voir ceci comme la prescription d'un traitement, comme une manière de vouloir traiter notamment les disparités de santé.

En effet, selon le Surgeon General, la pratique professionnelle doit tenir compte des spécificités culturelles des MRE : "the studies noted here suggest that better understanding of coping styles among racial and ethnic minorities has implications for the promotion of mental health, the prevention of mental illness, and the nature and severity of mental health problems" (Surgeon General, 2001, p.28). Il n'est toutefois pas évident, pense le Surgeon General (2001), d'isoler les facteurs culturels du contexte social. En effet, ajoute le Surgeon General, les groupes dits minoritaires en seraient venus à développer des pratiques communes dans l'adversité pour s'adapter à la situation. Selon le Secrétaire de la santé, il faut adapter l'intervention aux besoins des races et des cultures (Thompson dans Surgeon General, 2001, p.iii).

Et selon le Surgeon General (2005), il faut élaborer des messages qui soient culturellement adaptés. Selon d'autres, la diversité est un défi qu'il faut relever si l'on veut maintenir la santé et la productivité de la nation, et ceci doit passer par l'amélioration de la santé des communautés de couleur nous dit-on : "as the country becomes more diverse, the reality of a healthy and productive nation will increasingly rely on the ability to keep all Americans healthy and eliminate disparities by improving the health of community of colours" (Davis et al., 2005, p.2172).

Les programmes qui visent par exemple la prévention des maladies doivent tenir compte de la culture des groupes, pensent Caban et al. (2005). Il faudrait en effet transformer les services afin qu'ils puissent répondre aux besoins de la diversité: "it [cultural competence] is a broad-based approach to transform the organization and delivery of all mental health services to meet the diverse needs of all patients" (Surgeon General, 2001, p.36).

Cela veut dire que les besoins et les services sont traduits en termes racialisés : il faut donc caractériser les groupes racialisés pour répondre à leurs besoins. Whaley (2004) suggère, quant à lui, que les "clinicians need to become familiar with these cultural coping response styles to provide effective treatment for Black men"(p.78). Il faudrait adapter les services à la 'culture' de chaque groupe.

Aussi écrit le Surgeon General (2001), les fournisseurs de soins - la plupart sont *White* note le rapport, ont leur propre culture médicale (occidentale). Pour répondre aux besoins, les institutions doivent améliorer leur compétence culturelle, nous dit-on dans le rapport. Notamment, écrit le Surgeon General (2001), en accord avec Mitchell et al. (2006), en assurant une diversification raciale des étudiants et des professions médicales qui seront capables de répondre aux spécificités culturelles des MRE notamment du point de vue de leur langage, de leurs histoires, traditions, croyances et valeurs :

"Advocates, practitioners, and policymakers, driven by widespread awareness of treatment inadequacies for minorities, began to press for a new treatment approach: the delivery of services responsive to the cultural concerns of racial and ethnic minority groups, including their languages, histories, traditions, beliefs, and values" (Surgeon General, 2001, p.36).

On peut voir cette approche culturelle de l'intervention comme une approche thérapeutique. Il faut culturaliser le traitement et par là-même les races, autrement dit les caractériser, les spécifier, les qualifier pour mieux les connaître.

L'intervention visant à promouvoir la mammographie parmi les femmes âgées afro-américaines vivant en milieu rural fait usage d'un matériel qualifié de 'culturellement adapté' ⁸⁸ (Earp et al. , 2002). Ce dernier exemple illustre que les pratiques qui *font* la connaissance sont clairement liées à celles qui *font* l'intervention. Elles s'informent mutuellement. Et toutes ces pratiques sont racialisées. De plus, la culturalisation de la race consiste en fait à adapter l'intervention au groupe défini *a priori* sur une base raciale afin de 'changer' la situation pour'améliorer leur santé. Ce processus va aboutir à la caractérisation non seulement du groupe, mais aussi de l'intervention et finalement de la connaissance, sur une base raciale. Cela dit, ces prétendues caractéristiques sont-elles finalement si différentes entre les groupes, et si c'est le cas, dans quelle mesure elles le sont ?

"Racial/ethnic differences in overweight status suggest the importance of developing interventions that take into account the racial/ethnic differences in social norms regarding body shape, financial resources, support systems, and eating and physical activity patterns" (Neumark-Sztainer, 2002, p.850).

Dans l'énoncé ci-dessus Neumark-Sztainer et al. indiquent que le surpoids varie entre les races : ce constat selon les auteurs pourrait (notez la 'suggestion') être dû à des différences de normes sociales entre les groupes. Les auteurs sont passés de la description à l'explication, et finalement à la prescription d'une intervention culturalisée, en suggérant de prendre en compte les différences culturelles entre les groupes.

L'intervention, qu'elle vise à prévenir ou à traiter la maladie, lit-on ci-dessous dans le rapport du Surgeon General (2001), doit prendre en compte les caractéristiques raciales et culturelles des patients,⁸⁹ leur identité culturelle, leur besoin thérapeutique, et leurs facteurs de risques culturellement spécifiques comme le manque de culture, la perte d'identité ethnique et la confusion culturelle.

"Key elements of therapeutic success depend on rapport and on the clinicians' understanding of patients' cultural identity, social supports, self-esteem, and reticence about treatment due to societal stigma (p.36)... recent evidence suggests that African Americans and white Americans sometimes have different dosage needs (p.66)...These preventive interventions take into account culture-specific risk factors: lack of cultural and spiritual development, loss of ethnic identity, cultural confusion, and acculturation" (p.94).

Beaucoup de ces termes ne sont pas très clairs et même parfois vides de sens me semble-t-il. En effet, qu'est-ce que la 'confusion culturelle' ou le 'manque de développement culturel ?

"Rapid assessment is designed to shorten the gap between research for specific programmatic purposes and the implementation of sound intervention strategies, emphasizing the adaptation of interventions to local cultures and conditions" (Needle et al., 2003, p.970).

⁸⁸ Traduction libre pour *culturally sensitive*.

⁸⁹ On remarquera que le Surgeon General racise et culturalise autant l'individu que le groupe (ou que la 'communauté').

La culture est à la fois la cause et la solution du problème. Il faut si l'on en croit le Surgeon General ci-dessous, re-culturaliser les communautés autochtones qui sont maintenant à risque d'avoir perdu leur culture : "with increasing frequency, entire Indian and Native communities have become both the setting and the agent of change in attempts to ameliorate situations of risk and to prevent mental illness" (Surgeon General, 2001, p.94). Être culturellement adapté signifie pour les fournisseurs de soins d'acquérir une connaissance à la fois culturelle et raciale. Le fournisseur de services doit acquérir non seulement une compétence clinique mais aussi des compétences linguistique, communicationnelle et de confiance pour répondre à la diversité.

Pour comprendre l'"autre", pour lui fournir un service adapté, il doit d'abord l'avoir défini et caractérisé comme on peut le lire dans le rapport du Surgeon General (2001, p.36) par le biais de son identité, de son estime de soi, et de ces réticences. Ou alors, éventuellement, le fournisseur de soins doit être de la même race : "the patient pool of any health care provider tends to mirror the provider's own racial and ethnic background. As such, the provider can play a catalytic role as a community spokesperson, addressing key health problems and service needs" (Surgeon General, 2005).

Blanchard et al. (2005) suggèrent que le champ lui-même doit s'adapter à la diversité raciale. Il faut adapter les services à la diversité. Le problème de la race trouve sa solution dans la race. Selon le Surgeon General, il s'agit de changer "the racial and ethnic composition of the workforce to meet patient and community needs" (Surgeon General, 2005). C'est aussi l'avis de certains chercheurs: "several publications have shown the importance of a racially diverse workforce for improving underserved population's access to care" (Mitchell et al., 2006, p.2093).

Les recommandations de Davis et al. (2005) est d'utiliser un outil spécifiquement élaboré pour les communautés vulnérables qui permettrait d'identifier ses propres problèmes pour les aider à les contourner. On demande finalement à la communauté de se caractériser pour mieux s'adapter. C'est évidemment relativement paradoxal en

sachant que, comme le suggèrent également les auteurs, le problème qui affecte les communautés dites minoritaires est notamment lié au racisme.

"THRIVE-a toolkit for health and resilience in vulnerable environments - is a community resilience assessment tool that helps communities identify and foster elements and characteristics in the community environment that promote positive health and safety outcomes for racial and ethnic minorities" (Davis et al., 2005, p.2168).

Parler d'égalité entre les groupes racialisés peut être qualifié d'oxymore dans la mesure où, on l'a vu, l'idée de race renvoie à la fois à la différence et à l'inégalité. En effet, pour Oppenheimer ci-dessous, l'idée de race (et celle d'ethnicité) sous-entend des relations inégales dont la diversité viendra peut-être à bout :

"Over time, perhaps, the growing diversity of our population and the growing power of these different groups may force the United States to redefine the social relations inherent in the terms "race", "ethnicity", and "ethnic groups" to ones of greater equality" (Oppenheimer, 2001, p.1054).

Si la culturalisation des groupes et l'adaptation des services est perçue comme vecteurs de changements, la pratique fait également appel à une meilleure collaboration par le biais de termes comme la 'communication' et la 'participation'. Les groupes sont des cas uniques et spécifiques qu'il faut traiter séparément. Certains auteurs voient en effet la participation comme essentielle à l'élaboration et à l'implantation de programmes de santé publique 'culturellement adaptés' pour atténuer nous disent les auteurs une situation de crise comme l'épidémie de VIH/sida: "properly used, this approach [la stratégie participative] helps to address some of the distrust and resistance to participation in public health programs encountered in racial and ethnic minority communities" (Needle et al., 2003, p.970).

La collaboration devrait donc pouvoir aider à contourner le manque de confiance des MRE envers les institutions de santé publique. Selon les auteurs suivants: "the challenge of community-based research partnerships is to overcome historical breaches of trust and discrepancies in power to build relationships across boundaries of race and class (Metzler et al., 2003, p.809).

Les pratiques ne semblent pas épargnées par la discrimination si l'on en croit les extraits qui suivent: "in the words of a Brentwood employee, "Three words: honesty, diligence, and respect .We never got any of those three. If you treat, I don't care what color you are" (Blanchard et al., 2005, p.495).

Et les auteurs suivants indiquent que le traitement médical discriminatoire serait une source de disparités de santé :

"Racial/ethnic disparities have been extensively documented in relation to cardiac tests, diagnoses, and procedures, with several studies revealing significant provider contributions to these disparities via treatment recommendations and clinical decisionmaking" (Van Ryn & Fu, 2003, p. 249).

Pour Hoque et al.: "infant mortality gradually came to be seen as a problem among minorities and therefore not important or of national interest" (p.552). Enfin pour Metzler at al. (2003), il existe une relation de pouvoir entre les chercheurs, les agences de financement et les institutions, dont les postes à responsabilité sont en général occupés par des Blancs éduqués, et les partenaires communautaires qui ont eux en général moins d'éducation.

Cela dit, Whaley (2004) exprime un doute qui contraste avec la certitude souvent exprimée : les acteurs de santé publique sont-ils sincères quand ils indiquent vouloir éliminer les disparités de santé ? "Critical factors to increasing [Black men] trust are, first, acknowledgment of racial biases in the mental health system and, second, sincere efforts to eliminate racial disparities in mental health treatment" (p.81). Le discours n'est pas simplement descriptif ; il est aussi prescriptif dans la mesure où il recommande à la santé publique de changer des pratiques afin d'améliorer la collaboration avec les minorités : "public health officials and others should begin now to develop the kinds of relationships necessary to communicate with a range of diverse groups... All parties should feel that they are treated fairly and without bias" (Blanchard et al., 2005, p.495).

Enfin, les auteurs cherchent à rendre la collaboration visible dans l'espace documentaire que Mezler et al. (2003) représentent comme un vaste dispositif de collaboration : un réseau de partenariats mis en place pour collaborer avec les communautés dites de couleur (par le biais de centres communautaires) et qui rassemble des institutions de recherche urbaines et fédérale, des groupes liés aux églises, des groupes d'activistes, les départements de santé de trois villes, des hôpitaux, des écoles de médecine, les institutions de surveillance gouvernementales fédérales, et d'autres groupes de la société civile (p.804).

La création d'un 'autre' racialisé

La connaissance et les recommandations sont issues de pratiques qui participent à créer, à identifier et à cibler le groupe, ses problèmes et ses besoins. Les catégories raciales sont utilisées pour identifier les gens et les groupes, mais aussi pour identifier le problème sanitaire (décrire, expliquer et traiter). Réciproquement, on assiste à une sanitarisaiton des catégories qui consiste à les transformer et à leur donner une forme sanitaire ou plus exactement socio-sanitaire et à les transformés en objets racialisés et sanitarisés. Aussi, la connaissance et l'intervention doivent être élaborées afin de refléter l' 'image' de chaque groupe pour assurer le changement des comportements. Pour mieux se comporter en santé.

Mais c'est justement ici que *faire* de la santé publique participe à *faire* les races : la description de cette 'image' constitue, en même temps, l'objet. L'objet prend forme dans sa sanitarisaiton et sa culturalisation autrement dit dans la description autant sanitaire que culturelle. On a identifié des individus qui sont affiliés à des groupes que l'on caractérise dans la pratique. L'élaboration de stéréotypes serait une pratique universelle chez l'humain, nous dit-on. "There is a massive body of research on social categorization and stereotyping demonstrating that humans universally apply stereotypes when making sense of other people" (Van Ryne & Fu, 2003, p.250). On est en droit de se demander si les pratiques scientifiques obéissent à ce constat qui veut que la stigmatisation accompagne la catégorisation ?

La réponse est très certainement oui dans la mesure où en santé publique les pratiques se doivent d'identifier ce qui sort de la normale, de la moyenne, ceux qui se comportent différemment ou qui ne se comportent pas en santé, ceux qui vivent moins ou celles qui meurent plus. Les pratiques aboutissent finalement à la caractérisation d'un 'autre racialisé'.

Ce genre de pratique est illustré sur le site de l'OMH qui nous présente le profil de chacune des populations dites minoritaires (chacune correspondant à un groupe racial ou ethnique) en fonction de caractéristiques démographiques (le nombre, le territoire, et l'âge) ; socio-économiques (l'éducation, le revenu et la taille moyenne des familles) ; les comportements (tabac, alcool, obésité); les causes de mortalité et les facteurs de risque liés aux maladies suivantes : le cancer, le diabète, la maladie cardio-vasculaire, le VIH/sida; la vaccination, la mortalité infantile; et les accidents vasculaires cérébraux.⁹⁰

L' 'autre', le 'non-Blanc', ne représente toutefois pas un tout homogène, il varie, il n'est pas toujours le même. La composition de cet 'autre' change en effet selon les études. Certaines études indiquent des différences de résultats de santé/maladie, de comportements, de l'espérance de vie, et du taux de mortalité entre les dites minorités. Cet 'autre' a d'ailleurs parfois des meilleurs résultats de santé que le Blanc. Les pratiques aboutissent à une hiérarchisation sanitaire dont l'ordre est toutefois variable. On l'a vu : la racialisation consiste à classer et à opposer. Ceci apparaît clairement dans le texte de Needle et al. (2003): *Rapid Assessment of the HIV/AIDS Crisis in Racial and Ethnic Minority Communities: An Approach for Timely Community Interventions*. Ici, d'une approche ethnographique, les auteurs étudient les pratiques culturelles des 'minorités'. L' 'autre' est représenté par les groupes Africain-américain, Haïtien et Hispanique.

Cette méthodologie d'évaluation rapide, nous informant les auteurs, est utilisée dans le cadre de certaines urgences sanitaires notamment en Afrique sub-saharienne afin de décrire les comportements à risque et d'adapter les interventions aux cultures et aux

⁹⁰ Voir onglet 'Minority Populations', site de l'OMH, <http://www.omhrc.gov/>

conditions locales, nous apprend-on: "rapid assessment can be designed to complement the standard public health surveillance and response systems of developed countries in a number of ways" (Needle et al., 2003, p.970). Une analogie apparaît clairement entre la population 'non-occidentale' (notamment celle de l'Afrique sub-saharienne) et les 'minorités'. D'autre part, les pratiques reproduisent l'image binaire d'un monde dit développé où la santé publique opère selon certaines normes par rapport à celle d'un monde implicitement non-développé.

Les auteurs créent une connaissance racialisée et le local en désignant chaque groupe et en leur assignant des caractéristiques culturelles en fonction du temps et de l'espace. On définit le local pour y étudier un ensemble de pratiques. La fin justifie les moyens : afin de dénoncer l'injustice chaque groupe est enfermé dans un schème représentationnel qui conduit à des stéréotypes : "as the proportion of racial/ethnic minority residents in a community increases so do poverty, education disadvantage, and isolation in the community overall" (Probst et al. 2004, p.1697).

Le groupe *White* est systématiquement représenté comme un groupe plus riche : "in comparison with White women in this sample, African American women were somewhat less educated, younger, much less likely to be married, more likely to be obese, and more likely to be living in poverty" (Dole et al.,2004, p.1359). Ou encore: "it has been documented that impoverished and racial/ethnic minority populations receive substandard health care compared with their more affluent White counterparts" (Mitchell et al., 2006, p.2093).

D'autre part, si, comme nous l'avons vu, les pratiques se réfèrent au racisme comme ayant été historiquement l'œuvre du groupe *White*, les autres en sont plutôt la victime. On ne parle effectivement pas de racisme de la part des 'minorités', qui sont plutôt idéalisées comme ici le groupe *Black* qui aurait une fibre humanitaire : "compared with Whites students, Black students tended to place a higher premium on « the opportunity to serve vulnerable and low-income populations" and to view low-income individuals as potential patients less negatively" (Mitchell et al., 2006).

Cela dit, la dénonciation du racisme ne provoque-t-il pas un effet pervers à savoir la reproduction des stéréotypes comme ici : "we are just common black workers. We're poor black workers... We're just poor, stupid people that don't get anything".⁹¹ L'"autre racialisé' est souvent représenté comme étant 'pauvre', ou 'moins éduqué', ou 'désavantagé' ou encore qualifié de 'vulnérable': "a silent epidemic of oral diseases is affecting our most vulnerable citizens - poor children, the elderly, and many members of racial and ethnic minority groups" (Surgeon General, 2005).

Ou encore, "minorities, inner-city residents, homeless persons, mentally ill persons, young adults – especially young women (...) all have higher than average HIV and AIDS risk behaviors and higher than average arrest rates" (McClelland et al., 2002); et "both prevention and care remain suboptimal for Blacks, Hispanics, women, the uninsured, the Medicaid-insured, injection drug users, and persons who acquired HIV/AIDS through heterosexual contact" (Needle et al., 2003, p.971). Dans ces extraits, les stéréotypes sont construits par un mouvement analogique entre différentes catégories sociales - les 'minorités', et les 'enfants pauvres', les 'aînés', les 'sans-abris', les 'malades mentaux' et les 'jeunes femmes' ; ou encore les 'Noirs' et les 'Hispaniques', et les 'femmes', ceux qui n'ont 'pas d'assurance', et les 'usagers de drogue intraveineuse'.

Toutefois, dans de rares cas, les énoncés s'orientent vers le même: "by 1997, there was no longer a gap in high school graduation rates between African Americans and whites" (Surgeon General, 2001, p.55) ou encore à valoriser le groupe qui est généralement dévalorisé: "whereas African American have the highest levels of television viewing, they also have among the highest rates of newspaper-reading and radio-listening patterns" (Bennett, 2006, p.1684). D'autre part, le groupe *White*, et a fortiori les hommes de ce groupe, ne sont pour ainsi dire jamais considérés comme un groupe prioritaire ou associé au risque. En effet, si le groupe *White* était effectivement le groupe qui place les 'autres' à risque, pourquoi, par exemple, ne pas mener des campagnes de santé publique contre le racisme ?

⁹¹ Participant malentendant de Brentwood, cité par Blanchard et al., 2005, p.493.

Au contraire, les pratiques visent plus particulièrement les 'minorités'. C'est ainsi que ce sont les filles identifiées *Black* qui méritent le plus d'attention de la part de la santé publique écrivent par exemple Adair & Gordon-Larsen (2001). On ne dit pas grand-chose à propos du groupe dit majoritaire, qui est englobé dans la population générale, si ce n'est pour servir de comparaison. Les auteurs insistent plutôt et d'ailleurs très fréquemment (à six reprises dans cet article) sur le lien entre une maturité sexuelle précoce plus fréquemment observée pour parmi le groupe identifié *Black*.

On assiste ici, également, à une sexualisation de ce groupe dans la mesure où ces filles sont décrites comme étant 'sexuellement mûre' plus jeune que les autres (avec toutes les suppositions que cela peut entraîner de la part du lecteur). Peu d'études recommandent de s'adresser à la fois aux 'minorités' et à la 'majorité' comme c'est le cas chez Barbeau et al. (2004). Toutefois, les auteurs ne proposent pas d'activités d'éducation de la santé qui ne cibleraient que les personnes identifiées *White* alors qu'il s'agit du groupe chez qui le tabagisme paraît être le plus important. Par ailleurs, chez Barr et al. (2001), le groupe *Black* est systématiquement associé non seulement à la pauvreté, mais aussi au sida et à la tuberculose.

Il s'agit bien d'un pouvoir représentationnel de la part des auteurs qui passe par la quantification, les tableaux, le choix des procédures analytiques, et le pouvoir d'inclure ou d'exclure. Chez Kandel et al. (2004), les interactions entre l'ethnicité et la délinquance, et l'ethnicité et les attitudes scolaires sont uniquement calculées pour Hispanic. Chez Levine et al. (2007), un index socioéconomique n'est mesuré que pour la catégorie *Black*,⁹² alors que d'autres catégories font partie de l'étude. Aussi l'unique, le local, la nature et le lointain apporte de l'exotisme au discours du Surgeon General. Les pratiques répondent à une logique oppositionnelle entre le centre et la périphérie, et la science et la nature.

⁹² Cet index a été calculé sur la base du nombre de personnes *Black* qui n'ont pas de diplôme secondaire (high school), le % de *Black* ayant un revenu sous le seuil de pauvreté, le revenu per capita des *Black*, le taux de pauvreté *Black : White*, le coefficient gini pour prédire la mortalité des *Black* et les taux de mortalité *Black : White*.

"You know the characteristics unique to Alaska that make the delivery of services challenging. Literally, you know the Alaskan landscape: its geography, land mass, its remote outposts - in fact, I am scheduled to visit "the bush" tomorrow - and I will learn firsthand some of your climate challenges" (Surgeon General, 2007).

Chez Caban et al. (2005), la profession et l'obésité sont exprimées en terme racial. Malgré l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans tous les groupes professionnels indépendamment de la race et du genre nous disent les auteurs, chaque groupe professionnel est présenté non seulement en fonction de la prévalence de l'obésité mais aussi du pourcentage de personne identifiées *Black* (chez qui le taux de prévalence de l'obésité est le plus élevé). Par ailleurs les professions qui sont stigmatisées sont celles qui sont associées à un taux élevé de personnes du groupe *Black*.

La stigmatisation et par là-même la construction des 'minorités' passent par la manière de représenter ou tout au moins de nous faire imaginer les possibilités des comportements associés à cette catégorie. C'est ainsi que des auteurs suggèrent des taux anormalement élevés de maladies sexuellement transmissibles parmi certains groupes (Amaro & de la Torre, 2002) tandis que d'autres indiquent que les comportements liés au VIH/sida (et donc à la sexualité et/ou à l'usage de drogue intraveineuse) ou encore à la criminalité seraient anormalement fréquents parmi les 'minorités' : "minorities ... have higher than average HIV and AIDS risk behaviors and higher than average arrest rates (McClelland et al., 2002).

Dans l'introduction de l'article de Needle et al. (2003), les dites minorités sont d'emblée considérées à risque. Ce n'est pas le cas pour les femmes du groupe identifié *White* qui le deviennent pourtant par la suite et qui prennent en quelque sorte le relai de l'anormalité. Dans l'introduction on est en dehors de la prison, on y rentre par la suite, au fil du texte. C'est alors que le groupe *White* devient anormal : durant la phase d'institutionnalisation carcérale avec laquelle le document finit par se confondre. Sur le site de l'OMH chaque population minoritaire est caractérisée par le biais d'indicateurs socio-économiques toujours dans une logique oppositionnelle :

"According to 2007 Census data, the median family income of Asian American families is \$15,600 higher than the national median income for all households. 10 percent of Asian Americans compared to 8.2 percent of non-Hispanic Whites live at the poverty. 2.2 percent of Asian Americans compared to 1.3 percent of Caucasians live on public assistance".

On notera également l'interchangeabilité des termes *Whites* et *Caucasians*. Le groupe *apparaît* par les chiffres et des indicateurs et parce qu'il est différent des autres: "it is significant to note that in comparison to other ethnic groups, Native Hawaiians/ Pacific Islanders have higher rates of smoking, alcohol consumption, and obesity".⁹³ La spécificité de X est de se comporter différemment de Y ou des autres, et cette spécificité est attribuée au groupe par la voie des indicateurs et des statistiques.

⁹³ Source : OMH, <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=111> [info téléchargée le 27.08.2009].

Chapitre 5

La racialisation, entre pouvoir, pratique et savoir

"Discourse is not just a speech; it is embedded in a historical and cultural context and expressed often in the frame of a scenario or cultural performance. It is about practice; the practice of science (...). Insofar as the discourse evolves it begins to affect the practice."
Obeyesekere, 1992, p.650

Le discours a le pouvoir de façonner les pratiques (Veyne, 2008), mais avec elles, le discours change. En santé publique aux États-Unis, les représentations en regard de la 'race' ne sont pas tout à fait comme avant. Il semble, toutefois, que certaines pratiques persistent. Comme les résultats le montrent, la racialisation permet de marquer la *différence*, et les processus de sanitarisation et de culturalisation de la caractériser. Cette thèse suggère qu'il n'y a pas de races (ou de différence raciale) sans racialisation, un ensemble d'opérations qui aboutit à la formation d'objets auxquels les gens s'identifient éventuellement.

Dans cette section, quelques pratiques des sciences sociales qui ont participé à façonner la race comme objet de discours depuis la fin du 19^{ème} siècle sont discutées. La racialisation est ensuite située par rapport au pouvoir sur la vie et au pouvoir sur la mort. Enfin, la pratique du comptage est discutée tout en dressant un parallèle entre la santé publique aux États-Unis aujourd'hui et l'administration coloniale en Inde hier.

La racialisation : entre continuité et discontinuité

L'Histoire de la santé publique préfacée par Fee (1993) est une réédition d'un livre écrit par Rosen 35 ans plus tôt, en 1958. À cette époque, la race faisait partie du discours de la santé publique depuis au moins un siècle : pourtant, Rosen a décidé à la fin des années 1950 de ne pas en parler.

Le même Rosen, en collaboration avec Bullough, a pourtant bien traité de la race dans un autre livre publié en 1992, *Preventive Medicine in the United States 1900-1990*, dans lequel les auteurs constatent que "the higher black mortality rates relative to whites were caused primarily by the extreme poverty and deprivation of Southern Blacks" ou encore que "some [South-East Asians] have been tortured, and many have come with significant health problems, including a high incidence of hepatitis" (p.89-92). En quelques pages (six au total), Bullough & Rosen (1992) parlent de disparités de santé, et énumèrent des groupes dits minoritaires (*Black, Native Americans, Hispanics, et South-East Asians*) qui sont qualifiés de groupes désavantagés, pauvres, démunis et en mauvaise santé par rapport aux *Anglos* ou *Whites* qui, eux, sont riches et puissants.

D'autre part, la discrimination et l'esclavagisme, écrivent Bullough et Rosen, ont terrifié, déshumanisé, enchaîné, brutalisé, et humilié les esclaves et détruit l'esprit de ceux qui ont survécu, et endommagé les structures familiales ainsi que leur héritage culturel: "Blacks had a much more difficult time working their way up from the bottom rung of the socioeconomic ladder. This was partly because their experiences as slaves and sharecroppers had not prepared them for industrial society" (p.89). C'est la condition sociale des Noirs qui a été une barrière à leur ascension sociale, prétendent les auteurs.

Les auteurs se réfèrent aux Amérindiens en parlant des territoires perdus. La division de santé du 'bureau des Affaires indiennes' a été transférée dans les services fédéraux de santé publique en 1955, ce qui permet, selon les auteurs, de réduire les taux de mortalité infantile. En parlant du groupe hispanique, qui inclut des personnes originaires du Mexique, de Porto-Rico, de Cuba et des autres pays du centre et du sud de l'Amérique, les auteurs se réfèrent à des immigrants légaux et illégaux et des travailleurs dans le milieu de l'agriculture; et des Asiatiques du sud-est à des réfugiés dont certains ont été torturés. En quelques pages, les auteurs dressent un portrait plutôt stéréotypé de chaque groupe tout en décrivant des problèmes et en célébrant le progrès et l'œuvre de la santé publique.

L'approche des auteurs est ici historique et sociale, un type d'approche que j'ai observé dans certains documents analysés. Au début du 19^{ème} siècle, les pratiques de santé publique se situaient dans une perspective plutôt écologique (Frohlich, Corin, & Potvin, 2001). Celles-ci ont progressivement fait place à une approche biomédicale. Le développement de la recherche médicale, des universités et des carrières académiques a catalysé l'émergence d'une révolution épistémologique au sein de la médecine qui a ainsi pu prétendre au statut de science.

La théorie de l'étiologie spécifique assumait que chaque maladie pouvait s'expliquer par une cause spécifique et nécessaire : la pratique de santé publique allait se concentrer dans les laboratoires (Afifi & Breslow, 1994 ; Kunitz, 2007 ; MacDonald, 2004).⁹⁴ L'apparition de cette nouvelle théorie a permis aux professionnels de la santé, écrit Oppenheimer (2001), de prétendre que certains étaient plus susceptibles à certaines maladies que d'autres, et représentaient ainsi une source de contagiosité pour le reste de la population.

Les débats relativement à la mortalité infantile aux États-Unis ont accompagné et ont suivi le développement du mouvement de réforme sanitaire (1850-1870), particulièrement durant la période qualifiée de *Progressive era* (1900-1920). Le discours sur le bien-être des enfants aux États-Unis s'est démarqué des autres pays, selon Meckel (1997), par l'attention particulière pour la question raciale. Beaucoup de professionnels de la santé et certains anthropologues durant la période couvrant la fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle, écrit Meckel, associaient le déclin de la santé des Noirs à leur émancipation et à des caractéristiques raciales innées (biologique, comportementale et mentale). C'est ici la condition raciale qui est vue comme étant la cause de la maladie. J'ai pu constater que la tendance à considérer la race comme un risque pour la santé est encore présente aujourd'hui dans les études de la santé publique.

⁹⁴ Selon Murakami (1993), cette approche étiologique, comme celle de la théorie de la contagiosité, a rencontré pas mal de résistance au 19^{ème} siècle de la part des défenseurs de l'approche sociale de la santé/maladie dans la mesure où, selon ces derniers, l'amélioration des conditions était plus importante que la détermination de l'agent pathogène des épidémies.

Au début du 20^{ème} siècle, rajoute Meckel (1997), les premiers opposants aux thèses évolutionnistes, qui répondaient plutôt aux principes progressistes de la réforme sanitaire, renvoyaient plutôt le mauvais état de santé des Noirs aux conditions sanitaires insalubres et à la pauvreté qui caractérisaient l'immigration des populations dites noires vers les milieux urbains depuis la fin de la guerre civile. L'un d'entre-eux, Franz Boas, anthropologue, suggérait qu' "everything points out that these qualities [les comportements, les habitudes et le statut de santé des noirs] are the result of social conditions rather than hereditary traits" (Franz Boas, 1905 cité par Meckel, 1997, p.79). Aussi, l'inégalité des relations sociales était suggérée par certains médecins.

Selon Brattain (2007), on peut noter un changement durant la période de l'entre-deux guerres dans la manière dont les anthropologues, les sociologues, les biologistes et les généticiens ont étudié la variation humaine. En biologie, écrit Brattain, la recherche s'est orientée vers une approche plus complexe de la descendance de l'humanité qui s'est enracinée dans la génétique des populations. Dans les sciences sociales, on insistait plus à cette époque, écrit Brattain, sur le rôle de l'environnement, des préjugés et des relations sociales pour expliquer la variation des comportements humains. Dans *Race and Culture*, un recueil de textes publiés à cette époque, Park (1950), sociologue de l'École de Chicago, décrivait les Blancs et les Noirs comme deux groupes homogènes et différents à la fois physiquement et culturellement.

Dans ce livre, Park (1950) a discuté de la race par le biais du concept des relations raciales dans lequel on retrouve les idées de compétition et de conflit déjà discutées par Tocqueville. Selon Bibeau (2004), le principe de compétition, qui renvoie à la notion de lutte pour la vie de Malthus,⁹⁵ est présent dans la théorie de l'adaptation de Darwin. Park définissait la race comme une manière de penser (Takeuchi & Gage, 2003), comme une 'conscience raciale' (*race consciousness*) qui est associée à des traits physiques qui indiquent l'identité et l'appartenance des gens à une communauté donnée.

⁹⁵ André Pichot, cité dans le journal du CNRS, suggère quant à lui que : « la seconde moitié du 19^{ème} siècle a vu le triomphe du libéralisme économique, et Darwin a apporté à celui-ci un argument de poids en lui donnant un fondement naturel ». Source : Le journal du CNRS no 227, 2008, p.20.

Du Bois (2004) soutient, quant à lui, dans un livre publié au début du 20^{ème} siècle que l'Amérique est

"un monde qui ne lui concède aucune vraie conscience de soi, mais qui, au contraire, ne le laisse s'appréhender qu'à travers la révélation de l'autre monde. C'est une conscience bizarre, cette conscience dédoublée, ce sentiment de constamment se regarder par les yeux d'un autre, de mesurer son âme à l'aune d'un monde qui vous considère comme un spectacle, avec un amusement teinté de pitié méprisante" (p.11).

Les relations raciales étaient caractérisées aux États-Unis, selon Park (1950), par une relation de pouvoir façonnant l'ordre d'une société stratifiée selon la couleur de la peau, et l'idéologie raciale à cette époque visait encore, tenant compte des variations géographiques, le nationalisme, la domination, la pureté et le prestige des Blancs, et la servitude et l'infériorité des Noirs, tout en refusant l'égalité socio-politique des uns et des autres. Du Bois voyait dans la «Querelle des races», selon Bessone (dans Du Bois, 2004), "l'opposition tranchée entre les dominants et les dominés, quels qu'ils soient et d'où qu'ils viennent" (p.305).

L'idée de culture est rentrée dans le vocabulaire scientifique à cette époque aux États-Unis, pensent Takeuchi et Gage (2003), pour expliquer les différences raciales et aider à reformuler une nouvelle théorie des relations raciales. Malgré leur désir de s'éloigner de la notion de race, pensent Takeuchi et Gage (2003), "Chicago sociologists ironically held on to notions of white racial superiority and the inferiority of "others" (non-White groups), evidenced by their theory of assimilation" (p.437).

La tendance pour les sciences à hiérarchiser les races aurait toutefois montré des signes de déclin durant la période de l'entre-deux guerres pensent Barkan (1992) et Brattain (2007). Selon Barkan, les déclarations de l'UNESCO du début des années 1950 illustrent un changement de perspective de la part de la majorité des scientifiques : les explications biologiques ont fait place à l'analyse culturelle, et la hiérarchisation raciale n'est plus perçue comme absolue. C'est encore le cas aujourd'hui, comme le suggèrent les analyses, en ajoutant toutefois qu'en santé publique l'analyse est aussi sociale.

Selon Stepan (1982) "by the 1950s, it appeared that the obsession of scientists with human racial differences was a thing of the past" (p.ix), et dans le même ordre d'idée, Todorov (2005) pense que le racialisme a duré jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle. Lévi-Strauss fût l'un des invités qui se réunirent à Paris en 1949 dans l'espoir de rédiger un texte à l'encontre du racisme scientifique. Une initiative de l'UNESCO qui visait initialement à faire front contre la perspective à la fois scientifique et biologique de la race qui avait servi de fondements aux horreurs perpétrées par le nazisme. Dans sa contribution, *Race et histoire*, Lévi-Strauss (1952) pense que les races ne sont pas biologiquement distinctes et réfute le caractère inné de la race.

Dans cet essai, Lévi-Strauss renvoie les races à des populations de souches différentes dont l'originalité tient à leur contexte historique, géographique et sociologique. Pour Lévi-Strauss, l'humanité se caractérise avant tout par la diversité, diversité qui a des aspects aussi bien biologique qu'esthétique, culturel, sociologique et intellectuel, dimensions entre lesquelles il n'existe toutefois pas, insiste Lévi-Strauss, de relation de cause à effets. L'auteur pense également que les races ne rendent pas compte de la diversité de l'humanité qui se caractériserait plutôt par la diversité culturelle, une idée de la *différence* que l'on retrouve aujourd'hui encore dans les documents de la santé publique.

Les déclarations de l'UNESCO, écrit Barkan (1992), ont réfuté les arguments scientifiques du racisme. Toutefois rajoute l'auteur, si les déclarations défendent l'égalité des capacités mentales entre les races, et l'absence de corrélation entre nationalités, religions et races, la perspective biologique de cette idée n'a pas disparu.

"In the end, however, most proved unwilling to question the validity of race as a natural category. The second statement recanted the first group's social constructivist position, returned to a biological definition of race, and, significantly, also affirmed older scientific traditions (and languages) by noting differences between "non-literate" and "more civilized" people on intelligence tests. Although the final statement was clearly a rebuttal to a certain style of scientific racism, it was not the straightforward repudiation of racial thinking that UNESCO planners had initially envisioned" (Brattain, 2007, p.1388).

Brattain indique dans cet extrait que très peu de scientifiques à l'époque de l'initiative de l'UNESCO furent finalement prêts à désavouer la race comme catégorie scientifique, et que la perspective constructiviste de la race fut finalement écartée. Cependant, cet épisode illustre finalement très bien l'aspect à la fois construit et politique de la connaissance.

Aujourd'hui, le discours sur la race en santé publique met en jeu un ensemble de dispositifs, les institutions, les lois, les normes, les programmes, et les techniques disciplinaires, qui conduisent à la construction des objets de connaissance auxquels les départements gouvernementaux, l'armée et la science donnent un statut de vérité et d'autorité. Il y a dix ans, Fullilove (1998) suggérait à la santé publique de se passer de la race comme catégorie compte tenu des pratiques racistes qui lui sont associées. Mais, nous l'avons vu, on assiste au contraire à une intensification de son usage.

Le discours contemporain à propos de la race semble s'être éloigné du déterminisme biologique du 19^{ème} siècle. Il y a actuellement une tendance à qualifier le racisme du type de celui de Watson obsolète et malvenu. On parle aujourd'hui en santé publique de l'idée de race en termes de diversité culturelle, de disparités de santé et de racisme. On qualifie également la race de construit social. La santé publique propose un discours plutôt hétérogène qui offre des perspectives biologiques, culturelles, et socio-économiques des disparités raciales en santé.

Il est aujourd'hui accepté sans être toutefois une règle de parler du racisme comme une explication des disparités raciales en santé. Mais les sujets sont toujours identifiés dans les études en fonction de caractéristiques physiques qui correspondent à des identités sociales. Ceci pousse Bibeau (2004) à évoquer un retour du racisme dans les sciences dans la mesure où l'on continue à identifier les personnes et les groupes selon des caractéristiques physiques. De plus on constate en santé publique une tendance à considérer les races, l'ethnicité et les cultures comme des *a priori*, comme des groupes posés là dans la nature.

La description des disparités raciales en santé comme un fait accompli ne fait que légitimer les pratiques qui les constituent. Plus globalement, la connaissance racialisée légitime, semble-t-il, le discours et les pratiques. C'est ici que la dimension politique de la santé publique comme pratique intervient en tant que "connaissance orientée vers l'action, une expertise au service de la décision" (Fassin, 2005, p.50). On assiste à un discours culturel, un discours sur la diversité, à propos des relations raciales, mais on parle très peu de relations de classes si ce n'est par la voie de la pauvreté ou du statut socio-économique. On parle dans les documents des méfaits du racisme, mais très peu du capitalisme. On renvoie les disparités de santé à la diversité et nettement moins aux inégalités socio-économiques.

Par ailleurs, prenant le cas des déclarations de l'UNESCO, Brattain (2007) pense qu'il faille historiciser autant la race que le racisme, et même l'antiracisme, pense l'auteure, qui est enraciné dans les mêmes formations sociales et est aussi politique et opportuniste que le précédent. Brattain, se référant à Thomas Holt (2000), relève la tendance des scientifiques à considérer le racisme comme un phénomène naturel et fixe. Il est pourtant essentiel de comprendre, selon Brattain, que la race peut être redéfinie par des scientifiques qui sont pourtant unis contre le racisme scientifique comme à l'époque de l'après-seconde guerre mondiale. Il faut donc étudier le lien entre le racisme et la race.

D'autre part, suggère Brattain (2007, p.1388) citant Fields (2003), l'approche, qui vise à considérer la race à la fois comme un construit social et une catégorie analytique valide, court le risque, même pour l'étude du racisme, de réifier le concept et finalement de reproduire une chose que l'on dénonçait comme étant une catégorie idéologique. Pour éviter cela, Brattain suggère de questionner non seulement les pratiques passées, mais également les pratiques présentes, incluant notre propre manière de penser la race. En somme, c'est le processus de racialisation et les pratiques qui s'en imprègnent qu'il faut questionner.

La racialisation et l'antagonisme des pouvoirs

"Le savoir médical justifie un pouvoir, ce pouvoir met en action le savoir et tout un dispositif de lois, de droits, de règlements, de pratiques, et institutionnalise le tout comme étant la vérité elle-même."

Veyne, 2008, p.50

Le pouvoir de l'État s'exprime et se trouve renforcé par les institutions et par les lois de santé publique (Hart, 2002). Dans le contexte d'une société pluraliste, l'instauration de normes est une forme reconnue de pouvoir (Fee, 1993a; Freidson, 1974). Le gouvernement est un acteur et un collaborateur qui se donne le rôle de guide, de stratège et d'organisme de financements, des financements lui donnent le pouvoir de contrôler certaines opérations dont celles de la connaissance. D'autre part, le HHS met en œuvre un ensemble de ressources (fédérales et autres) qui lui permettent de contrôler, dans une certaine mesure tout au moins, non seulement la production de la connaissance mais aussi sa visibilité.

Le pouvoir politique donne un statut et un rôle à la race et à la santé publique : celui d'éliminer les disparités de santé. Partant de là, il est difficile de sortir de la logique raciale. Le discours politique légitime des pratiques qui consistent à décrire et à expliquer les disparités. Et le discours sur la race impose une manière de penser la *différence* que la santé publique, par ses pratiques, perpétue. Douglas (1986) note que les institutions imposent leur classification (et la signification qui y est associée), une situation contre laquelle les individus ont bien de la difficulté à résister. La connaissance racialisée est créée par un ensemble institutionnel - politique, légal, militaire, scientifique et sanitaire (médical, anthropologique, sociologique, statistique, épidémiologique, etc.). Les espaces associatifs et ecclésiastiques semblent aussi faire partie des institutions de la racialisation.

Lee (2005) montre que la présence du marché financier, notamment pharmacologique, participe à la constitution d'une *structure de la racialisation* : BiDil est un médicament vasodilatateur qui a récemment été recommandé par la *US Food and Drug Administration* (FDA) pour les Africain-Américains. Molina (2006) note pour sa part la collaboration de plusieurs institutions, dont celle de santé publique, pour élaborer ce que l'auteur nomme un "racially based agenda" (la tentative du contrôle des naissances par exemple au début du 20^{ème} siècle) ou ce que Foucault appelle le biopouvoir. L'auteure suggère également que, par le passé, en confinant les problèmes socio sanitaires à certains espaces, les acteurs de santé publique ont, par leurs pratiques, insufflé dans les discours politique, médiatique et législatif des éléments qui ont servi à légitimer et à renforcer la hiérarchie raciale et, conséquemment, la ségrégation : "in sorting out how and where this group would fit in a space promoted to white Americans only, the racial category "Chinese" became a powerful organizing principle" (p.23).

Aujourd'hui, la description et la répétition *ad nauseum* que les quartiers où l'on retrouve une certaine proportion de 'minorités' sont des quartiers *à risque* ne sont-elles pas des pratiques qui renforcent les stéréotypes et qui reproduisent les oppositions et la *différence* ? Prétextant que les professionnels de la santé publique ne peuvent prétendre éradiquer la pauvreté et la discrimination, Bullough et Rosen (1992) suggèrent d'élaborer des interventions qui soient attentives aux spécificités culturelles des groupes minoritaires. Mais, comme le rappelle très justement Fassin (2005, p.51), "ces choix auront des conséquences sur la manière de répondre au problème sanitaire". Insister sur l'intervention éducative ou faire le choix d'un discours culturaliste plutôt que de mettre l'accent sur les aspects délétères du capitalisme est un choix politique.

Foucault (1999) décrit les propriétés du discours pénal dont le pouvoir de déterminer la vie et la mort, pouvoir acquis par le statut de vérité de ce discours, statut qui lui est offert par sa dimension scientifique. La racialisation confère ainsi à la santé publique un pouvoir de déterminer la vie et la mort, la santé et la maladie, les bons comportements et les mauvais comportements, les bons styles et les mauvais styles de vie. Et, un pouvoir de déterminer les races qui vivront plus longtemps et les races qui mourront plus vite.

En d'autres termes, la racialisation offre un pouvoir de prédiction à la santé publique, la prédiction étant l'une de ses principales fonctions. La racialisation peut être vue comme une fonction d'un pouvoir épistémologique qui aboutit à l'élaboration d'une connaissance racialisée. Molina (2006) suggère quant à elle que les groupes racialisés ont représenté par le passé une opportunité de renforcer le pouvoir et le prestige de la santé publique :

"Although public health officials stigmatized Mexicans and Japanese as « ignorant classes » whose unsanitary behaviors contributed to the spread of diseases, they also recognized in these immigrants populations an opportunity for expanding the department's power and prestige" (p.53).

La racialisation : entre pouvoir sur la vie et pouvoir sur la mort

En accord avec le cadre théorique, la fragmentation est une fonction d'un mécanisme du pouvoir de l'État, le racisme, qui permet d'établir une relation de type biologique entre la vie des uns et la mort des autres (Foucault, 1997), et les résultats suggèrent que la santé publique, par ses pratiques, participe à reproduire ce processus de racialisation. Fee (1993) nous rappelle que les services de santé publique en Alabama ont, il n'y a pas si longtemps, procédé à une expérimentation qui a consisté à observer l'évolution clinique, sans traitement, de quatre cents patients noirs qui souffraient de syphilis. Cette expérimentation débutée en 1932 n'a été arrêtée qu'en 1972, longtemps après que l'antibiothérapie à la pénicilline se soit pourtant révélée bénéfique pour traiter cette maladie potentiellement mortelle.

La santé publique comme pratique culturelle (Fassin, 2005, p.45) a toujours une propension à diviser, et à opposer et situer les groupes racialisés les uns aux autres tout en les redéfinissant en termes sanitaires. La racialisation est un processus qui constitue des objets racialisés. Fassin (2005) pense que la santé publique est exposée à la culturalisation car elle "porte en elle une forte dimension morale d'agir pour le bien de l'humanité" (p.45). La santé publique serait-elle maintenant 'exposée' à la racialisation par intérêt humanitaire ou égalitaire, c'est-à-dire non pas seulement pour laisser mourir l' 'autre' mais aussi pour le faire vivre ?

Autrement dit, la racialisation serait-elle devenue, partiellement tout au moins, une fonction d'un pouvoir sur la vie, en d'autres termes la racialisation serait-elle devenue une fonction du biopouvoir ? On fragmenterait aujourd'hui la population pour permettre de faire vivre tout le monde, tenant compte de la couleur de peau. Cela voudrait alors dire que la relation à l' 'autre' se serait en partie modifiée. On ne considérerait plus tout à fait la mort de l' 'autre' comme acceptable et comme une chose "qui va rendre la vie en général plus saine" (Foucault, 1997, p.228).

Les analyses indiquent que la racialisation répond à une classification standardisée par l'État qui s'accompagne de l'élaboration et de la mise en place de programmes de santé publique notamment d'éducation pour changer les comportements, une éducation qui est elle-même racialisée. La racialisation semble de ce fait exprimer autant un pouvoir sur la vie qu'un pouvoir sur la mort. Cela amène évidemment à un paradoxe. D'une part, la racialisation serait mise en œuvre pour une question de justice sociale, et ne pas le faire, comme le note Lee (2005) pour la recherche biomédicale, ne permettrait pas d'implanter des services pour des besoins spécifiques ou de rendre compte des disparités.

La justice sociale justifierait non seulement la racialisation mais aussi la connaissance racialisée. On se servirait du badge de couleur, et de l'histoire de ces effets (Appiah, 1996) aussi pour faire vivre. Et pour paraphraser Foucault (1976), la race comme le sexe, à la jonction du corps et de la population, deviendrait "une cible centrale pour un pouvoir qui s'organise autour de la gestion de la vie plutôt que de la menace de mort". La race "serait un accès à la fois à la vie du corps et à la vie de l'espèce" (pp.192-193), espèce entendue ici comme un ensemble de 'races humaines' qui sont égales.

Cela dit, la racialisation serait aussi, en même-temps, un pouvoir peut-être pas sur la mort mais en tous les cas pour laisser mourir. Nous en avons lu quelques exemples dans les résultats notamment via Blanchard et al. (2005) : les pratiques de santé publique persistent, semble-t-il, à favoriser certains aux dépens d'autres.

La race est une idée, comme le propose Foucault (1976) en relation à la sexualité, qui "a été prise en charge par le discours", un discours qui s'est développé pour justifier les colonialismes modernes. Ces idées permettent l'une comme l'autre au pouvoir de cibler à la fois les corps et les groupes. On l'a vu dans le prologue, on parle aujourd'hui dans les sciences de la race comme une chose que l'on se doit de tolérer (l'antiracisme), et comme une chose "à gérer, à insérer dans des systèmes d'utilité, à régler pour le plus grand bien de tous" (Foucault, 1976, p.35).

Il y a comme pour la sexualité une incitation politique et technique à parler de race, on l'a vu chez Fee (1993b). La race en santé publique est utile : autant comme moyen épistémologique pour créer la connaissance que comme pouvoir pour *faire la différence*. La race est de fait prise en charge dans le discours analytique de la santé publique, autant pour décrire que pour expliquer. Mais aussi pour recommander : on prescrit des traitements, des messages éducatifs qui sont, par exemple, dirigés vers des groupes que la racialisation permet de viser. La race comme *différence* est institutionnalisée : par là, on nous dit comment la penser. C'est devenu une manière normale de penser la *différence* qui est rarement questionnée.

La santé publique comme institution, comme pratique et comme savoir a le pouvoir de perpétuer, de renforcer et de reproduire la race comme une manière de penser, de décrire, d'expliquer et de traiter la *différence*. La race devient également un moyen de parler d'égalité. C'est un des nombreux paradoxes de la race : elle désunit autant qu'elle unit. Ceci étant bien évidemment très ambigu dans la mesure où la racialisation comme fragmentation est une arme du pouvoir qui a légitimé des massacres et des conquêtes. L'idée de race est aussi bien, on l'a vu, une technologie de la mort que de la vie. On reconnaît aujourd'hui le mal du passé (le racisme) tout en identifiant la nécessité de 'faire le bien' et tout en cherchant à contrôler les subjectivités. Comme un moyen pour mesurer, pour adapter, et pour répondre à des besoins spécifiques. Institutionnalisée, la race apparaît comme un moyen d'étudier et de gérer les phénomènes populationnels (la vie, la mort, la santé, la maladie, la natalité).

On nous dit en santé publique que la santé/maladie, la vie et la mort, sont liées à des comportements, à des soins mais aussi à la diversité. La conduite des populations est prise comme objet d'analyse et comme cible de l'intervention. La race comme variable permet l'analyse pour mesurer et mettre en évidence les différences et les changements. Toutefois l'objet n'est plus la conduite en général et pour tous mais la conduite de chaque population : c'est ainsi que l'objet d'analyse se déplace vers des populations spécifiques qui en deviennent les cibles. Comme la sexualité, la race est devenue un problème public : les institutions et leurs pratiques doivent être culturellement adaptées, la profession médicale doit être racialement, ethniquement et culturellement diversifiée. L'idée de race ne consiste plus seulement à hiérarchiser mais elle doit aussi être le garant de la tolérance et de l'égalité.

L'idée de race est formée par un ensemble de dispositifs : non seulement des technologies disciplinaires qui sont à l'origine d'un savoir (des risques, des durées de vie, des maladies, des comportements), mais aussi des services à fournir, des rapports, des conférences, des programmes, des livres, des plans, des recherches, des institutions, des normes, et des lois. On peut dire que, pour reprendre le terme de Foucault (1976), la santé publique *suscite* des discours sur la race qui sont eux-mêmes associés aux thèmes de la diversité et des inégalités. L'idée de race est devenue tour à tour objet de conquête et de soumission, objet de discrimination, objet de mort et objet de vie, objet d'analyse et de savoir, objet d'organisation sociale, objet d'équité, et objet d'intervention.

Cela dit, la connaissance racialisée est produite par des pratiques qui visent non seulement à distinguer les gens à partir de différences physiques et à des fins de regroupement, mais aussi, et surtout, à positionner les groupes en fonction de ces différences. Des pratiques qui engagent des descriptions, des explications, des prédictions (de la santé/maladie, de la vie et de la mort), des idées et des théories dont l'orientation influenceront l'action. La racialisation est déjà en soi une action politique sachant que ce processus entraîne et aboutit à un positionnement et à une hiérarchisation des groupes les uns par rapport aux autres. En ce sens, la santé publique comme pratique est politique et redéfinit l'ordre social et les identités sociales.

L'énumération et le comptage pour discipliner les corps

En tant qu'institution, il est reconnu que la santé publique exerce une forme de contrôle sur la population (Foucault, 1976; Fassin, 1998). On peut voir, comme le suggère Appadurai (2005), les techniques standardisées d'énumération et les pratiques de comptage comme un moyen de contrôler non seulement la variation (les minorités et leurs pratiques sociales) mais peut-être aussi les scientifiques eux-mêmes. On voudra bien également se souvenir que la quantification est une des pratiques sanitaires de toute première importance : ce sont les nombres et les indicateurs qui marquent la différence et qui, surtout, la fixent.

En cela les techniques disciplinaires jouent un rôle essentiel dans la mise en altérité et dans la création d'un 'autre' racialisé. Le rôle des documents dans la diffusion de l'information, dans la pratique pédagogique, dans la matérialisation de la connaissance, dans la circulation des idées, des théories et des concepts, dans les annonces de financements, de congrès de conférences, d'appels à communication est majeur. Par le biais des documents, les départements de la santé et les revues scientifiques ont le pouvoir de standardiser les techniques, et d'institutionnaliser la connaissance.

Les rapports entre la classification et la mesure dans les documents de santé publique apparaissent clairement et ces deux opérations qui sont imbriquées suivent des règles standardisées et participent à l'élaboration des politiques et des programmes de santé. Pour cela on mesure la variation en fonction de catégories censées rendre compte de la différence. Selon Appadurai (2005), la pensée statistique et probabiliste a fait partie depuis le 19^{ème} siècle des stratégies de contrôle social. On en a un exemple frappant en santé publique avec la notion de risque. Hacking note que la pratique du comptage statistique a donné naissance à une avalanche de nombres à partir du premier quart du 19^{ème} siècle.

Cette pratique a accompagné la classification pour donner naissance à ce qu'il nomme les statistiques de la déviance :

"We find classifications of over 4,000 different crisscrossing motives for murder and requests that the police classify each individual suicide in 21 different ways. I do not believe that motives of these sorts or suicides of these kinds existed until the practice of counting them came into being" (Hacking, 1992, p.70).

Toutefois, Appadurai (2005) note que ces pratiques d'énumération des corps prennent une autre forme dans le contexte colonial par rapport aux pratiques d'énumération dans la métropole. Comme dans l'imaginaire colonial d'hier, écrit Appadurai (2005), le nombre remplit encore aujourd'hui un rôle primordial dans le discours de l'État mais aussi de la santé publique. La majeure partie de la connaissance sanitaire est d'ordre quantitatif. Les décisions, les programmes, les stratégies s'expriment à l'aide de chiffres et de nombres, de pourcentages, de proportions, et de fréquence.

Comme Appadurai (2005) l'a noté pour l'État colonial anglais, on a constaté dans les résultats l'intérêt pour la santé publique d'un comptage minutieux des corps racialisés ou ethnicisés. Appiah (1996) rappelle d'ailleurs que comme pour le genre et la sexualité, "body is central to race" (p.80). Dans les études de santé publique, les corps sont identifiés, comptés et regroupés dans des catégories raciales et ethniques. Pour chaque race on compte le nombre d'hommes et de femmes, on compte le nombre de corps pour chaque tranche d'âge, et pour chaque profession on compte le nombre de corps qui ont été au préalable racialement distingués.

On compte ceux qui fument, ceux qui ne fument pas, ceux qui sont déprimés, et ceux qui ne le sont pas en fonction du label racial. On prend les mesures anthropométriques, on évalue la maturité sexuelle en terme d'âge, on mesure la proportion de ceux qui ont le diabète, ceux qui regardent la TV, ceux qui lisent le journal, ceux qui écoutent la radio en fonction d'un label racial. En fonction de chaque label racial on compte les corps qui sont infectés par le VIH, on compte la probabilité de survie, on compte ceux qui meurent plus, on compte pour chaque race ceux qui sont plus riches, qui sont plus pauvres, ou encore plus éduqués.

On délimite des zones géographiques, on évalue des risques, on calcule des taux de mortalité et des moyennes pour chaque label. On compte pour changer les comportements, pour élaborer des programmes en vue de discipliner les corps. Ces pratiques de comptage des corps qui ont fait partie en Inde du projet colonial britannique, sont associées, selon Appadurai, à ce que l'auteur qualifie l'exotisation, c'est-à-dire une mise en altérité où l'"autre" n'est pas le 'déviant' mais l'étranger, celui qui est racialement ou ethniquement différent du colonialiste. C'est sur cette base que la population est énumérée, caractérisée et divisée. Et il est à mon avis pertinent de faire une comparaison entre l'Inde coloniale d'hier et les États-Unis d'aujourd'hui. D'un côté, l'Inde coloniale était composée d' "un vaste édifice de communautés exotiques", écrit Appadurai. De l'autre, on a les 'minorités raciales et ethniques aux États-Unis.

De même, Appadurai (2005) suggère que le recensement dans l'Inde coloniale n'était pas un simple recueil de données : cet instrument, écrit Appadurai, "crée de par sa logique et sa forme pratique un nouveau sens de l'identité de catégorie" (p.177) ce qui a des conséquences sur la mobilité et le statut tout en façonnant les pratiques sociales. En effet, le développement des recensements et des pratiques de comptage à partir du premier quart du 19^{ème} siècle, et le changement social, nous dit Hacking (1992), ont créé de nouvelles manières d'être. La création de nouvelles catégories, écrit l'auteur, a en effet permis de créer de nouvelles possibilités pour énumérer les gens qui, spontanément, se sont conformés (*to fit*) à elles.

Les chiffres permettent de planifier, de fixer les objectifs et les stratégies et les programmes, et de les évaluer. Le nombre a donc un rôle fonctionnel pour justifier les politiques de santé publique, et souligne par là-même l'importance du document comme le suggère Appadurai (2005). Les chiffres permettent également d'informer; ils ont aussi le rôle d'éduquer le public. Comme le note Appadurai dans le cas de l'Inde coloniale on sait aussi que les erreurs de classification dans les études sont fréquentes. Est-ce bien un Asiatique, peut-être un Blanc ou un Amérindien ? Certains questionnent d'ailleurs la connaissance racialisée, l'illusion statistique. Et tous les résultats ne vont pas dans le même sens, et se contredisent souvent.

Appadurai (2005) suggère que les chiffres dans l'Inde coloniale ont créé l'illusion de contrôler la réalité indigène. Serait-ce le cas aux États-Unis pour les dites minorités ? Sans doute, oui. Comme pour l'élite coloniale, on peut être conduit à penser que la quantification est perçue par le département de la santé et la santé publique comme socialement utile, et comme un objet d'autosatisfaction, une pratique qui finalement, comme le note Appadurai pour l'Inde coloniale, contribue à réveiller les identités communautaires et nationalistes (p.178).

On voudra aussi bien constater le rôle essentiel du nombre dans les pratiques d'opposition pour créer la *différence*. La *différence* apparaîtrait sans doute de façon moins évidente en santé publique sans la pratique des chiffres. Aujourd'hui, le nombre ferait toujours partie du discours de l'État (et de la science) qui voudrait "qu'un État puissant ne [puisse] survivre sans faire de l'énumération une technique centrale de contrôle social" (p.179).

Chapitre 6

Le régime racialisé de représentation de la santé publique

Fassin (2005) suggère l'existence d'une culture de santé publique qui consiste à représenter le monde d'une certaine façon afin de lui donner un sens : "ce nouvel ensemble de mots et de choses, de signes et de faits, qui remplace ou déplace celui de la médecine, on peut l'appeler culture de santé publique. Il s'agit en effet d'une construction sociale productrice de sens par laquelle le monde est représenté" (p.36). L'Orientalisme, selon Said (1978), a été produit de manière systématique par la culture européenne depuis les Lumières aussi bien politiquement, sociologiquement, militairement que scientifiquement.

Dans le même ordre d'idée, en accord avec les résultats, j'aimerais montrer l'existence en santé publique d'un régime racialisé de représentation (*racialized regime of representation*), un ensemble de pratiques qui aboutit à la racialisation de l'"autre" autrement dit à la création d'un 'autre' racialisé (*the racialized 'Other'*) (Hall, 2003). En opposant systématiquement les catégories, les pratiques ont tendance à naturaliser la *différence*, un processus que l'on retrouvait déjà, comme nous allons le voir plus loin, à l'époque des Lumières. Ce régime de représentation, qui marque la *différence* et qui donne une signification à l' 'autre' racialisé comme le suggère Hall (2003), n'est pas tout à fait homogène et statique dans la mesure où certaines différences sont (potentiellement) soumises au changement.

Selon Hall (2003), il existe dans la culture populaire occidentale un répertoire de pratiques représentationnelles qui sont utilisées pour marquer la *différence* et signifier l' 'autre' racialisé. Comme nous l'avons vu dans l'introduction et les deux premiers chapitres, les représentations ont été élaborées pour marquer la *différence* lors des rencontres entre les populations (par exemple lors des périodes comme l'esclavagisme et

les colonialismes modernes et maintenant les mouvements d'immigration). Hall écrit que "western ideas about 'race' and images of racial difference were profoundly shaped by those [three fateful] encounters" (p.239). Et Said (2000) suggère l'existence d'une unité entre les représentations et le pouvoir, autant passée que présente :

"Les représentations – leur production, leur circulation, leur histoire et leur interprétation – sont la matière première de la culture. Ce problème est le grand centre d'intérêt de nombreuses théories récentes, mais elles le resituent rarement dans son contexte politique, qui est d'abord l'impérialisme" (p.104).

Un bref retour vers les Lumières

Pour répondre à une question posée par l'Académie de Dijon sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes, Jean-Jacques Rousseau, écrit en 1754 son *discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* qui se base sur de nombreux récits de voyageurs que Rousseau critique d'ailleurs pour leur manque de qualité et de crédibilité. Ce discours très dichotomique sur les inégalités est lié à deux notions : celle de justice et de progrès. Dans cet essai, Rousseau suggère deux types d'inégalités. Tandis que les premières renvoient à des différences naturelles, les secondes, qui sont d'ordre politique et social, renvoient à des différences d'opportunités.

Rousseau oppose le 'nous', l'homme civilisé, à l'"autre", l'homme sauvage – je cite l'auteur, les Noirs, les Hottentots, les Rouges, les Indiens d'Amérique, et les sauvages des Antilles. De milliers de siècles séparent ces deux états, écrit Rousseau : tandis que le premier aime travailler et possède la lumière et les connaissances qui lui permettent de penser et de progresser, les seconds sont imprévoyants, sans imagination et vivent dans un état de nature proche de l'animalité. Il écrit "seul, oisif, et toujours voisin du danger, l'homme sauvage doit aimer à dormir, et avoir le sommeil léger comme les animaux" (p.181).

La description des inégalités dont parle Rousseau passe par un schéma oppositionnel de type 'nature/culture' qui est appliqué différemment selon que l'auteur parle du 'sauvage' ou du 'civilisé'. Chez le premier la 'culture' se confond avec l'état de 'nature' tandis que le second est sorti de l'état de 'nature' grâce à la 'culture'. D'autre part, la notion de 'différence' se mue en 'inégalité' qui engage évidemment un jugement de valeur. Cette structure narrative empreinte d'affabulations, qui vise à radicalement différencier l' 'autre', se retrouvera d'ailleurs dans les discours coloniaux des siècles suivants (Corbey, 2002).

C'est par le biais des représentations que Rousseau se fait des uns et des autres que les différences et les inégalités prennent forme et se confondent : 'nature', 'sauvage', 'capacités et performance physiques' s'opposent à 'industrie', 'civilisé' et 'capacités et performance intellectuelles'. La nature a fait place à la 'culture' : l'État, les lois et le progrès (les performances intellectuelles et industrielles). Tandis que les uns sont naturalisés, les autres représentent le progrès. Les premiers sont confinés dans une image statique, tandis que les autres en sont sortis. Le discours de Rousseau est finalement un discours identitaire entre le 'eux' et le 'nous', dans lequel la description se confond avec l'explication, un discours qui s'inscrit dans un système d'oppositions et de différences, un discours qui fixe les différences.

"L'homme sauvage, privé de toute sorte de lumières, n'éprouve que les passions de cette dernière espèce; ses désirs ne passent pas ses besoins physiques; les seuls biens, qu'il connaisse dans l'univers sont la nourriture, une femelle et le repos, le seuls mots qu'il craigne sont la douleur et la faim; je dis la douleur et non la mort; car jamais l'animal ne saura ce que c'est que mourir, et la connaissance de la mort, et ses terreurs, est une des premières acquisitions que l'homme ait faites, en s'éloignant de la condition animale" (Rousseau, 1992, pp.195-96).

L' 'autre' est naturellement et physiquement supérieur aux 'nous' qui, au contraire, est culturellement supérieur. La corporéité (la force, l'agilité, le courage) s'oppose à l'intellectualité (réflexion, idées, machine). Les capacités et les performances physiques, naturelles, sont opposées aux capacités et aux performances intellectuelles.

Bref, en sortant de la nature pense Rousseau (1992), l'homme se ramollit dans le corps et s'endurcit dans la tête : "le corps de l'homme sauvage étant le seul instrument qu'il connaisse, il l'emploie à divers usage, dont, par le défaut d'exercice les nôtres sont incapables, et c'est notre industrie qui nous ôte la force et l'agilité que la nécessité l'oblige d'acquérir" (p.174).

La santé publique comme pratique d'opposition et de *différence*

Les résultats suggèrent la continuité dans le discours de certains principes que sont la classification et l'opposition, des pratiques qui sont à situer dans une relation de pouvoir et qui aboutissent à la (re)production d'un 'autre' racialisé. Les énoncés et les représentations à propos de l' 'autre' nous apprennent sans doute plus sur la relation entre l'auteur et les sujets, et plus sur la préoccupation de l'auteur que sur le phénomène à l'étude (Loomba 2005; Obeyesekere 1992). Fanon (1952) a insisté, de son côté, sur cette relation d'interdépendance entre les représentations raciales qui sont systématiquement opposées l'une à l'autre selon une logique de valorisation-dévalorisation.

La représentation est, selon Hall (2003, p.1), un moment clé de la production de la culture qui, nous dit-il, permet le dialogue et la compréhension mutuelle. D'autre part, rajoute Hall, la signification des choses est construite, produite et échangée dans le discours par l'entremise de la représentation, et le discours peut-être vu comme un 'médium' au sein duquel la pensée et les idées sont représentées dans une culture. La signification écrite, de son côté, Lidchi (2003) est créée par le processus qui vise à classer et à représenter les objets d'une certaine manière comme c'est le cas pour les objets ethnographiques que l'on expose dans les musées. Cela voudrait donc dire que toute classification a une signification qui est culturelle (Hall, 2003).

Marquer la *différence*, ajoute Hall (2003, p.236), est le fondement de l'ordre symbolique que l'on appelle culture. De même, l' "exigence d'ordre est à la base de toute pensée", écrit Lévi-Strauss (1962, p.22). Aussi, ajoute l'auteur, la fonction de la connaissance (et de son objet) ne se réduit pas à satisfaire un besoin pratique dans la mesure où son utilité a d'abord dû être établie (par la connaissance). C'est un besoin qui, nous dit l'auteur, est "commun à l'art et à la science" (p.25). L'exigence d'ordre a une valeur esthétique nous dit Lévi-Strauss. Toutefois, la *différence* est ambivalente, pense Hall (2003). Dans sa forme positive, la *différence* est nécessaire à la production de la signification, à la formation de la culture et des identités sociales et du 'soi'. À l'inverse, elle est une forme d'agression pour l' 'autre'. "How the West classifies, categorizes, and represents other cultures is emerging as a topic of some debate", écrit Lidchi (p.153).

Les analyses ont mis en évidence la racialisation, la sanitarisation et la culturalisation qui représentent un triple processus qui forme, transforme et caractérise un ensemble d'objets racialisés. Miles (1989) définit la racialisation comme un processus représentationnel par lequel une importance significative est accordée à certaines caractéristiques physiques et sur la base desquelles ceux qui les possèdent, sont distingués comme une collectivité sociale (p.74). Primon (2007) considère quant à lui la racialisation comme un "processus social et psychologique de catégorisation au cours duquel des différences, liées aux caractéristiques somatiques des personnes, sont perçues comme significatives, puis naturalisées et légitimées. La racialisation...se définit donc principalement en tant que processus de catégorisation raciale" (p.7).

En santé publique, certains labels sont qualifiés de 'minoritaire', ceci les situant dans un rapport d'infériorité vis-à-vis de la majorité. Dans les questionnaires, on demande aux participants de s'identifier à une ou à des catégories raciales ou ethniques, et les pratiques vont ensuite les positionner en regard de la hiérarchie sociale. L'identification raciale, pense Appiah (1996), nécessite une reconnaissance sociale et répond à la classification raciale, une classification qui consiste, selon Appadurai (2005), à identifier et à situer les groupes sur l'échiquier politique (p.175).

Oppenheimer (2001) prétend que la classification raciale visait au début du 20^{ème} siècle à estimer la place politique et économique des immigrants européens. Inversément, ajoute Oppenheimer, la classification était utilisée par les groupes eux-mêmes pour renforcer leurs identités culturelles et politiques. Il me semble dès lors nécessaire d'élargir le concept de racialisation. La racialisation est l'ensemble des pratiques qui visent non seulement à identifier, à désigner, à diviser, à classer, à inscrire, et à énumérer mais aussi à opposer. Racialiser veut dire identifier selon des caractéristiques physiques mais aussi situer les gens et les groupes en fonction de la hiérarchie sociale.

Autrement dit, racialiser consiste à *faire la différence* tout en positionnant et en opposant les sujets. Les pratiques tendent à inclure le même et à exclure le différent selon des normes institutionnalisées. Pourtant, pour paraphraser Jacob (2000), même d'un point de vue génétique, le même est à bien des égards différent, et le différent à bien des égards le même. Même physiquement, le discours tente de nous convaincre que certains labels ne peuvent être confondus avec d'autres labels alors que le doute est de mise entre certains autres. Si la *différence* est établie sur une base corporelle, elle l'est aussi sur une base culturelle et nationale ces deux dernières s'adressant plutôt à l'ethnicité. Cela n'empêche toutefois pas certaines pratiques de prendre la mesure anthropométriques de la 'culture', et la 'culture' de devenir l'explication des différences.

Il faut aussi noter que les pratiques mettent aussi en jeu une ethnicisation dont le référent est culturel ou linguistique. On parle le plus souvent d'un groupe ethnique – le groupe Hispanique/Latino, qui est formé d'un ensemble de nationalités et dont les sujets s'identifient en général à l'une ou l'autre race. La race comme catégorie est utilisée pour décrire l'événement (la maladie par exemple). De même, on assiste à la formation de races comme objets qui sont construites en termes de comportement, de maladie, de vie ou de mort, ou encore de sexualité, ces processus aboutissant à une connaissance racialisée.

Les pratiques discursives et les processus de racialisation, de sanitarisation et de culturalisation qu'elles mettent en œuvre consistent à décrire, à expliquer et à prédire les variations de la santé/maladie, de la vie et de la mort au sein de la population. Ces processus prennent forme dans la pratique discursive. La race constitue, pour Abu-Lughod (1991), un système de différence qui répond, comme le genre et la classe avec qui elle est en relation, à une logique oppositionnelle entre le 'soi' et l'"autre". L'identité blanche s'est progressivement construite aux États-Unis et définie face au Noir dans une logique d'inclusion-exclusion, de similitudes et de différences (Oppenheimer, 2001, p.1051). Said (1978) écrit que "Orientalism is a style of thought based upon an ontological and epistemological distinction made between « the Orient » and (most of the time) « the Occident »" (p.2).

L'Orientalisme, pense Appadurai (2005), a participé "à créer une vision d'exotisme, d'étrangeté et de différence"(p.176). Le discours de la santé publique sur la race est un type d'Orientalisme où l'on retrouve des oppositions de type 'Blancs/non-Blancs' ; 'Blancs/Autres' ; ou encore 'Blancs/Minorités'. Les pratiques consistent à systématiquement traiter les données dans une logique oppositionnelle : par exemple, l'opposition de la majorité aux micro-identités est un principe qui reproduit la *différence* (Appadurai, 2005). Ces opérations consistent à distinguer, situer, catégoriser, diviser, classer, inclure, exclure, homogénéiser, comparer, qualifier, définir, corrélérer, compter, et dessiner afin de constituer les races comme objets. Un ensemble d'opérations qui conduit à la formation d'un 'autre' racialisé.

Hall (2003) note que les oppositions binaires sont parmi les pratiques représentationnelles, celles qui font partie du discours racialisé : on oppose les uns aux autres, notamment, mais pas seulement, par le biais de caractéristiques physiques afin de signifier la différence. Les oppositions systématiques entre les catégories raciales produisent la *différence* qui en vient à être naturalisée. Naturaliser la *différence*, pense Hall, est une stratégie du régime racialisé de représentation qui consiste à la fixer. On ne parle quasiment jamais de similitudes entre les groupes racialisés. Quand on parle de race, c'est pour marquer la *différence*. Et les disparités renforcent la *différence*.

Fanon (1952) a aussi décrit ce principe oppositionnel dans un contexte de relation coloniale: "le bouc émissaire pour la société blanche – basée sur les mythes : progrès, civilisation, libéralisme, éducation, lumière, finesse – sera précisément la force qui s'oppose à l'expansion, à la victoire de ces mythes. Cette force brutale, oppositionnelle, c'est le nègre qui la fournit". Ou encore : "en Europe, c'est-à-dire dans tous les pays civilisés et civilisateurs, le nègre symbolise le péché. L'archétype des valeurs inférieures est représentée par le nègre" (p.153). L' 'autre' représente le danger, la *différence* est naturalisée.

Comme Du Bois (2004), Fanon (1952) questionne pourtant une généralisation qui lui paraît irrationnelle, "car nous ne saurions oublier qu'il y a des Noirs de nationalité belge, française, anglaise ; il existe des républiques nègres. Comment prétendre à la saisie d'une essence quand de tels faits nous requièrent ? La vérité est que la race nègre est dispersée, qu'elle ne possède plus d'unité". Les pratiques de santé publique, comme on l'a constaté dans nos analyses, ont plutôt tendance à homogénéiser les Blancs et les Noirs en excluant des facteurs de changement tels que la 'culture hispanique'. Cette pratique tend à naturaliser la *différence raciale* et les races elles-mêmes.

Le groupe majoritaire représente la référence et la norme. On est toujours plus ou moins à risque que le Blanc. Et le 'on est' se construit sur la base d'une généralisation et d'une décontextualisation qui en viennent finalement à naturaliser le groupe. Si l'on construit le problème d'un groupe en réunissant des données qui s'étalent sur 30 ans, on considère dans une certaine mesure la race comme invariable dans le temps et dans l'espace. Et on peut alors constituer une histoire des Noirs, une histoire des Asiatiques, des Amérindiens et ainsi de suite. On est dans une juste continuité qui permet la construction de l'objet de connaissance, et qui plus est de son histoire comme on le constate dans le rapport du Surgeon General.

Toutefois, les Hispaniques admettent plusieurs identités raciales et sont, avec les Asiatiques, plus souvent hétérogènes et sont plus enclins aux changements (en termes de nationalités, et de résultats et de pratiques sanitaires). Dans ce sens le processus même de racialisation n'est pas homogène même si il y a clairement une tendance à créer des groupes racialement et mutuellement exclusifs. Takeuchi et Gage (2003) pensent que la relation Blanc/Noir répond le mieux au paradigme racial. Qu'entendent les auteurs par la notion de paradigme racial ? Les auteurs ne sont-ils pas simplement occupés ici à reproduire la logique oppositionnelle 'blanc-noir' sans la questionner ?

À Los Angeles au début du 20ème siècle, écrit Molina (2006), les pratiques institutionnelles dont celles de la santé publique ont participé à constituer les Chinois comme "a racialized other who threatened to pollute the body politic tended to reify yellow peril discourse" (p.54). Anderson (2006) illustre, de son côté, la manière dont les pratiques sanitaires coloniales ont participé à façonner l'image du Blanc aux Philippines. "The encounters of military surgeons in the Philippines seemed to confirm that the white race was likely to degenerate and sicken in the tropics... This meant in practice that only Filipinos and Chinese should perform heavy manual labor" (p.39). Les Philippines et les Chinois seraient naturellement enclins aux travaux plus lourds, nous dit-on.

Ainsi donc, la race blanche fut décrite comme étant non adaptée ou non acclimatée à la chaleur et à la moiteur du climat tropical qui, selon beaucoup de médecins, provoquait des changements physiologiques pour le corps européen, écrit Anderson (2006). D'aucuns notaient parmi les militaires l'apparition de nostalgie, de perte d'énergie, d'ennui, de dépression et d'apathie ou même de folie ou, au contraire, d'une stimulation anormale. Ainsi, Munson cité par Anderson a écrit que "the Anglo-Saxon branch of the Teutonic stock is severely handicapped by nature in the struggle to colonize the tropics" (p.41). On voit la manière dont la pratique discursive finit, en alliant racialisation et sanitarisation, par naturaliser les Anglo-saxons comme une race fixe et immuable. On ne laisse aucun choix : le Blanc n'est pas fait pour les tropiques, au contraire des Philippines.

De ce fait, écrit Anderson (2006), la pratique sanitaire a participé à reconfigurer l'image de l'homme blanc. "In multiple ways, then, the military sanitarian was delimiting the boundaries of whiteness in the Philippines...and thus refiguring what it would mean to be a real white man – a vigorous American citizen-soldier – in the tropics" (p.44). Il y avait des limites pensait-on à ce qu'une race puisse s'adapter à un nouvel environnement.

C'est ainsi que les pratiques sanitaires, la discipline et les principes d'hygiène tropicale, allaient progressivement régir le quotidien du soldat américain, note Anderson, qui était encouragé à s'habiller et à se conduire d'une certaine manière en se reposant et en suivant une diète adéquate, et en évitant à tout prix l'abus d'alcool afin de ne pas sombrer dans la maladie ou dans la folie. Le régime racialisé de représentation en santé publique, qui est également sanitarisé, s'est attaché à discipliner les corps tout en opposant les uns et les autres et en élaborant des stéréotypes. Anderson (2006) cite un médecin militaire à l'époque de la colonisation américaine des Philippines, "if we eat like natives, we will become as stupid, frail and worthless as they are".⁹⁶

Entre identification et identités raciales⁹⁷

"La question vitale n'est pas de savoir d'où une population vient, physiquement, mais où elle va, spirituellement."

Ella Deloria, citée par Hirschfelder, 2001, p.185.

La médicalisation, la comparaison et la quantification sont des pratiques qui aboutissent à la construction des identités sanitaires. Les auteurs, par le biais de mesures anthropométriques, démographiques, et comportementales et médicales façonnent l'identité et le statut des groupes. La race est, selon Appiah (1996), une forme d'identification qui est centrale aux politiques identitaires contemporaines au même titre que le genre, l'orientation sexuelle, la nationalité, ou encore la classe sociale qui, rappelle-t-il, est une identité relativement négligée aux États-Unis.

⁹⁶ Woodruff, 'Tropical Hygiene', 298 cité par Anderson, 2006, p.43.

Si la race est une forme d'identification, la racialisation en constitue le processus. La race écrit Fanon (1952) est une possibilité, celle de devenir humain dans le contexte colonial : "non content de me racialiser, par un coup heureux du sort, je m'humanisais" (p.98). Dans ce processus, la culture est essentielle : "de l'autre côté du monde blanc, une féérique culture nègre me saluait" (p.99). Et de rajouter, "j'arpentai les limites de mon essence...j'appartenais à une race qui, il y a de cela deux mille ans, travaillait déjà l'or et l'argent" (p.105). La redéfinition d'une culture accompagne celle de race dans la reconstruction identitaire de Fanon.

Les races comme objets sont l'aboutissement d'une assignation qui est la conséquence d'un processus social, historique et même politique. L'instauration de la distinction reste arbitraire (Said, 1978) et beaucoup d'objets acquièrent un rôle et une signification seulement après qu'on leur ait attribué un label. Bien sûr, une fois les critères d'identification raciale établis on reconnaît des différences qui tendent toutefois à en oblitérer beaucoup d'autres. L'identification engage, écrit Appiah (1996), une assignation (*ascription*) identitaire qui consiste à appliquer un label aux gens et à nous-même (pp.77-79). Mais l'identification nécessite de connaître les représentations qui sont associées au label pour les attribuer au sujet. L'identification raciale est à situer dans une relation de pouvoir.

L'identification raciale, ajoute Appiah (1996), revient à appliquer un label racial ou un badge de couleur (*badge of color*) à des individus, ce label renvoyant à une histoire, une culture, et même à une essence commune, alors que c'est pourtant loin d'être le cas pense l'auteur. Lisons Fanon (1952) : "« Tiens un nègre ! ». C'était un stimulus extérieur qui me chiquenaudait en passant. J'esquissai un sourire. « Tiens, un nègre ». C'est vrai. Je m'amusai. « Tiens un nègre ! ». Le cercle peu à peu se resserrait. Je m'amusai ouvertement" (p.90).

⁹⁷ Je reprends ce sous-titre à Appiah (1996, p.76) : *Racial identity and Racial Identification*.

C'est bien dans la corporéité que Fanon (1952) situe l'identification, une interpellation qui a lieu, rappelons-le, dans un contexte colonial. Dans un premier temps, Fanon ne se rend pas compte de ce qui lui arrive : il est interpellé, le mot *Nègre* n'a aucune signification pour lui (Sedinger, 2002). Cette identification est qualifiée par Sedinger de subjectivation raciale (*racial subjectivation*) ou encore d'*epidermalization* qui, rajoute l'auteure, est précédée par une interpellation traumatique du sujet. Le sujet, écrit Sedinger, est appelé à répondre à une identité pour laquelle il n'avait aucune prédilection naturelle. Vient ensuite le moment où le schéma corporel de Fanon se change en un "schéma épidermique racial", et s'installe alors une identité raciale et ethnique, qui se passe dans une structure représentationnelle, note Sedinger (2002).

L'identification est un effort pour faire de l'*epidermalization* une réalité, écrit Sedinger, qui a permis la constitution de collectivités. L'identification a en effet permis la constitution des races américaines que Appiah (1996) qualifie d'objets socio-culturels et historiques. Si l'origine géographique a déterminé dès le début l'affiliation, écrit Appiah, et le détermine encore, d'autres critères d'affiliation ont varié au cours du temps. L'identification des sujets à partir de 'badges de couleurs' est une forme de représentation de la différence. L'"autre" n'apparaît pas, me semble-t-il, "presque naturellement dans sa différence culturelle", comme le suggère Fassin (2005, p.45). C'est dans la pratique discursive que l'on en vient à naturaliser la différence raciale. La *différence* prend forme dans la pratique discursive. *Faire* de la santé publique constitue, transforme et reproduit la *différence*.

C'est par l'identification que l'on en vient à distinguer les corps (et les 'cultures'). Et ce processus d'identification est discursif. Et toute la connaissance racialisée qui en résulte part de cet *a priori* : celui de représenter la *différence* par le corps. Lisons Hall (2003) : "the representation of 'difference' through the body became the discursive site through which much of the 'racialized knowledge' was produced and circulated" (p.244). Le corps devient le site discursif de la *différence*.

Appiah (1996) rappelle qu'à la fin du 19^{ème} siècle : "everyone [now] has to be white or colored. If you are white, step this way; colored go the other" (p.31). Toutefois, Oppenheimer (2001) insiste qu'au début du 20^{ème} siècle, la population dite blanche était pourtant loin d'être homogène. À côté des labels *Indians* et *Negroes*, on distinguait également des 'races' européennes - les Italiens, les Celtes et les Teutons par exemple, des groupes perçus comme biologiquement distincts. Ces différences biologiques venant au fil du temps faire place à une diversité historique et culturelle : "in this new formulation, culture trumped biology, and those previously separated by race were bound together as « Caucasians »" (Oppenheimer, 2001, p.1051).

C'est ainsi, rajoute Oppenheimer (2001), que les nationalités européennes en vinrent à former la race blanche ou caucasienne, et, dans les années 1960, l'existence de groupes monolithiques blancs et noirs ne soulevait pour ainsi dire aucune question (p.1052). Il n'en demeure pas moins, rajoute Appiah (1996), qu'il existe une règle générale qui a toujours été d'application et qui consiste à dire que la race de l'enfant est celle des parents s'ils sont tout au moins de la même race. Comme on l'a noté dans les documents de santé publique, l'identité raciale qui est notée sur le certificat de naissance de l'enfant aux États-Unis correspond à celle de la mère. On hérite donc d'une identité raciale et les pratiques de santé publique se réfèrent à cette information (et à ce principe) pour constituer les groupes racialisés et la connaissance.

Le label racial a, selon Appiah (1996), des conséquences pour le moins négatives dans la mesure où il est associé à des attributs autant historique que social qui finalement marquent les individus et le groupe auquel ils sont affiliés. L'identification va initier la constitution (et la re-production) des objets racialisés et l'étude des disparités raciales en santé en associant la catégorie (le label) aux pratiques, et les catégories aux individus qui s'y identifient éventuellement comme Hacking (1992) nous l'a montré dans sa théorie de l'identification (*label theory*) qui ressemble en fin de compte à une théorie de l'identité.

Le discours sur la race a une fonction identitaire : celle de construire l'"autre" tout en façonnant le 'soi' (Appadurai, 2005 ; Said, 1978). Fanon écrit que la création d'une image est associée à un rôle social : "le monde blanc, seul honnête, me refusait toute participation. D'un homme on exigeait une conduite d'homme. De moi, une conduite d'homme noir – ou du moins une conduite de nègre". Et Fanon (1952) d'ajouter : "je décidai...de m'affirmer en tant que Noir. Puisque l'autre hésitait à me reconnaître, il ne restait qu'une solution : me faire connaître".

"Le nègre, irréflexivement, se choisit objet susceptible de porter le péché originel. Pour ce rôle, le Blanc choisit le Noir, et le Noir qui est un Blanc choisit aussi le Noir. Le Noir antillais est esclave de cette imposition culturelle [ayant assimilé les préjugés, les mythes, et le folklore qui viennent d'Europe]. Après avoir été esclave du Blanc, il s'auto-esclavagise. Le nègre est, dans toute l'acceptation du terme une victime de la civilisation blanche" (p.155).

Face au Blanc, le Noir a un rôle, celui de la victime, pense Fanon. Comment échapper à ces contradictions et à ces tensions, se demande Fanon, qui naissent de la situation coloniale ? "Jusqu'en 1940, écrit Fanon, aucun Antillais n'était capable de se penser nègre. C'est seulement avec l'apparition d'Aimé Césaire qu'on a pu voir naître une revendication, une assomption de la négritude". Cependant, pense l'auteur "une véritable culture ne peut naître dans les conditions actuelles".

Il semble toutefois important de situer la racialisation en regard de la reconstruction identitaire à laquelle se réfère Du Bois (2004). Mais ce processus n'est pas exempt de tensions, comme le montre Fanon (1952), entre des éléments négatifs et positifs, entre l'aliénation du passé (et au passé) et la reconstruction présente qui passe par une réappropriation de l'espace et du temps. C'est ici que l'on retrouve les racines de la Négritude : "c'est donc là la finalité de sa lutte : collaborer, lui aussi, au royaume de la culture, échapper à la mort et à l'isolement, amasser et employer ses plus hautes facultés et son génie latent." (Du Bois, 2004, p.12).

En effet, la Négritude permettrait l'élaboration d'un schéma représentationnel positif: "petit à petit, lançant ça et là des pseudopodes, je sécrétais une race. Et cette race tituba sous le poids d'un élément fondamental. Quel est-il ? Le rythme" (Fanon, 1952, p.98). Toutefois, Fanon critique Sartre d'avoir relativisé la négritude qui lui permettait de "parvenir à la conscience de soi, à la conscience noire", pour appréhender son être afin de ne pas sombrer dans le néant. N'est-ce pas d'ailleurs ce que pense Du Bois (2004), précurseur de la Négritude :

"l'histoire du Noir Américain est l'histoire de cette lutte – de cette aspiration à être un homme conscient de lui-même, de cette volonté de fondre son moi double en un seul moi meilleur et plus vrai. Il ne voudrait pas décolorer son âme noire dans un flot d'américanisme blanc...Il voudrait simplement qu'il soit possible à un homme d'être à la fois un Noir et un Américain...sans que les portents de l'Opportunité se ferment brutalement sur lui" (pp.11-12).

La revendication d'une identité raciale serait essentielle pour se reconstruire. Appiah, dans la citation située en exergue, ne laisse pourtant que peu de doute sur la question : si l'on veut écarter le racisme, il faut arrêter de (re)produire des identités raciales. Autrement dit, si le racisme a créé les races, pour en sortir, il faudrait mettre un terme au cycle de la racialisation qui persistent à former les identités raciales (et qui entretiennent le racisme). Par ses pratiques la santé publique participe pourtant à leur constitution. Lisons Du Bois qui réagit à l'éventuelle suppression de la catégorie 'Noir' :

"Dans ce cas, quel mot faudra-t-il utiliser si nous voulons parler de ces descendants des esclaves noirs qui sont largement exclus d'une pleine citoyenneté américaine et de tous les privilèges sociaux accordés aux blancs? [...] En outre, sans un mot pour dire « Nous », où situer tous les idéaux spirituels, les liens internes, les idéaux de groupe et les luttes qui font avancer cette puissante armée de douze millions d'hommes. Devons-nous les abolir avec l'abolition d'un nom? Bien sûr que non. C'est là tout notre précieux héritage." (Du Bois, 1986, cité par Bessone dans Du Bois, 2004, p.311).

On peut effectivement et éventuellement s'identifier à un label que la société nous a attribué. La suppression des catégories raciales viendraient priver certains d'une identité pour laquelle ils se sont battus : celle d'une reconnaissance sociale. Le statut de santé du groupe *Hispanic* est qualifié de paradoxal : pauvre mais en bonne santé.

Ce groupe n'exprime-t-il finalement pas, pour les auteurs, le paradoxe d'être à la fois Blanc et Noir ? La pauvreté des uns et la bonne santé des autres. Le statut et l'identité sanitaire se construisent, à la fois, dans la comparaison et la différence : on est pauvre comme eux mais en bonne santé. Au travers des chiffres, on est le même tout en étant différent. On existe par la place qu'on occupe face aux autres en termes de nombre, d'indicateurs, de comportements et de maladies. Ce sont les chiffres et les maladies qui créent les identités sanitaires : l'un est en plus ou moins bonne santé que l'autre. Le groupe X fume plus que le groupe Y qui fume lui-même plus que Z. Le groupe devient par sa santé/maladie et par son comportement (par rapport aux autres).

Sanitariser et hiérarchiser

Les sujets racialisés vont être définis en termes de risques, de maladies, de taux, d'indicateurs, de vie et de mort (la sanitarisation). Les résultats montrent en effet que les sujets sont catégorisés en fonction de labels et puis sanitarisés. La racialisation permet le passage de l'individuel au collectif et la sanitarisation va redéfinir la collectivité (le phénomène social) en terme médical. Selon Fassin (2005), la sanitarisation engage une médicalisation et une politisation : c'est l'ensemble des opérations formées non seulement par les techniques disciplinaires mais aussi par d'autres milieux tels que la politique et les médias et le milieu associatif.

Les résultats montrent la manière dont la sanitarisation, qui participe à façonner les objets racialisés, passe par les techniques disciplinaires : l'idée de risque, les chiffres et les calculs statistiques, les indicateurs, les taux, les prévalences et les incidences, et les maladies, les comportements, et la mort. La construction des objets racialisés dans le discours répond à la classification et se situe dans une logique oppositionnelle. Le diabète, le cancer, la mortalité infantile, et le sida sont des phénomènes qui sous-tendent des réalités biologiques.

Mais ils impliquent également des technologies qui consistent à nommer, caractériser, séparer, diagnostiquer ; ainsi que des normes, des critères et des échelles. Ces problèmes représentent également des enjeux politiques et des intérêts financiers, et sont l'objet, nous l'avons vu, de recherche et de la publication de documents. L'ensemble de ces opérations qui constituent le double processus de médicalisation et de politisation des faits sociaux rend compte de la construction sociale de la santé publique, que Fassin situe sous la dénomination plus globale de sanitarisation du social. Le phénomène social est redéfini en terme médical (Fassin, 2005). Dans les documents analysés, la construction du problème de santé publique, sa reconnaissance, sa définition et sa description, se fait en fonction de la classification raciale.

La racialisation consiste à fragmenter la construction du phénomène sanitaire : les sujets sont identifiés selon des labels standardisés et puis regroupés dans la pratique en catégories racialisées. *Faire* de la santé publique en fonction de la race comme catégorie signifie que la sanitarisation est soumise et répond à une classification : l'identification du problème se fait en fonction de la classification raciale. Les calculs s'opèrent, les résultats sont exprimés et l'intervention est recommandée en fonction de la classification. Toutefois, le processus de problématisation répond aussi à une logique d'opposition dans le sens où l'on compare les catégories pour créer la *différence*. Les résultats de cette étude confirment, comme Briggs (2005) l'a d'ailleurs déjà suggéré, d'une part les relations entre la racialisation et la médicalisation, et d'autre part que ces processus ne se limitent pas du tout à simplement traiter de catégories et de médicaments. Cela dit, les analyses montrent que la racialisation permet le passage de la médicalisation à la sanitarisation.

La race comme catégorie identifie en effet des individus qu'elle permet de connecter à des groupes, les *communautés de couleur* par exemple ; ainsi, les individus sont transformés en groupes, et le problème *devient*, par le biais des techniques disciplinaires, un problème collectif. Réciproquement, le groupe étant sanitarisé, il devient lui-même le problème de santé publique. C'est la sanitarisation qui permet de problématiser la race comme problème de santé publique.

Oppenheimer (2001) indique qu'au début du 20^{ème} siècle, la population américaine a été à la fois racialisée et médicalisée : à chaque groupe ses maladies, ses habitudes de vie, et ses services de santé.

"In the 1920s and 1930s, syphilis, which had originally been perceived as a disease of vice and prostitution, was again redefined, this time as a black disease. In the 1930s, as today, health statistics were gathered by race but not by income. The statistics on venereal diseases confirmed the definition of syphilis predominantly a «colored» or black problem...Most Whites believed that venereal diseases was a result of sexual immorality. Blacks were popularly perceived as sexually uninhibited and promiscuous" (Fee, 1993, pp.169-170).

Dans cet extrait, Fee illustre la relation de réciprocité qui est engagée entre la racialisation et la médicalisation, un double processus qui va conduire à définir la maladie en terme racial. On constate également que si les résultats indiquent en général, mais pas toujours, une meilleure santé des Blancs par rapport aux 'autres', les résultats de la santé/maladie varient pour les seconds. Molina (2006) note d'ailleurs que:

"public health officials, through everyday practices such as compiling statistics and reports...and visiting homes, helped shape the meaning of social membership at the local level. The understanding of race that prevailed in Los Angeles for the first twenty-five years of the twentieth century established a hierarchy that, like the racial categories it reflected, differed from the rankings common in other parts of the country. As elsewhere, whites occupied the highest position, but the places assigned to the city's Mexican and Asian residents were separate and unequal" (p.48).

C'est par leurs pratiques que les officiers de santé publique ont participé et continuent d'une part à façonner les hiérarchies raciales et sanitaires, et d'autre part à décrire des labels qui diffèrent selon le contexte régional, un contexte qui est évidemment caractérisé par la composition de l'immigration qui a elle-même changé au cours du temps et selon les lois en cours (notamment les lois d'exclusion à l'immigration) : on ne retrouve pas partout et dans toutes les études les labels Hmongs ou Haïtiens, et les Asiatiques et Hispaniques ne sont pas toujours représentés par les mêmes groupes.

La culture et l'héritage pour fixer la *différence*

La culturalisation de l'objet est entendu comme le processus qui consiste à décrire les groupes en fonction de comportements, d'attitudes, et de croyances. Les résultats indiquent que la culturalisation est concomitante à la racialisation et la sanitarisation : ce processus en vient à caractériser non seulement les groupes d'un point de vue culturel mais aussi l'intervention qu'il s'agit d'adapter au groupe. La santé publique comme pratique culturalise les sujets : "elle produit des énoncés et des actes sur la culture de ceux auxquels elle s'adresse et dont elle entend transformer les représentations et les pratiques pour leur permettre d'accéder à une existence meilleure ou prolongée" (Fassin, 2005, p.44-45).

Culturaliser les sujets, selon Fassin (2005), signifie pour la santé publique d'installer une relation d'altérité avec le public, une mise en altérité d'autant plus radicale que l' 'autre' est éloigné (p.45). En effet, la culture, écrit Abu-Lughod (1991), "is the essential tool for making other". Cela dit, les résultats montrent que la 'culture' va permettre de caractériser ce qui a été racialement ou ethniquement découpé. La santé publique ne se limite pas à 'culturaliser' les sujets dans le sens de les caractériser d'un point de vue culturel. Les sujets sont avant tout racialisés (et ethnicisés).

La mise en altérité dans les documents engagent une distinction qui est, à mon avis, avant tout raciale (ou ethnique). On l'a aussi vu dans le cas de Fanon. Et l'idée de culture est prise en charge par le discours pour marquer la *différence*. Nous avons également vu que la sexualité est une autre idée qui vient s'associer à la race pour marquer la *différence*. Au contraire de la 'nature', ajoute Hall, la 'culture' ouvrirait la voie à la modification et au changement. L'idée de culture, nous dit Abu-Lughod (1991), permet d'établir une multiplicité de différences au contraire de l'idée de race qui ne permet que des oppositions binaires.

Toutefois, pense Abu-Lughod, malgré son statut anti-essentialiste, la culture est une notion qui, comme la race, tend à fixer la différence entre le 'soi' et l' 'autre' (*to freeze difference*), une différence qui devient finalement innée, pense l'auteure. En effet, lisons ce que dit Fanon (1952) : "j'étais tout à la fois responsable de mon corps, responsable de ma race, de mes ancêtres. Je promenai sur moi un regard objectif, découvris ma noirceur, mes caractères ethniques" (p.90). Fanon découvre sa noirceur. On lui impose à la fois une histoire et une culture. La subjectivité de Fanon est remplacée par une subjectivité raciale. C'est comme une réification : on ignore la conscience individuelle, le corps est marqué par des représentations. On fixe le groupe dans des représentations liées au passé. Cette tendance qui se répète parmi les documents de santé publique n'aboutit-elle pas à fixer la *différence* en chosifiant les groupes ?

L'anthropologie, ajoute Abu-Lughod (1991), qui cherche à expliquer les différences culturelles, participe à la construction, à la production, et au maintien de la culture. On peut bien entendu faire le même constat pour la santé publique qui tente d'expliquer les différences raciales notamment par les différences culturelles. Par là-même, la santé publique comme pratique discursive construit et produit, à la fois, la race et la culture.

"L'emploi du substantif « culture » me met souvent mal à l'aise, tandis que sa forme adjectivale, « culturel », me convient parfaitement. En m'interrogeant sur les raisons de ce malaise, j'ai compris que le plus gênant pour moi, dans la forme substantivée, venait de cette conception implicite de la culture comme une sorte d'objet, de chose ou de substance, au sens aussi bien physique que métaphysique. Cette substantialisation a pour conséquence de rattacher la culture au contexte discursif de la race, notion qu'elle était pourtant censée combattre à l'origine... Considéré comme une substance physique, le terme de culture a des relents de discours biologistes, y compris d'un discours racial que nous avons sans ambiguïté exclu des catégories scientifiques" (Appadurai, 2005, p.43).

La race exclue des catégories scientifiques ? La santé publique ne l'entend pas de la même oreille. Ou alors la santé publique n'est pas une science... Aussi, la 'culture', comme on la retrouve dans les documents analysés fait plutôt un usage de la 'culture' comme substantif. Une forme de la 'culture' d'ailleurs très ubiquitaire dans le domaine de la santé publique qui considère que l'on puisse caractériser les groupes et donc créer le local en leur attribuant, par exemple, des 'croyances' et des 'attitudes'.

Les pratiques de division entre les Européens et les 'autres' ont renforcé l'idée d'une culture occidentale unitaire, écrit Loomba (2005), une représentation dichotomique encore et toujours bien vivante aujourd'hui comme on peut le constater dans nos résultats. Cela dit, pour Loomba (2005), cette prétendue unité n'a pu cacher les divisions et la rivalité entre les puissances coloniales européennes, oppositions qui ont probablement été un des moteurs de la construction des Empires. Faut-il y voir un parallèle avec la santé publique ? Les oppositions au sein-même de ce domaine sanitaire à propos de l'idée de race motiverait finalement le champ.

Le stéréotype comme stratégie représentationnelle

Les pratiques créent dans leur logique à la fois classificatrice et oppositionnelle des objets : riches et pauvres, racistes et non-racistes, des groupes en bonne santé et des groupes en mauvaise santé, des groupes qui vivent plus longtemps et des groupes qui meurent plus vite. Les pratiques de santé publique en viennent à caractériser les groupes d'une manière très répétitive : si les uns sont généralement riches et racistes, les autres sont plutôt associés à la pauvreté, à la vulnérabilité, à la violence, et présentent des maladies et des comportements qualifiés 'à risque' anormalement fréquents.

La construction des stéréotypes procède d'un processus de manipulation et de réduction d'une information - des images et des idées - afin de pouvoir facilement s'en servir écrit Loomba (2005, p.55). Couplée à la sanitarisation, la racialisation conduit à des stéréotypes. La diversité est perçue comme un problème de santé publique qu'il faut gérer. Il me semble que l'"autre racialisé" est, dans une certaine mesure, encore perçu comme une menace pour la santé publique. En effet, très souvent, les pratiques autour de l'idée de race représentent les groupes racialisés ou ethnicisés par le biais d'un ensemble de caractéristiques qui conduisent à la constitution de stéréotypes.

Stereotyping, comme le note Hall (2003), regroupe un ensemble de pratiques représentationnelles, qui "reduces people to a few, simple, essential characteristics, which are represented as fixed by Nature" (p.257). Des stéréotypes qui selon Hall renvoient autant à un monde imaginé et fantaisiste (le non-dit) qu'à un monde perçu comme réel (le dit). Selon Hall la constitution de stéréotypes joue un rôle majeur dans la représentation de la *différence raciale*. Ce processus engage plusieurs pratiques qui, premièrement, visent à diviser et à exclure (le semblable du différent) : on fixe les limites de façon symbolique et on exclut tout ce qui n'y appartient pas.

Les oppositions Blancs/non-Blancs, Blancs/Noirs, Blancs/minorité, majorité/minorité illustrent parfaitement bien en santé publique ce genre de pratique. La constitution des stéréotypes, indique Hall (2003), vise à confirmer l'ordre symbolique. La classification raciale et ethnique n'est pas le seul processus en santé publique qui participe à ce type de représentation. La sanitarisation et la culturalisation, font de l'"autre" racialisé un être différent de 'soi'.

Les comportements 'à risque', les maladies, la violence, la pauvreté, la mortalité infantile, tous ces problèmes de santé publique participent à faire de l'"autre" un sujet qui sort de la normalité. Molina (2006), en parlant de la santé publique comme institution au début du 20^{ème} siècle, suggère que "dominant groups produced the non-normativity they purported to police" : par là, l'auteure indique que les pratiques de santé publique ont fixé l'anormalité qu'il s'agissait de contrôler tout en stigmatisant les groupes qui sortent des normes.

En d'autres termes, le discours institutionnalise d'une part la discrimination (par le biais de lois par exemple, ou même de l'absence de lois), et d'autre part caractérise les groupes qui sortent des normes (notamment sanitaire) que les lois empêchent pourtant d'atteindre. Il faut toutefois constater qu'aujourd'hui comme hier, certaines pratiques pointent les conditions structurelles qui façonnent les inégalités sociales et sanitaires tout en réifiant cependant, en même temps, les groupes tout en reproduisant l'idée de race.

Le stéréotype comme pratique, ajoute Hall, vise à réduire, caractériser, naturaliser l'autre' dans des images fixes, et toutes les pratiques qui visent à représenter les gens en les classant, en les excluant, et en les caractérisant sont empreintes d'un pouvoir : "stereotyping is a key element in this exercise of symbolic violence" (p.259).

On voudra bien faire un parallèle entre les images du Noir d'hier en se remémorant Tocqueville et celle d'aujourd'hui. Si le contenu a peut-être changé, on ne peut pas voir que la *différence* Blanc/Noir ou Blanc/minorité est toujours là. Comme si cette différence était immuable. Le Blanc, presque inexistant, en arrière-plan, comme une ombre, mais qui domine et qui est puissant. L'autre' est souvent malade, vivant dans la pauvreté, sans assurance médicale, et moins éduqué.

Le Noir est le symbole de la pauvreté, de la mauvaise santé, des comportements à risque, mais aussi de la victime, de celui qui a été esclavagisé. Le Blanc représente la richesse, le progrès, la technologie, la modernité, la bonne santé mais aussi la domination et le racisme. C'est pourtant l'exemple à suivre, la référence. Il est aussi celui qui peut amener les 'autres' à la bonne santé. L'Amérindien cristallise la spoliation, l'oubli, l'exclusion, celui dont on ne parle finalement pas beaucoup. À côté de ces 'fondateurs', les nouveaux objets : l'Hispanique et l'Asiatique. La catégorie hispanique est un mélange de Noir et de Blanc, le symbole du paradoxe : pauvre mais en bonne santé.

Bien sûr ce tableau peut être lui-même un peu stéréotypé, mérite d'être nuancé. On a pas toujours les mêmes images et il y a, peut-être, des signes de changement en tous les cas pour certains. Mais c'est l'opposition, la naturalisation et les stéréotypes comme pratiques qui créent la *différence* et qui, me semble-t-il, tendent à fixer les groupes dans certaines images. Et le constat de Hall (2003) me paraît s'appliquer aux pratiques de santé publique : "these images are a form of ritualized degradation. On the other hand, some representations are idealized and sentimentalized rather than degraded, while remaining stereotypical" (p.245).

En santé publique, les stéréotypes seraient excusables pourvu qu'il s'agisse de justice sociale. On ferait, dans certains cas la *différence* 'pour faire le bien' et non pas seulement 'pour faire le mal'. On identifierait les gens en fonction de leur couleur de peau tantôt pour les faire vivre tantôt pour les faire mourir. C'est ainsi que la racialisation répondrait autant à un pouvoir sur la vie que sur la mort.

La pratique qui vise à décrire les conditions délétères dans lesquelles vivent certains groupes se situe dans une perspective utilitariste qui finalement en vient à créer des stéréotypes. Mais l'important n'est pas là, semble-t-il. L'importance est de faire le 'bien' (tout en continuant à *faire la différence*). La finalité (le bien) légitimerait le processus. La violence qu'entraînent les stéréotypes est tolérée si c'est pour faire le 'bien'. Cela dit, on fait toujours la *différence*, et le même ordre se reproduit. C'est là je pense que s'exprime le pouvoir sur la vie et le pouvoir sur la mort : par les identités raciales et sanitaires façonnées par la santé publique comme pratique.

Ceux là sont plus riches, se comportent plus sagement, et sont plus en santé. Les 'autres', par contre, toujours les mêmes d'ailleurs, sont moribonds : plus souvent malades, plus souvent morts. Ils sont plus pauvres, sans emploi, pas d'assurance, ils habitent des quartiers pauvres, ils ont moins d'opportunités, moins de ressources. Et le devoir des 'uns' est de 'les' y en sortir. C'est aussi leur pouvoir. Mais dans la *différence*.

Je propose de terminer cette section en présentant quelques cas du passé qui viennent confirmer une certaine continuité dans ce type de pratiques en santé publique. Molina (2006) suggère que la santé publique, qui s'est progressivement constituée à partir de la fin du 19^{ème} siècle aux États-Unis à la fois comme champ et comme institution publique, a contribué, par ses connexions formelles et informelles avec les domaines politique et des affaires et du monde médiatique, à la fois à façonner l'ordre social et à promouvoir l'image de la ville par la voie de thèmes tels que la santé, l'hygiène et la modernisation : "Public health officials would also help sustain the pristine image of Los Angeles by tracing the origin of all social problems to marginalized communities, beginning with the Chinese" (p.15).

Le manque d'hygiène était principalement attribué à certains immigrants alors perçus comme une menace pour la santé du reste de la population urbaine. Meckel (1997) a décrit la manière dont le discours sur la mortalité infantile en santé publique dans le sud des États-Unis durant la période couvrant la fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle était déjà racialisé dans la mesure où il portait sur les disparités de la mortalité infantile. Les différences biologiques et comportementales faisaient partie de l'explication des disparités de santé entre les Blancs et les Noirs et du déclin de la santé de ces derniers.

Ceux qui parmi les nouveaux immigrants s'en sortaient le mieux, pensait-on dans le milieu des associations pour le bien-être des enfants, étaient ceux qui étaient le mieux adaptés aux conditions urbaines, ce qui semblait ne pas être le cas pour les Noirs venus du sud, prétendait-on : "the Jews have the advantage over other nationalities in that they have been for over 2,000 years accustomed to the conditions of over-crowded city life".⁹⁸

Plus récemment, la médecine et la santé publique ont participé à la circulation de thèses pour le moins exotiques à propos de l'origine et de l'épidémiologie du sida dans les années 1980' (Farmer, 1996). L'auteur cite en effet de nombreux médecins américains ayant lié, erronément selon lui, la transmission du VIH aux pratiques culturelles vaudou, et ayant par là-même participé à la circulation de stéréotypes à propos de Haïti.

"Une lecture systématiquement biaisée des données épidémiologiques et ethnographiques a alimenté avec constance ces théories. Ces dernières s'appuyaient également sur une résonance entre l'idée que l'Occident se faisait du culte haïtien, et les premières notions relatives à la maladie" (p.25).

Enfin, je propose de discuter brièvement la perspective de Hart (2002), auteure de *Social, economic, and cultural environment and human health*, publié dans *Oxford Textbook of Public Health*.

⁹⁸ Alice Hamilton à la conférence de l'American Academy of Medicine en 1909, citée par Meckel p.83.

Hart écrit que les historiens situent 1500 comme étant le début de l'ère moderne, période qui correspond non seulement à une révolution scientifique mais également à des changements de statut de la santé humaine, et à la naissance d'une nouvelle civilisation : "this is the period since 1500 in which industrial capitalist urban civilisation was born and disseminated throughout the world", écrit Hart (p.89). Le capitalisme industriel est, selon Hart, le troisième des plus grands types d'organisations sociales de l'histoire de l'humanité après le Paléolithique et la révolution agraire, et ses origines remonteraient au 18ème siècle dans le nord-ouest européen. En quelques mots, Hart a reproduit la notion de 'modernité', et a situé et célébré l'origine anglo-saxonne d'une des plus grandes civilisations que l'humanité ait jamais connue.

Pourtant, cette 'civilisation urbaine, capitaliste et industrielle' ne s'est pas construite toute seule et ne porte pas de marque déposée comme semble pourtant le prétendre l'auteure. En effet, cette civilisation que l'auteure attribue aux Européens et, je cite, aux 'Néo-européens', "ne surgit pas brusquement du néant" pour reprendre l'expression de Rosmorduc (1985, p.20) à propos de la naissance de la science grecque.

Selon Lévi-Strauss (1952), et au contraire de ce que semble penser Hart (2002), l'humanité n'évolue pas à sens unique. Son histoire se serait simplement montrée plus cumulative que les autres, pense Lévi-Strauss. Qui plus est, les révolutions industrielle et scientifique ne comptent que pour une infime période de l'histoire de l'humanité et Lévi-Strauss n'est pas sûr du tout qu'elles en changeront totalement la signification. On ne peut pas non plus ignorer la contribution des autres générations au progrès de cette prétendue civilisation, un progrès que Lévi-Strauss renvoie à celle d'histoire cumulative dont les comptes s'additionnent pour former une combinaison favorable.

Par ailleurs, cette histoire cumulative est indépendante d'une civilisation, et s'il devait un tant soit peu y avoir un progrès, celui-ci ne peut se concevoir sans l'apport ou les contributions d'autres cultures ; le progrès est fonction "d'une coalition entre les cultures" ; il résulte d'une mise en commun des ressources. Du point de vue de l'histoire, Rosmorduc (1985) suggère que les sciences "ont connu des périodes florissantes,

d'autres de stagnation, quelques fois de régression" (p.13), et que la "progression se situe, sur le plan historique, dans un contexte de transformations, de mouvements dans tous les domaines et d'interactions multiples" (p.14).

On pourrait en effet retracer les débuts de l'industrialisation et de l'urbanisation en remontant au Paléolithique et à la révolution agraire en Egypte et en Mésopotamie au cinquième millénaire avant notre ère. Pourtant, comme le rappelle Lévi-Strauss (1987), l'établissement des conditions d'apparition des progrès d'une civilisation est difficile sinon impossible.

De plus, il y a probablement aussi eu, comme l'écrit Lévi-Strauss (1987), d'autres changements que les révolutions néolithique (agriculture, élevage, etc.) et industrielle. Enfin, mon dernier point relève de l'ethnocentrisme qui consiste à se réappropriier l'histoire en même temps que le savoir. Comme l'indique Rosmorduc (1985) qui rappelle que l'époque médiévale a connu:

"L'extraordinaire bilan scientifique de la civilisation musulmane, bien souvent nié, pour des raisons politiques, depuis deux siècles en Europe. Tout d'abord des traductions des grands textes grecs de l'époque classique. Puis de remarquables travaux, tant en mathématique qu'en astronomie, physique, chimie, minéralogie, botanique, médecine, etc. Tout cela parfois facilité par des apports chinois (la boussole) et indiens (l'apparition du zéro dans la numérotation décimale), recueillis par les commerçants arabes. En contrepartie, le bilan européen est nul" (p.15).

Ce rappel de Rosmorduc me fait dire que la remarque de Fee (1993) à propos de la perspective de Rosen (1993) vaut également pour Hart : "this account is constricted by the implicit conviction – still common today – that all the really important events and activities, at least in modern time, have taken place in Europe and North America" (p.xvii).

Cette thèse n'a pas cherché à discuter de l'histoire des sciences, de la révolution scientifique ou l'organisation capitaliste. Toutefois, discuter de l'idée de race en santé publique ne peut faire l'impasse sur le contexte dans lequel cette idée a évolué.

L'exemple que j'ai choisi, le texte de Hart (2002), illustre, me semble-t-il, certains discours qui contribuent à la célébration, à la construction et finalement à la reproduction de l'opposition systématique entre les mêmes groupes pour finalement (re)produire la *différence*. La pensée raciale est associée aux idées de civilisation, de progrès et de culture qui sont empreintes d'eurocentrisme.

Aussi, ces termes participent, par l'entremise du récit que nous propose Hart (2000), à une polarisation entre le 'nous', les Européens et les Néo-Européens, et les 'autres', les nations dites moins développées :

"In these places [the large sprawling cities in less-developed nations], the ruling elite may enjoy a Western standard of living using scarce national resources to erect the infrastructure of a Western way of life, including hospitals equipped with the latest mechanical gadgets. These urban communities are not founded on a process of economic development, which incorporates the entire population, and they are not appropriately subsumed under the term urban industrial civilization".

Procédant de la même manière, mais avec d'autres mots que Rousseau ou que Tocqueville, Hart se fait ici la juge de ce qui fait et ne fait pas partie de la civilisation industrielle urbaine, symbole de progrès et de santé. L'auteure s'arroge la capacité de placer les nations, qui seraient dans un cas ou dans l'autre des ensembles uniformes dans le temps et dans l'espace, dans l'une ou l'autre catégorie sachant que les plus civilisées sont les héritières des Anglo-saxons du nord-ouest de l'Europe. Pourtant, écrit Lévi-Strauss (1987), toute révolution, tout changement est fonction de conditions qui sont indépendantes de la race et de la culture. La révolution industrielle aurait pu, selon Lévi-Strauss, se développer dans d'autres lieux et à d'autres moments.

L''autre' racialisé : entre fluidité et fixité

Il est important de souligner que si un 'autre' racialisé se dégage du discours, cet 'autre' n'est pas, comme les résultats le montrent, toujours le même et toujours représenté de la même manière.

Cet 'autre' est plutôt fluide même s'il tend généralement à s'opposer au Blanc, pratique qui tend à naturaliser la *différence*. Une *différence* qui est non seulement créée en terme culturel mais aussi en termes de genre, de classe, de langue, de nation et parfois même de sexualité. Cela veut donc dire que si la catégorisation est standardisée elle est dans une certaine mesure flexible et contextuelle.

Toutefois, le Blanc est confirmé dans sa position : une catégorie fixe et séparée des 'autres'. Et parmi ces 'autres' on a aussi des catégories plus fixes : les Noirs et les Amérindiens formeraient comme les Blancs des races et des cultures plutôt homogènes (quoi qu'en dise en passant le rapport du Surgeon General). Dans les documents analysés, on retrouve toutefois un label Haïtien distinct du label Africain-Américain. On voudra bien noter l'influence des événements politiques dans le monde sur les mouvements de populations : Molina (2006) rappelle que la Révolution mexicaine de 1910 a encouragé des mouvements migratoires vers les États-Unis qui ont eu des conséquences sur la classification raciale.

Les cultures 'asiatiques' et 'hispaniques' ont la possibilité de se transformer par le biais de l'immigration (mais toujours dans la *différence*). D'autre part, parmi les Asiatiques, il y a notamment des Chinois, des Japonais et des Coréens. Parmi les Hispaniques il y a entre autres des Cubains et des Portoricains. On trouve des études qui comparent des groupes asiatiques ou encore des groupes hispaniques entre eux : par exemple, on compare les comportements des Chinois avec ceux des Japonais, des Coréens, ou des Cubains avec ceux des Portoricains.

Le groupe hispanique est, nous dit-on, un groupe ethnique qui se définit sur une base culturelle et linguistique. Il n'en est pas moins vrai, souvenons-nous, que ce groupe est lui aussi racialisé. Ce groupe cristallise un mélange complexe de 'races' (on identifie des 'hispaniques blancs' et des 'hispaniques noirs'), d' 'ethnicité', de 'culture', de 'langue', et même de nations. Par contre les Blancs, les Noirs et les Amérindiens paraissent avoir une dimension plus statique, si ce n'est par le lieu de leur naissance (dans la logique du dedans et du dehors) qui apporte une certaine variation pour les deux premiers groupes.

Il semble donc qu'il y ait une tendance à naturaliser les Blancs, les Noirs, et les Amérindiens par le biais des différences qui les séparent. La pratique d'opposition Blanc/non-Blanc a déjà été notée par Oppenheimer (2001) qui indique qu'elle s'est renforcée dans les recensements à partir des années 1940. Cela dit, on retrouve d'autres types d'opposition dans nos résultats.

Molina (2006) constate quant à elle qu'à Los Angeles, au 19^{ème} siècle, on ne se trouvait pas dans une logique d'opposition binaire 'noir-blanc' mais plutôt dans une logique qui incluait *White*, *Chinese*, et *Other*, pour ensuite, au début du 20^{ème} siècle, inclure les catégories *Mexicans* et *Japanese*.

Conclusion

Vers une santé publique postraciale

"Dans un souci de contrôler, de classer et de surveiller ses sujets, l'État-nation a souvent créé, revitalisé ou fracturé des identités ethniques qui étaient auparavant fluides, négociables, ou naissantes."

Appadurai, 2005, p.236

Cette section vise à retracer le processus de la recherche tout en montrant que les pratiques discursives de la santé publique aboutissent à la constitution d'objets racialisés. De nouvelles pistes davantage susceptibles d'inscrire ces pratiques dans une logique de dé-racialisation sont ensuite explorées. Je suis pleinement conscient du fait que l'ethnographie documentaire, qui a été menée, impose des limites à cette thèse qui n'a toutefois pas eu la prétention de décrire tout le discours énoncé par la santé publique à propos de la race.

On peut plutôt parler d'une formation discursive hétérogène, un ensemble de pratiques qui forment leur objet à une période donnée de l'histoire, qui a été reconstruite à partir de l'analyse d'une série de documents institutionnels de la santé publique. Il est fort probable que l'analyse de documents provenant, par exemple, d'autres institutions, d'autres disciplines ou même d'organisations communautaires, auraient pu nuancer et complexifier à la fois l'étendue et la description des dispositifs qui forment l'objet. Cela dit, la santé publique étant interdisciplinaire, je suis tenté de croire qu'elle est relativement bien représentative de ce qui se dit et se fait dans beaucoup d'autres disciplines, notamment dans le champ des sciences sociales.

Toutefois, il est possible que l'*American Journal of Public Health* représente une certaine tendance qui se démarque d'autres revues de la santé publique. On pourrait par exemple retrouver dans ces dernières d'autres pratiques et représentations à propos de la race. Je pense ici, entre autres, au recours qui peut être fait à la génétique des populations.

Par ailleurs, les analyses ont ciblé un pays en particulier, les États-Unis, et on est en droit de penser que d'autres pratiques pourraient conduire à nuancer ma description. Il faut donc considérer la formation discursive qui a été décrite comme spécifique en termes d'espace et de temps. Enfin, l'ethnographie s'est ici limitée à l'analyse de documents issus principalement d'institutions gouvernementales et du milieu de la recherche. Il est possible que des observations en direct dans les laboratoires et des entrevues avec des chercheurs ou des gestionnaires de la santé auraient apporté de nouveaux éléments pour enrichir les données. Je ne suis toutefois pas convaincu que les résultats auraient été vraiment différents.

Il faut également noter que j'ai assisté pendant la période 2008-2009, sans toutefois les inclure dans les données, à deux conférences de chercheurs du domaine de la santé publique aux États-Unis, portant sur les disparités raciales en santé et sur la santé des minorités. Ces conférences orchestrées par le projet Santé des Minorités (*Minority Health*) de l'Université de Caroline du Nord ont été retransmises sur l'Internet.⁹⁹ J'ai constaté la grande similitude entre les pratiques relevées durant ces conférences et les pratiques décrites à partir de mon analyse des documents.

Comme nous l'avons vu, la santé publique est aujourd'hui l'un des domaines des sciences où l'usage de l'idée de race est le plus fréquent. De plus, cette tendance semble s'accroître : une nouvelle recherche dans les bases de données du *Web of Science* indique, pour une recherche du mot-clé race pour la période 2000-2009, que la santé publique est maintenant la première discipline en termes du nombre de documents pour ce mot (5 578) et ce nombre augmente chaque année aux États-Unis passant de 347 en 2000 à 808 en 2009.¹⁰⁰

⁹⁹ <http://www.minority.unc.edu/>

¹⁰⁰ Une recherche pour le terme rac* pour les années 2000-2009 pour le sujet 'PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH' dans les bases de données SCI-EXPANDED, SSCI] [information téléchargée le 29.12.2009].

Aux États-Unis, la santé publique produira à la fin de la présente décennie trois fois plus de documents qui incluent le terme race qu'il y a à peine dix ans. Pourtant, beaucoup d'auteurs mettent cette pratique en question car la race, qui implique l'identification des personnes selon leurs traits physiques, est liée au colonialisme et au racisme.

Ce questionnement est d'autant plus pertinent que les objets de la santé publique sont souvent perçus dans ce domaine comme étant posés là, comme si ils avaient été trouvés tels quels dans la nature, alors que les pratiques et les techniques disciplinaires semblent au contraire les inventer ou tout au moins participer à leur construction (Fassin, 2005).

Le but de cette thèse a été d'étudier la formation de la race dans le domaine de la santé publique aux États-Unis et, plus spécifiquement, de décrire d'une part les règles du discours sur la race et d'autre part ce qui donne à la connaissance à son propos un statut de vérité. Dans ce travail, il a été d'emblée suggéré que la race n'est pas simplement un mot, un terme ou une catégorie : c'est une idée qui s'est rationalisée depuis plusieurs siècles pour marquer la *différence*. Une idée qui cible autant le corps que le groupe et qui s'est progressivement constituée à partir des Lumières et qui a accompagné le développement concomitant des États-nations européens et nord-américains (Loomba 2005).

Une idée qui doit aussi être située tant du point de vue du pouvoir politique que des sciences et des colonialismes modernes (Bibeau *et al.* 2000 ; Kapila 2007 ; Hall. 2003). Une idée qui a été progressivement institutionnalisée et qui a de plus été prise en charge par les lois et les codes. La race allait devenir un instrument du pouvoir et une idée politique de la corporéité. De leur côté, les disciplines scientifiques allaient participer à façonner la hiérarchie raciale. Au 19^{ème} siècle, le racisme était scientifiquement justifié, autrement dit, les scientifiques prétendaient avoir apporté les preuves non seulement de la réalité des races mais aussi de l'inégalité entre ces groupes dont les différences, qui étaient tantôt mentales tantôt intellectuelles ou encore esthétiques, étaient perçues comme étant biologiquement déterminées.

Les théories évolutionnistes allaient à leur tour ajouter un peu plus d'arguments mais aussi de la confusion pour expliquer les différences humaines sur cette base. On assistait à un foisonnement des théories raciales qui n'en étaient pas pour autant homogènes et tous ne distinguaient pas les différences raciales sur la base des mêmes critères. Cela étant dit, la 'blancheur' n'en représentait pas moins, pour la plupart des scientifiques du 19^{ème} siècle, le point culminant de l'humanité.

La santé publique a été vue dans cette thèse comme une des instances de délimitation de l'objet, ici la race. Cette formation de l'objet doit être comprise comme une opération discursive, un ensemble de règles et de pratiques qui, couplé aux techniques disciplinaires, en vient à élaborer un corpus de connaissance à son propos. L'objet est formé dans le discours (Foucault, 1969) et c'est par son intermédiaire, par l'idée que l'on s'en fait, que l'on peut le connaître (Veyne, 2008). On ne peut donc penser une chose, écrit Foucault (1969), que sur l'horizon du discours qui prévaut en un lieu à une époque donnée ; discours qui est un ensemble hétérogène de dispositifs, notamment des lois, des institutions, des pratiques et des règles.

La santé publique a également été vue comme un savoir-pouvoir et une institution régulatrice qui sert à discipliner les corps et contrôler les phénomènes comme la vie et la mort dans la population (Foucault, 1976 ; 1997). De Boeck (2005) note pour sa part le paradoxe auquel aboutissent les technologies du pouvoir de l'État-nation, le biopouvoir et le racisme, dans la mesure où "l'État, en tant que projet homogénéisant et détenteur de l'illusion de l'unité, a aussi produit continuellement de la différence, une différence qui, en même temps et systématiquement, excluait, stigmatisait" (p.24).

Le racisme, qui a eu comme fonction de classer l'espèce humaine en races et d'établir entre elles une relation biologique de vie et de mort, aurait permis à l'État d'exercer la mise à mort et de penser les colonialismes (Foucault, 1997). Le colonialisme qui peut être vu comme un pouvoir nécessitant la mise en place de règles et de techniques pour discipliner et assujettir des populations (Roy, 2003:24). Et Anderson (2006) a montré que les pratiques sanitaires ont participé, dans un contexte colonial, à configurer les identités raciales en disciplinant les corps.

C'est ainsi que le discours, et le savoir qu'il produit, est lié aux opérations du pouvoir comme l'a suggéré Hall (2003). C'est aussi l'avis de Said (1978) : l'orientalisme est un discours autant politique qu'académique de l'Occident qui a non seulement construit l'Orient mais qui a aussi imposé la manière de le penser, ceci afin de le dominer. L'intérêt de l'étude d'un tel discours, écrit Said, réside dans l'attention qui doit être portée sur la persistance des idées à propos d'un objet comme l'Orient.

De son côté, Obeyesekere (1992) soutient que le cannibalisme décrit au 19^{ème} siècle est en fait un discours qui produit le *sauvage*. Fanon (1971) a quant à lui présenté le discours colonial comme un ensemble de représentations qui ont façonné l' 'autre' comme l'antithèse du Blanc.

La tradition ethnographique aurait voulu que le sujet de recherche me soit inconnu (Marcus 1998). Cela n'a pas été le cas dans la mesure où j'entretenais avec ce sujet, pour reprendre l'expression de Marcus, des affinités (*affinities*) qui ont motivé la recherche. La santé publique comme culture (Fassin 2005) ne m'était donc pas tout à fait inconnue ni exotique. D'autre part, un processus réflexif s'est engagé au cours de mes expériences migratoires et professionnelles dans le milieu humanitaire médical, académique et de la recherche en santé publique. Une réflexion qui s'est nourrie de l'observation des manières de penser et de faire dans des endroits variés et plusieurs milieux de pratiques : la pratique humanitaire et la pratique professionnelle et scientifique en santé publique.

Ce questionnement peut être vu comme un processus dont l'ethnographie en représente la continuité. De plus, il n'était pas question de décrire la santé publique dans sa totalité mais plutôt de chercher à rendre compte de la diversité des pratiques (Pires 1997) et des relations qui les lient, notamment entre les institutions gouvernementales et scientifiques.

La formation des objets racialisés : enchevêtrement, paradoxes et (dis)continuité

L'idée de race et *a fortiori* la connaissance racialisée ne se trouvent pas comme des données qui seraient posées là dans la nature où il suffirait de les recueillir. C'est pourtant bien l'impression que les pratiques de la santé publique nous donnent, en décrivant des situations que l'on pose comme conforme à ce qui se passe là, dans la prétendue existence de races qui sont dotées de profils physiques, psychologiques, culturels, socio-économiques et sanitaires spécifiques. La santé publique tend à construire ses interventions sur cette base, à partir de stratégies visant soit à corriger ces profils. La racialisation est une manière d'appréhender, de représenter, de produire la réalité, des pratiques au service de la gestion de la vie.

Bien sûr, toutes les études de la santé publique ne traduisent pas le monde social en termes de 'race/ethnicité'. D'autres catégories comme l'âge, le genre et dans une moindre mesure la classe et l'orientation sexuelle s'y associent pour le transformer. Le discours sur la race n'imprègne sans doute qu'une partie des pratiques et le monde n'est pas systématiquement transformé dans tous ces termes. Mais les pratiques de la santé publique transforment et par là-même reproduisent chaque catégorie raciale en un objet socioculturel et historique (Appiah, 1996).

Takeuchi et Gage (2003) notent que les études scientifiques des 19^{ème} et 20^{ème} siècles ont maintenu d'une manière ou d'une autre la stratification raciale en place. Sur la base des résultats, il semble, aujourd'hui encore, que la santé publique comme pratique répond toujours au discours sur la race. Inversement, la santé publique comme pratique culturelle contribue à reproduire le discours en transformant ce qui a été identifié comme des *différences raciales* en disparités raciales en santé.

On peut y voir une relation avec ce que Obeyesekere (1992) écrit à propos du cannibalisme "the discourse on cannibalism, once initiated, affects a variety of cultural practices in which it is embedded ; it affects, for example, the early British practice of ethnological science and the late Maori practice of cannibalism" (p.650). Obeyesekere écrit non seulement que le phénomène du cannibalisme est à situer dans une relation de pouvoir, mais aussi que le discours sur le cannibalisme, une fois initié, affecte un ensemble de pratiques dont celles de la science et d'autres pratiques sociales.

Le phénomène des disparités raciales est indéniablement inscrit dans le discours sur la race. Cela dit, comme on l'a vu, le discours est relativement hétérogène. Toutefois, il obéit à des règles comme la classification et l'opposition, et à des techniques disciplinaires pour produire les différences raciales, différences qui sont transformées par les pratiques discursives et les techniques de la santé publique en disparités raciales en santé. Les pratiques de la santé publique associent les groupes, identifiés sur la base de différences physiques ou culturelles, qui sont relativement floues, à des particularités socioculturelles et à des caractéristiques sanitaires, et de vie et de mort.

Bibeau (2004) a déjà soulevé les problèmes inhérents à cette pratique. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas des choses auxquelles renvoie cette connaissance. Mais cela veut dire que les profils racialisés sont des objets construits dans une logique de pensée de la différence *a priori*. Les disparités raciales n'existeraient pas sans la classification raciale, et ce phénomène de santé publique n'aurait probablement pas cette ampleur sans les ressources politiques, financières, académiques et sanitaires qui ont été investies dans le domaine de la recherche depuis au moins vingt ans. Qui plus est, toute la connaissance qui est associée à la classification raciale et qui en émane paraît, dans une certaine mesure, indiscutable. Car c'est une connaissance qui se situe au carrefour des institutions politiques, militaires et scientifiques qui lui donnent sa crédibilité.

Et sans bien entendu oublier que, comme le laissent sous-entendre certains documents, le discours sur la race façonne les pratiques sociales dont les pratiques racistes et la mise en place de barrières qui limitent à certains l'accès aux ressources et aux opportunités. Cela veut dire que la connaissance à propos des disparités raciales en santé est à situer dans un contexte historique et culturel qui dépasse celui de la santé publique. J'entends par là que les disparités raciales en santé sont à situer dans l'expression d'un pouvoir qui met en jeu un discours sur la *différence*, discours qui imprègne autant les pratiques sociales que celles de la santé publique.

La race est un symbole de la *différence* : non seulement de différences physiques, géographiques et culturelles, mais aussi de différences sociales, économiques, psychosociales, et sanitaires. Les disparités ne sont pas un fait de nature car elles répondent à un ensemble de procédures d'identification qui, elles-mêmes, répondent à des normes et à des représentations, ainsi qu'à des pratiques d'opposition. La race n'est pas une chose en soi : elle naît de l'entre-deux, de la distinction et de l'opposition. Un groupe racialisé n'existe pas par lui-même ni pour lui-même.

Faire de la santé publique ne se limite pas à décrire. *Faire* de la santé publique vise aussi à expliquer et même à traiter, et autant à *dire* qu'à *faire* : on décrit, on explique et on prescrit tout en identifiant et en positionnant les choses à l'aide de mots. La race permet d'identifier, de situer, d'analyser, et de connaître car elle est tout à la fois catégorie d'identification, catégorie analytique, et objet de connaissance. Comme le souligne d'ailleurs Abu-Lughod (1991), la notion de discours de Foucault ne fait pas de distinction entre les idées et les pratiques, ni entre le texte et le monde.

Les analyses ont permis de décrire un régime racialisé de représentation centré sur le corps qui consiste à identifier, à situer et à opposer des sujets les uns par rapport aux autres à partir de labels standardisés. Ce système représentationnel consiste en un processus de racialisation qui, couplé aux techniques disciplinaires de la santé publique et à d'autres idées de la *différence* comme la culture ou encore l'ethnicité, vont permettre de caractériser et de constituer des objets à la fois racialisés, sanitarisés et culturalisés.

En d'autres termes, la racialisation, qui est censée étudier la variation du problème sanitaire se greffe sur la sanitarisation et l'imprègne, comme dirait Foucault (1969), pour apporter une dimension collective à la santé/maladie ou au comportement individuel. La racialisation transforme ainsi l'individuel en collectif en se référant à des badges de couleurs, selon l'expression de Appiah (1996). La racialisation inscrit la *différenciation* en fonction de caractéristiques physiques dans le processus de problématisation sanitaire et permet, par cette opération, de caractériser la maladie en découpant ou en fragmentant la population.

Cette fragmentation procède d'une classification qui consiste, en identifiant et en situant, à assurer une mise en altérité : à côté du Blanc qui représente la norme, un 'autre' racialisé est produit et caractérisé. De ce fait l' 'autre' est en quelque sorte *pathologisé* ou comme le dirait Hall (2003), représenté comme une forme pathologique de l'altérité (p.265), ceci participant à la naturalisation des *différences raciales*.

La transformation sanitaire passe par un ensemble de techniques comme l'avait déjà très bien montré Fassin (2005), une transformation qui concerne le phénomène social, la discrimination, la pauvreté et les sujets racialisés. On calcule des risques, on utilise des indicateurs pour mesurer et pour prédire la maladie, la vie et la mort, on décrit et on associe des comportements à la maladie et aux groupes, on recourt à la normale et à des chiffres et des statistiques. Les maladies qui sont elles-mêmes définies selon des critères bien spécifiques.

Les descriptions et les explications de la santé publique varient : tantôt biologique, tantôt culturelle, tantôt socio-économique ou tantôt psychosociale. On décontextualise et on généralise les données, on inclut certaines catégories et on en exclut d'autres. Des catégories qui sont directement associées à la classification raciale et qui sont donc standardisées. La connaissance ne se trouve pas là dans la nature, elle résulte d'un ensemble de pratiques, de choix, de procédures et de règles scientifiques. La connaissance racialisée est inhérente au discours scientifique.

La racialisation sert d'instrument en quelque sorte à la sanitarisation en fournissant littéralement des catégories (et des groupes) aux pratiques pour permettre le déplacement du langage médical en un langage sanitaire. Des processus enchevêtrés qui avec la culturalisation vont finalement former les races (et les individus qui y sont identifiés) comme objets (des objets caractérisés par des comportements, des maladies, la vie et la mort) qui deviennent le problème de santé publique.

Ces processus ont également comme conséquence d'associer des caractéristiques physiques, culturelles, sociales, économiques et sanitaires au sein desquelles différences, disparités et mêmes inégalités se confondent souvent. Ces relations dépassent la simple association dans la mesure où les critères d'identification (les labels biologiques ou culturels) deviennent, éventuellement ou implicitement, l'explication du phénomène.

L'aboutissement de ces processus consiste en des objets racialisés et sanitarisés qui sont également culturalisés, autrement dit caractérisés culturellement, dans sa version la plus classique qu'il soit. Ces processus sont associés de manière ultime à la constitution d'une intervention qui se veut adaptée à chaque groupe (sur la base des objets constitués dans la pratique). Les analyses ont également mis en évidence les paradoxes des technologies du pouvoir, comme le suggère De Boeck.

En d'autres termes, on peut se demander si les trois processus décrits ne sont finalement pas des opérations discursives qui répondent aux deux types de pouvoirs, le biopouvoir et le racisme. D'une part ces processus visent à l'amélioration ou la protection de la santé et de la vie, et d'autre part, ils discriminent et créent des stéréotypes. Mais plus encore : il apparaît, comme on a pu le lire dans les résultats, que la santé publique d'une manière ou d'une autre, directement ou indirectement, favoriseraient certains groupes aux dépens d'autres. Cela signifie que la santé publique comme pratique et comme culture est racialisée.

Les processus décrits sont de plus associés à des pouvoirs propres : celui de représenter et de confiner les groupes dans certaines images, de prédire la vie et la mort, sans oublier le pouvoir d'intervention (ou plutôt de recommander une intervention si on s'en tient aux documents). Un ensemble de pouvoirs qui sont directement associées au discours et au savoir sanitaire. Toutefois, le pouvoir ne semble pas totalement aux mains institutionnelles ou disciplinaires. Il semble que l'individu a la potentialité de proposer ou d'initier d'autres discours. La réflexivité, le regard posé sur la pratique disciplinaire, paraît essentiel au démarrage d'un tel discours. On l'a vu avec Fullilove (1998). D'autres auteurs étudient le racisme, un phénomène qui paraît récent.

Par ailleurs, si la conception de la race, cette idée de la *différence*, semble, dans une certaine mesure tout au moins, s'être transformée au cours du temps, elle n'en est pas moins continuellement reconfigurée. Le discours de la santé publique participe à cette opération de remodelage. Comme nous l'avons vu, des anthropologues, des sociologues et des généticiens d'Europe, des États-Unis, du Mexique, de l'Inde ou encore du Brésil se réunirent à plusieurs reprises dans la seconde moitié du siècle dernier à l'initiative de l'UNESCO pour rédiger au total quatre énoncés sur la race (et sur le racisme) qui furent publiés en 1950, 1951, 1964, et 1967 respectivement. Quatre déclarations ont été nécessaires à cette institution des Nations-unies et aux représentants des sciences sociales principalement mais aussi biologiques et génétiques pour discuter toute la complexité de cette idée et pour tenter de démolir les fondations du discours raciste que ces mêmes disciplines avaient par le passé contribué à élaborer.

On ne parlait plus d'inégalités entre les races mais d'égalité dans la *différence*. Il n'était plus scientifique de parler d'inégalités raciales : les déclarations insistaient sur l'unité de l'humanité et l'appartenance de tous les hommes à la même espèce - *Homo Sapiens*. Dans ces textes, les scientifiques emmenés par l'UNESCO ont rompu avec la tendance de la hiérarchisation et d'homogénéité des groupes. L'idée de supériorité raciale était à présent, scientifiquement tout au moins, indéfendable

Toutefois, la race comme concept biologique n'en restait pas moins valide. Car les races existent, la preuve est dans la rue, selon les mots du rapporteur du second comité réuni à l'initiative de l'UNESCO (Montagu, 1972). Aujourd'hui, les pratiques de la santé publique aux États-Unis semblent encore fortement imprégnées par ces propositions. Et peut-être même la science dans son ensemble, si l'on se réfère à la déclaration de la *Federation of American Scientists* à propos des commentaires du Dr. Watson (voir prologue). En santé publique, on parle nettement moins souvent d'inégalités que de disparités (*disparities*), la première expression ayant sans doute trop de connotations négatives. Cependant, aujourd'hui, les techniques sanitaires couplées à la racialisation ne conduisent-elles pas à une forme de hiérarchie sanitaire ?

La tendance actuelle favorise plutôt les aspects construits et arbitraires de la race. Mais qu'à cela ne tienne car, paradoxalement, construite ou pas, cette idée impose l'identification des sujets selon des caractéristiques physiques (même si l'on reconnaît aujourd'hui le flou artistique qui règne autour de cette pratique). On en revient toujours à ce paradoxe ontologique de la race dont Fanon (1971) a si bien rendu compte. La race, une idée à la fois inventée et bien réelle. Le racisme en est la preuve.

Cela montre aussi que l'idée de race ne se situe pas seulement à la croisée du corps et du groupe. Mais aussi de la politique, du socioculturel et du biologique. C'est par le biais de ces dimensions que les pratiques scientifiques dont celles de la santé publique ont contribué et contribuent toujours à la façonner et la reconfigurer. On peut finalement se demander si toute la force de ce phénomène ne réside pas dans sa forme pluridimensionnelle voire interdisciplinaire qui vient rappeler celle de la santé publique.

Par ailleurs, comme Fassin le suggère, "en construisant le problème sanitaire, on construit dans le même mouvement la santé publique". En cela, ajoute Fassin, "le discours de la santé publique est performatif" (p.8). La construction de la santé publique passerait, en partie, par la reconfiguration et la transformation de la *différence*.

Une proposition: la déracialisation

"If we are to move beyond racism we shall have, in the end, to move beyond current racial identities."

Appiah, 1996, p.32

La plupart des catégories viennent de la nature, pense Hacking (1992) : elles trouveraient leur source en dehors de l'esprit humain. La réalité ne serait-elle donc pas qu'une invention ? Il faut toutefois faire ici une différence, écrit Hacking (1999), entre "exister dans la nature" et "exister par nature" (pp.16-17). La deuxième expression renvoie plutôt à l'essentialisme, une doctrine qui prône l'inévitabilité (*inevitability*) des choses, comme l'existence d'une essence raciale. Said (1978), pour sa part, nous donne à croire que certains objets distinctifs qui paraissent pourtant exister n'ont qu'une réalité fictionnelle, ils sont une création de l'esprit (p.54).

L' 'Occident', l' 'Orient', les 'Noirs', les 'Blancs', les 'Asiatiques', les 'Amérindiens', les 'Belges', les 'Flamands', les 'Wallons' et les 'Québécois' ne seraient que des réalités fictionnelles. Les objets racialisés conviennent particulièrement bien à la proposition de Said, me semble-t-il. Fanon (1971) écrit que "quand on se met en tête de vouloir exprimer l'existence, on risque de ne rencontrer que l'inexistant" (p.111) car "le nègre n'est pas, pas plus que le Blanc" (p.187). Toutefois, "où qu'il aille, un nègre demeure un nègre" (pp.139-140). La racialisation a fait de Fanon un Noir et en cela a créé un devenir, une transformation qui a pris forme dans la relation coloniale.

L'idée de race a le rôle de distinguer et cette distinction engage un pouvoir. Pour Appadurai (2005) les institutions de l'État-nation moderne "produisent du peuple" en s'appuyant sur les idées de la différence. La santé publique participe avec l'État et d'autres institutions à façonner des identités sociales à partir de labels inventés il y a plusieurs siècles dans le cadre des relations coloniales. Le *monde imaginé* de la santé publique est un monde souvent statique et plus homogène qu'hétérogène où les identités sociales et sanitaires sont produites et contrôlées et où le groupe dominant reste la référence et la normalité.

Il y a en santé publique une tendance à considérer la population comme une structure binaire (Hall, 2003) composée de Blancs et de minorités. Les scientifiques et l'UNESCO ont proposé il y a une cinquantaine d'années, un peu naïvement me semble-t-il, de rejeter le racisme tout en gardant les races. Mais c'est oublier que la racialisation associe l'idée de race au racisme qui devrait être conceptualisé et vu comme un pouvoir d'État et pas simplement comme un type d'attitudes et de comportements individuels qui sont plutôt de l'ordre de la xénophobie. Que l'on parle de l'un ou de l'autre, du racisme ou des races, le processus est enclenché. On fragmente, on réifie, on identifie, et on classe tout en créant ou en reproduisant les identités raciales.

Il est à mon avis superflu d'étudier le racisme sans prendre en compte le processus que ce mécanisme du pouvoir met en œuvre, un pouvoir qui s'impose au chercheur bien malgré lui/elle. À l'opposé, la réflexivité a la potentialité de rendre compte des pouvoirs associés aux pratiques autour de la race : au pouvoir lié à la signification qui émane des représentations et d'autre part au pouvoir d'État.

Ces représentations font partie d'un discours qui s'impose à la pensée, et qui, suggère Veyne (2008), s'impose à tout le monde. Fanon (1952) nous a dit se sentir esclave de son apparaître, dépossédé, aliéné de sa subjectivité. Par ce qu'il nomme une imposition culturelle, une manière de penser malgré lui, un pouvoir qui lui impose ses représentations. Lisons ce qu'écrit Fanon : "dans la société antillaise, où les mythes sont les mêmes que ceux de la société dijonnaise ou niçoise, le jeune Noir, s'identifiant au civilisateur, fera du nègre le bouc émissaire de sa vie morale". Une culpabilité collective, écrit Fanon.

Pourtant, Hall (2003) écrit que la signification des objets n'est jamais fixée. L'auteur cite une série de stratégies très pragmatiques qui visent à remettre en cause (*contest*) le régime racialisé de représentation en inversant (*reverse*) les stéréotypes et en remplaçant les images négatives par des images positives.

Mettre fin aux stéréotypes signifierait donc, notamment, de cesser de façonner la 'blanchitude' comme la norme et le symbole sanitaires de la bonne santé, des bons comportements, de la richesse, et du progrès. Déjà pour Tocqueville, on pouvait s'élever dans la hiérarchie sociale en devenant plus blanc, évoquant en cela une certaine similarité avec les pratiques discursives de la santé publique où la santé du Blanc sert de point de référence aux 'autres'. On sera l'égal du Blanc si on atteint son statut de santé. On devient l'égal du Blanc en adoptant ses comportements de santé (mais tout en gardant ses traditions, ce qui nous différencie du Blanc).

Face à ce qu'il qualifie d'imposition culturelle, Fanon décrit ce qu'il compare à une ascension, celle de l'image du Noir catalysée par Césaire : "il ne laisse pas le Noir en bas, il le prend sur ses épaules et le hisse aux nues". On assiste à la naissance d'une conscience de soi par le biais de la Négritude. Toutefois, est-on pour cela dans un autre type de discours ? Dans un sens, la signification des représentations est inversée. Ne répondent-elles pas néanmoins à la même logique oppositionnelle et universelle et à la reproduction de la *différence* ?

Les résultats montrent que l'on retrouve de la "bonne santé" et des "bons comportements" dans tous les groupes. On célèbre, comme dans le rapport du Surgeon General par exemple, la résilience des minorités, leur capacité à faire face au racisme, les identités culturelles et l'amélioration du niveau de scolarité des groupes dits minoritaires. On assiste aussi, dans une certaine mesure, à une racialisation qui couplée à la sanitarisation vise à faire le bien et à prôner l'égalité. On propose de racialiser la force de travail. On dénonce aussi le racisme institutionnel. Tout cela semble concourir à une certaine déstabilisation des représentations.

Toutefois, en a-t-on pour autant fini avec les stéréotypes et la réduction des groupes dit *non-Blanc* à un ensemble homogène qui tendent à naturaliser la *différence* ? Non, certainement pas. On a peut être réduit les stéréotypes mais on ne les a pas supprimés (*subvert*). Il faut prendre acte des limites de l'inversion des stéréotypes et des images positives.

De plus, certaines techniques disciplinaires comme la prédiction et le risque, les statistiques et la pensée linéaire ne sont-ils pas des obstacles à la fluidité et au mouvement et qui mènent, comme on l'a vu, à la pathologisation de l' 'autre'.

Et à quand un dossier dans une revue de santé publique consacré à la bonne santé des Noirs ou des Autochtones ? D'autre part, peut-on combattre les stéréotypes et plus largement le racisme tout en célébrant la *différence raciale* ? Cela me paraît paradoxal. Pour voir disparaître le racisme il faudrait avant tout, si l'on est d'accord avec les vues de Foucault (1997), faire disparaître la fragmentation et l'établissement de la relation biologique de vie et de mort. Mais peut-on s'attendre à ce que la santé publique comme champ de savoir et comme institution rompe avec le racisme étant elle-même un instrument de gestion des corps et des populations du pouvoir d'État?

Si l'on supprime la seconde fonction du racisme et que l'on ne garde que la première (la racialisation), on aboutira à un racisme égalitaire que l'on trouve dans le discours de la santé publique mais qui pourrait à n'importe quel moment toutefois récupérer, selon les besoins et les intérêts, sa seconde fonction. Là est tout le danger potentiel de la racialisation : celui de conserver un lien avec une sorte de racisme latent. Un racisme qui se réveillerait dans certaines circonstances (les conflits, les guerres, les menaces).

Aujourd'hui, sommes-nous encore, mais l'avons-nous finalement jamais été, dans une situation aussi dichotomique que celle décrite par Fanon (1952) d'abord et par Said (1978) ensuite. D'un côté on retrouverait, laissent-ils entendre, le dominant et ses pratiques impérialistes, et de l'autre le dominé, d'un côté on aurait des Blancs, riches, éduqués, et racistes et de l'autre des non-Blancs, pauvres, ignorants, et victimes des premiers et qui vont même, comme le suggère Fanon (1952) jusqu'à s'y identifier ?

Appadurai (2005) propose quant à lui de sortir des images trop statiques du colonialisme. L'auteur s'adressent aux intellectuels et à l'État-nation et suggèrent de tenir compte de la globalisation et des mouvements des personnes et des groupes.

Les grandes idées modernes comme la nation, la démocratie, la science et le progrès qui accompagnent l'étude des disparités de santé semblent pourtant avoir participé au confinement de l' 'autre' dans un espace temporel différent. La racialisation n'a-t-elle pas finalement pour fonction de constituer un *monde imaginé* dans lequel, en accord avec beaucoup de théories de la modernisation, les minorités représentent non seulement l'exotisme (l'Afrique, l'Asie, Alaska, Hawaii, les pays hispaniques) mais aussi le passé de la dite majorité dont le présent est leur avenir (Appadurai, 2005).

Le gouvernement américain, et la santé publique comme institution, a conclu qu'il n'a pas seulement affaire à une population mais à des populations avec des phénomènes spécifiques. L'idée de race est apparue comme un moyen de gérer la *différence* et la variation, comme un moyen de mettre de l'ordre. Appadurai (2005), pense qu'

"Il s'est développé dans la pensée sociale américaine un ensemble spécifique de liens entre démocratie, diversité et prospérité...un équilibre confortable s'est établi entre les idées de diversité culturelle et l'une ou l'autre version du melting pot. Oscillant entre le National Geographic et le Reader's Digest, cette calme polarité s'est révélée remarquablement durable et confortable. Elle permet...le sentiment que la pluralité est le génie américain *et* qu'il existe une américanité contenant et transcendant la pluralité" (p.248).

J'ai fait le même constat qu'Appadurai dans les documents où on a plutôt tendance à célébrer la *différence* (la diversité) qui n'en reste pas moins vue comme un problème de santé publique. Comme une menace pour la santé publique ?

En santé publique, on transforme les sujets et les phénomènes à partir des concepts et de catégories de la modernité, entre autres, la race, l'ethnie, la culture, l'égalité. Les pratiques reconfigurent les groupes identifiés selon des critères physiques (et culturels) en des termes sanitaires et culturels : une connaissance (quantitative) qui fixe les individus dans des schémas qui tiennent finalement peu compte des mouvements et des changements et dans une logique qui répond à celle de l'État-nation.

Toutefois, les États-Unis, pense Appadurai (2005), n'ont plus la mainmise sur le "système mondial d'images", ces paysages imaginaires qui ont maintenant une dimension plutôt transnationale.

Lisant Appadurai, on est plutôt tenté de croire que la santé publique commet une erreur de concevoir les États-Unis comme une société où l'improvisation n'a pas sa place et où la science règne en maître absolu, alors que d'autres discours comme celui de la religion semblent rassembler les gens et façonner les pratiques.

Abélès (2005) note quant à lui que "les « publics » d'Appadurai ne sont nullement circonscrits par un cadre frontalier. Ils produisent eux-mêmes leur propre localité, dans un contexte mouvant" (p.12). Le type de connaissance à laquelle donne naissance les pratiques et qui est diffusée par la santé publique est une connaissance fragmentée et réifiée qui présentent des objets racialisés et ethnicisés opposés, plutôt statiques, et sans liaison entre eux, si ce n'est par le biais du pouvoir. Une connaissance qui se fonde sur l'identification raciale et ethnique, qui est élaborée du haut vers le bas, une connaissance théorico-déductive où ni l'ancrage ni le vécu ne trouvent leur place.

Et que dire des pratiques de la santé publique qui produisent le local et le particulier en sanitarisant et en culturalisant les Hmong, les Japonais, les Chinois, les Cubains ou encore les Portoricains, et même les Haïtiens, ou encore les Blancs, les Noirs, les Amérindiens et les Hispaniques ? Qu'en est-il des flux transnationaux qui viendraient créer d'autres publics et qui seraient la source de pratiques locales ? Si on en croit Appadurai (2005) les moyens de communication ont une influence sur l'agir des personnes et des groupes.

Pourquoi d'ailleurs ne pas plutôt partir des pratiques que des *a priori* théoriques qui ne font finalement que reproduire des entités coloniales. La démocratie repose sur la santé de la nation ce qui nécessite, nous dit-on, l'égalité entre les groupes racialisés et la science qui est là pour nous y aider. Toutefois, paradoxalement, cette même science reproduit, par la voie des institutions, la différence dans une logique de classification (Douglas, 1986) et perpétue les stéréotypes. D'autre part, ces catégories ne tentent-elles pas d'assurer la continuité du pouvoir de l'État-nation, un pouvoir pourtant de plus en plus fragile, pense Appadurai (2005), et dont les repères se diluent peut-être dans des mondes imaginés qui traversent les frontières nationales.

Même l'étude du racisme a tendance à reproduire la position sociale de chaque groupe où les uns seraient les bourreaux et les autres les victimes. Pourtant, le monde aujourd'hui ne vient-il pas rappeler que le racisme comme comportement individuel n'a finalement jamais eu de spécificité européenne (Todorov, 2005).

Qu'en est-il donc du racisme au sein même des groupes dits minoritaires ? Lisons Appadurai (2005) : "la communauté imaginée par les uns est la prison politique des autres" (p.70). Voyons la situation des Hmong ou des Tibétains. Quelles sont donc les conséquences pour certains groupes aux États-Unis de ne pas être reconnus pour ce qu'ils revendiquent ? Aussi, les pratiques ne participent-elles pas à vouloir reproduire un monde qui bouge certes mais qui continue malgré tout à être représenté de manière statique et binaire où l' 'américanité' est opposée aux nationalités : l'indigénéité à l'étranger et le Blanc aux 'autres'.

Autant d'oppositions que les pratiques créent et qui aboutissent par la voie des chiffres, des indicateurs, des maladies, et de la mort à des subjectivités raciales, ethniques et nationales. De plus, cette américanisation semble être le seul mécanisme reconnu de transformation culturelle. On sait, comme l'écrit Appadurai (2005), que "le monde est une masse hétéroclite d'interactions à grande échelle" (p.63). Il est clair que dans un tel contexte que d'autres processus que celui d'une prétendue 'américanisation' façonnent les pratiques sociales des populations migrantes.

La formation identitaire n'est jamais statique. Pourtant, dans les documents, chaque race renvoie à un territoire alors que les mouvements de populations se sont amplifiés depuis la création du discours sur la race. Depuis des siècles des personnes dont les ancêtres étaient originaires d'Europe habitent l'Afrique et l'Amérique, des 'Africains' habitent l'Amérique, les Caraïbes et l'Europe ; des 'Indiens' ont immigré sur le continent africain, américain, et dans les Caraïbes ; et des 'Chinois' ont depuis longtemps quitté la Chine pour le continent américain ou encore les Caraïbes.

Que fait-on dans la classification de tous ces immigrants devenus américains depuis des générations par rapport à ceux qui le sont devenus depuis plus récemment ? Ils sont, dans la logique raciale devenus Blancs, Africains ou Asiatiques. On naît Blanc, ou Africain, ou Asiatique et on meurt Blanc, Africain, ou Asiatique. C'est comme si toute la transformation qui a accompagné les générations d'immigrants venus de différentes régions du monde était subordonnée à une identité raciale immuable. On était ethnique ou national ou membre d'une minorité dans son pays et on devient majoritaire ou minoritaire, racial ou ethnique. On continue à être identifié aujourd'hui comme hier et par la classification, on assure la continuité raciale.

Selon Appadurai (2005), "le rôle des pratiques intellectuelles est d'identifier la crise actuelle de la nation et, ce faisant, de fournir une part du dispositif de reconnaissances des formes sociales postnationales" (p.231). Il est urgent de sortir du discours racialisé, ethnocentriste et culturaliste, de débattre les autres possibilités qui s'offrent aux gens et de se rendre compte que d'autres pratiques réunissent et forment des groupes. Pour Appadurai, sortir de ce type de discours exige une étude de la relation entre l'État et la nation, ce qui veut dire qu'il faille revoir la notion d'espace, la sortir, en d'autres mots, des limites de la nation telle qu'elle a été définie par le passé.

Appadurai propose donc la déterritorialisation, le mouvement, la mobilité, bref, la transnationalité : "les identités et les identifications, écrit Appadurai, ne tournent plus que partiellement autour des réalités et des images de lieux".¹⁰¹ Les frontières ne se superposent plus totalement à un territoire. C'est ainsi nous dit encore Appadurai, que "l'État-nation moderne s'établit moins sur des faits naturels – comme le langage, le sang, le sol et la race – que sur un produit culturel quintessenciel, un produit de l'imagination collective" (p.235).

¹⁰¹ Appadurai, 2005, p.234.

Enfin, si Hall (2003) pense que la signification est transmise dans le discours par la voie des représentations qui, comme pratiques, constituent une étape importante du cycle de la production culturelle, des représentations qui sont inscrites, insiste Said (1978), dans les opérations du pouvoir; si Obeyesekere (1992) soutient qu'il faille situer les pratiques dans un contexte historique et culturel, un contexte culturel qui, aujourd'hui, selon Appadurai (2005), nous impose de ne pas dissocier le local du global et de tenir compte de l'influence des flux sur les pratiques sociales,

Bibeau (1997) suggère, quant à lui, de ne pas déconnecter les schèmes représentationnels de leur contexte social. Ces perspectives, en plus de celles de Foucault (1969; 1997; 1999), donnent à voir la "race" comme objet de discours qui est historiquement situé et qui s'impose à la pensée de la *différence* pour le produire, une production sociale et culturelle qui est indissociable des pouvoirs en place.

Bibliographie

- Abélès, M. (2005). Préface. In A. Appadurai, *Après le colonialisme: Les conséquences culturelles de la globalisation* (pp.7-23). Paris: Payot.
- Abu-Lughod, L. (1991). Writing against culture. In R.G. Fox (Ed.), *Recapturing Anthropology : Working in the Present* (pp.137-162). Santa Fe: School of American Research Press.
- Afifi, A.A., & Brelow, L.(1994). The Maturing Paradigm of Public Health. *Annual Review of Public Health, 15*, 223-35.
- Altheide, D. L. (1987). Ethnographic Content Analysis. *Qualitative Sociology 10*, 65-77.
- American Anthropological Association. (2007). The Story of Race [section History]. *Race: Are We So Different?*
http://www.understandingrace.org/history/timeline_movie.html
- Anderson, W. (2006). *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*. London : Duke University Press.
- Appadurai, A. (2005). *Après le colonialisme: Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot.
- Appadurai, A. (1992). Putting Hierarchy in Its Place. In G. Marcus (Ed.), *Rereading Cultural Anthropology* (pp. 34-47). London: Duke University Press.
- Appiah, K.A. (1998). Race, Culture, Identity: Misunderstood Connections. In K.A. Appiah & A. Gutmann (Eds.), *Color Conscious: The Political Morality of Race* (pp.30-105). Princeton: Princeton University Press.

- Ashcroft, B., Griffiths, G., & Tiffin, H. (Eds.) (2006). *The Post-Colonial Studies Reader* (2nd ed., pp.211-212). New York: Routledge.
- Atkinson, P., & Coffey, A.(2004). Analyzing documentary realities. In David Silverman (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (2nd ed., pp.56-75). London: SAGE.
- Barkan, E. (1992). *The Retreat of Scientific Racism, Changing concepts of race in Britain and the United States between the world wars*. New York: Cambridge University Press.
- Bessone, M. (2004). Postface. In W.E.B. Du Bois, *Les âmes du peuple noir* (pp.271-337). Paris: Éd. Rue D'Ulm.
- Berthelot, J-M. (1998). Le devoir d'inventaire. *Sciences Humaines*, 80, 22-25.
- Bhopal, R., & Donaldson, L. (1998). Commentary: White, European, Western, Caucasian, or What? Inappropriate Labeling in Research on Race, Ethnicity, and Health. *American Journal of Public Health*, 88, 1303-1306.
- Bibeau, G. (1997). Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry*. 34, 9-41.
- Bibeau, G., & Pedersen, D. (2002). A return to scientific racism in medical social sciences: The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa. In M. Nichter, & M. Lock (Eds.), *New Horizons in Medical Anthropology* (pp.141-171). New York : Routledge.
- Bibeau, G. (2004). *Le Québec transgénique : Science, marché, humanité*. Canada: Boréal.

- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*. Paris : Raisons d'agir.
- Brattain, M. (2007). Race, Racism, and AntiRacism: UNESCO and the Politics of Presenting Science to the Postwar Public. *American Historical Review*, 112, 1386-1413.
- Briggs, C.L. (2005). Communicability, Racial Discourse, and Disease. *Annual Review of Anthropology*, 34, 269-291.
- Capdevila, N. (2007). *La controverse entre Las Casas et Sepúlveda*. Paris : Vrin.
- Cioranescu, A. (Ed. et trad.) (1961). *Œuvres de Christophe Colomb*. Paris : Gallimard.
- Corbey, R. (2002). Vitrines ethnographiques: le récit et le regard. In N. Bancel, P. Blanchard, G. Boetsch, É. Deroo, S. Lemaire (dir.), *Zoos humains: de la vénus hottentote aux reality shows* (pp.90-98). Paris: La Découverte.
- Creswell, J.W. (1998). Five qualitative traditions of inquiry. In *Qualitative Inquiry and Research Design* (pp.47-72). Thousand Oaks: Sage.
- Curtoni, P.C., & Politis, G.G. (2006). Race and racism in South American archaeology. *World Archaeology*, 38, 93-108.
- de Tocqueville, A. (1961). *De la démocratie en Amérique*. Paris: Gallimard.
- Douglas, M. (1986). *How Institutions Think*. New York: Syracuse University Press.
- Dressler, W.W., Oths, K.S., & Gravlee, C.C. (2005). Race and Ethnicity in Public Health Research: Models to Explain Health Disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-52.

Du Bois, W.E.B. (2004). *Les âmes du peuple noir* (trad. M. Bessone). Éd. Rue D'Ulm.

Easley A. C., & Easley, C.E. (2006). Racial and Ethnic Minorities. In B. S. Levy & V. W. Sidel, *Social Injustice and Public Health* (pp.46-68). New York : Oxford University Press.

Fanon, F. (1952/1971). *Peau noire, masques blancs*. Paris : Seuil.

Farmer, P. (1996). *Sida en Haiti. La victime accusée* (trad. Corine Hewlett). Paris : Karthala.

Fassin, D. (2003). Naissance de la santé publique: Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989). *Génèses, Sciences sociales et histoire*, 4, 139-152.

Fassin, D. (2005). *Faire de la santé publique*. Rennes: Éditions de l'école nationale de la santé publique.

Federation of American scientists (2007, 18 octobre). *FAS condemns Watson's comments unsupported by scientific evidence that dishonor entire science community*. Téléchargé le 05.05.08, 2008, de http://www.fas.org/press/news/2007/2007oct_jameswatson.html

Fee, E. (1993a). The Wages of Sin ? Struggles over the Social Meaning of Venereal Disease and AIDS. In Y. Kawakita, S. Shizu, & Y. Otsuka (Eds.), *History of Epidemiology*, Proceedings of the 13th International Symposium on the Comparative History of Medicine – East and West (4-10 Sep., 1988), Japan: IshiyakuEuroAmerica Inc. Publishers, 161-189.

Fee, E. (1993b). Public Health, Past and Present : A Shared Social Vision. In G. Rosen, *A History of Public Health* (2nd ed., pp.ix-lix). Maryland: The Johns Hopkins University Press.

- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1997). Cours du 17 mars 1976. In *Il Faut Défendre la Société: Cours au Collège de France. 1975-1976* (pp.213-235). Paris : Gallimard/Le Seuil.
- Foucault, M. (1999). Cours du 8 Janvier 1975. In *Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975* (pp.3-27). Paris : Gallimard/Le Seuil.
- Frohlich, K.L., Corin, E., & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23, 776-97.
- Freidson, E. (1974). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (pp.203-382). New York : Dodd, Mead & Company.
- Fullilove, M.T. (1998). Abandoning 'Race' as a Variable in Public Health Research – An Idea Whose Time Has Come. *American Journal of Public Health*, 88, 1297-98.
- Gagnon, F., & Bergeron, P. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. In C. Bégin, P. Bergeron, P. Forest., & V. Lemieux, *Le Système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 229-258). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Girod, M. (2004). *Penser le racisme. De la responsabilité des scientifiques*. Paris: Calmann-Lévy.
- Glaser, B.G., & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Gould, J.G. (1996). *The Mismeasure of Man: The definite refutation of the argument of the Bell Curve*. New York: W.W. Norton Company.

Grawitz, M. (2004). *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz.

Hacking, I. (1992). Making Up People. In E. Stein (Ed.), *Forms of Desire : Sexual Orientation and the Social Constructionist Controversy* (pp.69-88). New York: Routledge.

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* (pp.16-18). London: Harvard University Press.

Hall, S. (Ed.) (2003). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage.

Hariot T., & de Bry, Th. (1927). *Voyages en Virginie et en Floride, Description merveilleuse et cependant véritable des moeurs et coutumes des sauvages de la Virginie* (en 1585) (pp.34-41) (Trad. L. Ningler). Paris : Duchartre et Van Buggenhoudt.

Hart, N. (2002). Social, economic, and cultural environment and human health. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H.Tanaka (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health* (4th ed.), The Scope of Public Health (pp.89-111). Oxford, UK: Oxford University Press.

Hirschfelder, A. (2001). *Histoire des Indiens d'Amérique du Nord* (trad. par M. Baudoux). Larousse.

Hochschild, A. (2005). *Bury the Chains: Prophets and Rebels in the Fight to Free an Empire's Slaves*. New York: Houghton Mifflin.

- Huberman, A., & Miles, M. (1994). Data Management and Analysis Methods. In N. Denzin & Y. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (pp.428-445). Thousand Oaks: Sage.
- Hunt-Grubbe, C. (14 octobre, 2007). The elementary DNA of Dr. Watson. *TimesOnline*. Téléchargé le 05.05. 08, 2008, de http://entertainment.timesonline.co.uk/tol/arts_and_entertainment/books/article2630748.ece
- Jacob, F. (2000). *La Souris, la Mouche et l'Homme*. Paris: Éd. O. Jacob.
- Jahoda, G. (2005). Des origines de l'antagonisme envers «les Autres». In M. Sanchez-Mazas & L. Licata (Éds.), *L'Autre : Regards psychosociaux*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 49-72.
- Jones, C.P. (2001). 'Race', Racism, and the Practice of Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 154, 299-304
- Kapila, S. (2007). Race Matters: Orientalism and Religion, India and Beyond c.1770-1880. *Modern Asian Studies*, 41, 471-513.
- Kaufman, J.S., & Cooper, RS. (2001a). Considerations for Use of Racial/Ethnic Classification in Etiologic Research. *American Journal of Epidemiology*, 154, 291-98.
- Kaufman, J.S., & Cooper, R.S. (2001b). Response to «'Race', Racism, and the Practice of Epidemiology». *American Journal of Epidemiology*, 154, 305-06.
- Krieger, N. (1992). The Making of Public Health Data: Paradigms, Politics, and Policy. *Journal of Public Health Policy*, 13, 412-427.

- Krieger, N. (1999). Questioning Epidemiology: Objectivity, Advocacy, and Socially Responsible Science. *American Journal of Public Health*, 89, 1151-53.
- Krieger, N. (2000). Discrimination and Health. In L. Berkman, I. Kawachi (Eds.) (pp.36-75), *Social Epidemiology*. Oxford, UK : Oxford University Press,.
- Krieger, N., & Birn, A-E. (1998). A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88, 1603-1605.
- Kunitz, S.J. (2007). The Health of Populations. *General Theories and Particular Realities*. New York : Oxford University Press, 3-26.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lapadat, J., & Lindsay, A. C. (1999). Transcription in research and practice: From standardization of technique to interpretive positionings. *Qualitative Inquiry*, 5, 64–86.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds.): *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.113-167). Boucherville: Gaëtan morin.
- Last, J.M. (1997). *Public Health and Human Ecology* (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Le Cour Grandmaison, O. (2005). *Coloniser. Exterminer. Sur la guerre et l'État colonial*. Paris: Fayard.

Lévi-Strauss, C. (1952/1987). *Race et histoire*. Paris : Denoël/Unesco.

Lidchi, H. (2003). The Poetics and The Politics of Exhibiting Other Cultures. In S. Hall (Ed.), *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices* (pp.151-222), London: Sage.

Loomba, A. (2005). *Colonialism/Postcolonialism* (2nd ed.). New York: Routledge.

MacCann-Mortimer P., Augoustinos, M., LeCouteur, A. (2004). 'Race' and the Human Genome Project: constructions of scientific legitimacy. *Discourse & Society*, 15, 409-432.

MacDonald, M.A. (2004). From Miasma to Fractals : The Epidemiology Revolution and Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 21, 380-91.

MacEachern, S. (2006). Africanist archaeology and ancient IQ: racial science and cultural evolution in the twenty-first century. *World Archaeology*, 38, 72-92.

Marchal J. (1996). *L'état libre du Congo : Paradis perdu. L'Histoire du Congo, 1876-1900* (2 volumes). Borgloon : Éd. Paula Bellings.

Marcus, G. (1998). *Ethnography through Thick and Thin*. Princeton: Princeton University Press.

Markham, A.N.(2004). Internet communication as a tool for qualitative research. In David Silverman (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (2nd ed., pp.95-122). London: SAGE.

- Meckel, R. (1997). Racialism and Infant Death: Late nineteenth- and early twentieth-century socio-medical discourses on African American infant mortality. In L. Marks & M. Worboys (Eds), *Migrants, Minorities and Health* (pp. 70-92). New York : Routledge.
- Miles, R. (1989). *Racism*. New York: Routledge.
- Montagu, A. (1972). *Statement on Race* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Murakami, Y. (1993). The Introduction of Statistical Methods Into Epidemiology : An Aspect of the : « Scientization» of Medicine. In Y. Kawakita, S. Shizu, & Y. Otsuka (Eds.), *History of Epidemiology* (Proceedings of the 13th International Symposium on the Comparative History of Medicine – East and West (4-10 Sep., 1988). Japan: IshiyakuEuroAmerica, Inc. Publishers, 35-57.
- Obeyesekere, G. (1992). "British Cannibals": Contemplation of an Event in the Death and Resurrection of James Cook, Explorer. *Critical Inquiry*, 18, p.630.
- Paillé, P.(1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Park, R.E. (1950). *Race and Culture*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Eds): *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.113-167). Boucherville: Gaëtan morin.
- Porter, D. (1999). Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times. Part 1. *Population, health and pre-modern states*. London: Routledge, 10-61.

- Primon, J-L. (2007). Ethnicisation, racisation, racialisation: Une introduction. *Faire Savoirs*, 6, 3-14.
- Prior, L. (2003). *Using Documents in Social Research, Introducing Qualitative Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Prior, L. (2004). Doing things with documents. In David Silverman (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (2nd ed., pp.76-94). London: SAGE.
- Rousseau, J-J. (1992). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (pp.165-221). Paris : Flammarion.
- Roy, B. (2003). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Said, E.W. (2000). *Culture et Impérialisme* (trad. Paul Chemla). Paris: Fayard/Le Monde diplomatique.
- Said, E.W. (1978). *Orientalism*. New York : Vintage Books.
- Sedinger, T. (2002). Nation and Identification: Psychoanalysis, Race, and Sexual Difference. *Cultural Critique*, 50, 40-72.
- Silverman, D. (2001). *Interpretating Qualitative Data : Methods for Analysing Talk, Text and Interaction* (2nd ed.). Thousand Oaks, London : Sage.
- Soo-Jin Lee, Sandra. (2005). Racializing Drug Design: Implications of Pharmacogenomics for Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 95, 2133-2138.

- Stepan, N. (1982). *The Idea of Race in Science: Great Britain 1800-1960*. London: The MacMillan Press.
- Takeuchi, D.T., & Gage, S-J.L. (2003). What to do with race? Changing notions of race in the social sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27, 435-445.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis types and software tools*. New York: Falmer.
- Thomas, J. (1993). Doing Critical Ethnography. *Qualitative Research Methods Series*, 26. London/New Delhi: Sage.
- Thomas, S.B. (2001). The color line: Race matters in the elimination of health disparities, *American Journal of Public Health*, 91, 1046-48.
- Todorov, T. (2006). "Race and Racism". In B. Ashcroft, G. Griffiths & H. Tiffin (dir.), *The post-Colonial Reader* (pp.213-215). New York: Routledge.
- US Department of The Interior Indian Affairs, *Who We Are*, <http://www.bia.gov/WhoWeAre/index.htm> [information téléchargée le 15 décembre 2009].
- Veyne, P. (2008). *Foucault, Sa pensée, sa personne*. Paris: Albin Michel.
- Watson, G., & Seiler, R.M. (Eds.) 1992. *Text in context. Contribution to Ethnomethodology* London: Sage.
- Watson, J. (2007, 19 octobre). To question intelligence is not racism. *The Independent*. Téléchargé le 05.05.08, 2008, de <http://www.independent.co.uk/opinion/commentators/james-watson-to-question-genetic-intelligence-is-not-racism-397250.html>

Williams, DR.(1997). Race and health: basic questions, emerging directions. *Annals of Epidemiology*, 7, 322-333.

Wittel, A. (2000). Ethnography on the Move: From Field to Net to Internet [23 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1, Art. 21,
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1131/2517>

Wolcott, H. (1994). *Transforming Qualitative Data. Description, Analysis, and Interpretation*. Thousand Oaks: Sage.

Young, R.J.C. (2003). *Postcolonialism, A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Zeleny, J., & Rutenberg, J. (2009, 16 septembre). As Race Debate Grows, Obama Steers Clear of It. *New York Times*. Téléchargé le 20.09.09, 2009,
http://www.nytimes.com/2009/09/17/us/politics/17obama.html?_r=3&hp

Annexe I

**Communiqué de presse du département de la santé
américain (1998)¹⁰²**

Date: Saturday, February 21, 1998

WHITE HOUSE FACT SHEET

Contact: HHS Press Office (202) 690-6343

**PRESIDENT CLINTON ANNOUNCES NEW RACIAL AND ETHNIC HEALTH
DISPARITIES INITIATIVE**

Today, President Clinton announced a new initiative that sets a national goal of eliminating by the year 2010, longstanding disparities in health status that affect racial and ethnic minority groups. The president announced that the Federal government will, for the first time, set high national health goals for all Americans, ending a practice of separate, lower goals for racial and ethnic minorities. To help reach these ambitious targets, the president also announced a five-step plan to mobilize the resources and expertise of the Federal government, the private sector, and local communities to eliminate disparities that for too long have been treated as intractable.

BUILDING ON THE RECORD OF IMPROVEMENTS IN HEALTH STATUS FOR ALL AMERICANS. Since 1993, key indicators show that our nation's health has greatly improved. The President highlighted the fact that infant mortality has reached an all-time low, childhood immunization levels are at record highs, and HIV and AIDS rates are falling for the first time in the history of the epidemic.

¹⁰² <http://www.hhs.gov/news/press/1998pres/980221.html> [information téléchargée le 06.12.2008].

RECOGNIZING AND CONDEMNING UNACCEPTABLE RACIAL AND ETHNIC HEALTH DISPARITIES THAT EXIST TODAY.

Despite some encouraging news, the President condemned the fact that minorities suffer from certain diseases at up to five times the rate of white Americans. For example, infant mortality rates are 2 1/2 times higher for African-Americans and 1 1/2 times higher for Native Americans. African-American men under 65 suffer from prostate cancer at nearly twice the rate of whites; Vietnamese women suffer from cervical cancer at nearly five times the rate of whites; and Latinos have two to three times the rate of stomach cancer. African-American men also suffer from heart disease at nearly twice the rate of whites. Native Americans suffer from diabetes at nearly three times the average rate, while African-Americans suffer 70 percent higher rates than white Americans.

MOBILIZING ALL AMERICANS TO CLOSE GAPS IN HEALTH STATUS.

To close these gaps, the president today announced a five-step plan that sets a national goal of eliminating health disparities in six areas by the year 2010: infant mortality; cancer screening and management; cardiovascular disease; diabetes; HIV/AIDS rates; and child and adult immunization levels. The President's plan:

Initiates Sweeping New Outreach Campaign Led by the Newly-Confirmed Surgeon General and Assistant Secretary for Health, Dr. David Satcher.

The president is announcing that the Department of Health and Human Services will initiate a major outreach campaign led by Surgeon General Satcher that will send critical treatment and prevention messages to all Americans, with a special focus on reaching racial and ethnic minorities. This campaign will reach out to local communities, churches, nurses, physicians, and other community-based programs and experts in minority health. It will improve education and outreach efforts and develop innovative strategies to address racial and ethnic health disparities.

Includes Over \$400 Million to Develop New Approaches and to Build on Existing Successes to Address Racial and Ethnic Health Disparities.

Spurs New, Local, Innovative Strategies to Address Disparities. Seriously addressing racial and ethnic disparities in health will require not only the focused application of existing knowledge and best practices, but the development of new approaches. The president's budget proposes a total of \$150 million over five years for grants to up to 30 communities, chosen through a competitive grant process. These grants will be used to conduct research to devise innovative new strategies to improve minority health status. Successful approaches learned in these communities will be applied to all health programs across the Department of Health and Human Services.

Builds on Approaches That Have Proven Successful at Addressing Racial and Health Disparities. The President's balanced budget proposes a new \$250 million investment over five years that would strengthen public health programs that have a proven record of effectively targeting these problems. These proposals include new investments in prostate cancer screening education, diabetes outreach and education, breast and cervical cancer screening for Native Americans, heart disease awareness programs, and HIV prevention. It also includes new funding for community health centers that serve historically underserved populations to make special efforts to target them.

Announces a Major New Foundation/Public Sector Collaboration to Address Disparities. Addressing these serious disparities will take a nationwide effort involving the public and private sectors. The president is announcing today that Grantmakers in Health, an association of over 136 national, regional, and local foundations with over \$42 billion in assets, will team up with the Department of Health and Human Services to co-host a national conference this spring. This conference will be dedicated to help coordinate public and private research, demonstrations and evaluations on racial disparities in health.

Develops More Effective Ways to Target Existing Federal Programs to Address Health Disparities. The Secretary of Health and Human Services will convene a new

IV

taskforce which will bring together the best minds at the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and other public health and science agencies, to develop a comprehensive plan in consultation with experts and minority communities. The plan will ensure, for example, that the latest scientific discoveries about AIDS are transmitted to State Medicaid and Children's Health Programs, and that research, treatment, and education programs for diabetes and heart disease are interconnected and that successful demonstrations are converted to nationwide programs.

Issues National Challenge to Involve Communities, Foundations, Advocacy Organizations, and Businesses to Develop Ways to Target Racial and Ethnic Health Disparities. The President issued a challenge to employers, churches, schools, community-based clinics, nurses, and doctors to make a new commitment to address these racial and ethnic disparities in health. This includes developing new ways to target families to ensure their children are immunized and developing new strategies to make individuals feel more comfortable getting the preventive care they need.

HISTORIC NATIONAL HEALTH GOALS. Using the expertise gained from all of these activities, HHS will join forces with public health groups, medical professionals, minority organizations, and the private sector to develop the first-ever, across-the-board national health goals. These new goals will be included in Healthy People 2010 -- a program that sets the nation's health goals to be accomplished by 2010.

Annexe II

Liste des 46 articles (AJPH)

Author(s): Levine, RS (Levine, Robert S.); Briggs, NC (Briggs, Nathaniel C.); Kilbourne, BS (Kilbourne, Barbara S.); King, WD (King, William D.); Fry-Johnson, Y (Fry-Johnson, Yvonne); Baltrus, PT (Baltrus, Peter T.); Husaini, BA (Husaini, Baqar A.); Rust, GS (Rust, George S.)

Title: Black-white mortality from HIV in the United States before and after introduction of highly active antiretroviral therapy in 1996

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 97 (10): 1884-1892 OCT 2007

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2005.081489

Author(s): Mitchell, DA (Mitchell, Dennis A.); Lassiter, SL (Lassiter, Shana L.)

Title: Addressing health care disparities and increasing workforce diversity: The next step for the dental, medical, and public health professions

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 96 (12): 2093-2097 DEC 2006

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2005.082818

Author(s): Bennett, GG (Bennett, Gary G.); Wolin, KY (Wolin, Kathleen Y.); Viswanath, K (Viswanath, K.); Askew, S (Askew, Sandy); Puleo, E (Puleo, Elaine); Emmons, KM (Emmons, Karen M.)

Title: Television viewing and pedometer-determined physical activity among multiethnic residents of low-income housing

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 96 (9): 1681-1685 SEP 2006

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2005.080580

Author(s): Shah, AM (Shah, Ami M.); Whitman, S (Whitman, Steven); Silva, A (Silva, Abigail)

Title: Variations in the health conditions of 6 Chicago community areas: A case for local-level data

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 96 (8): 1485-1491 AUG 2006

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2004.052076

Author(s): Davis, R; Cook, D; Cohen, L

Title: A community resilience approach to reducing ethnic and racial disparities in health

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (12): 2168-2173 DEC 2005

ISSN: 0090-0036

Author(s): Pickett, KE; Luo, Y; Lauderdale, DS

Title: Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (11): 1976-1981 NOV 2005

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2004.059063

Author(s): Caban, AJ; Lee, DJ; Fleming, LE; Gomez-Marin, O; LeBlanc, W; Pitman, T

Title: Obesity in US workers: The National Health Interview Survey, 1986 to 2002

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (9): 1614-1622 SEP 2005

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2004.050112

Author(s): Stern, AM

Title: Sterilized in the name of public health: Race, immigration, and reproductive control in modern California

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (7): 1128-1138 JUL 2005

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2004.041608

Author(s): Blanchard, JC; Haywood, Y; Stein, BD; Tanielian, TL; Stoto, M; Lurie, N

Title: In their own words: Lessons learned from those exposed to anthrax

VIII

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (3): 489-495 MAR 2005

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2004.038349

Author(s): Krieger, N; Chen, JT; Waterman, PD; Rehkopf, DH; Subramanian, SV

Title: Painting a truer picture of US socioeconomic and racial/ethnic health inequalities: The public health disparities geocoding project

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 95 (2): 312-323 FEB 2005

ISSN: 0090-0036

DOI: 10.2105/AJPH.2003.032482

Author(s): Gomez, SL; Kelsey, JL; Glaser, SL; Lee, MM; Sidney, S

Title: Immigration and acculturation in relation to health and health-related risk factors among specific Asian subgroups in a health maintenance organization

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (11): 1977-1984 NOV 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Probst, JC; Moore, CG; Glover, SH; Samuels, ME

Title: Person and place: The compounding effects of race/ethnicity and rurality on health

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (10): 1695-1703 OCT

2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Thorpe, LE; List, DG; Marx, T; May, L; Helgerson, SD; Frieden, TR

Title: Childhood obesity in New York City elementary school students

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (9): 1496-1500 SEP 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Dole, N; Savitz, DA; Siega-Riz, AM; Hertz-Picciotto, I; McMahon, MJ; Buelkens, P

Title: Psychosocial factors and preterm birth among African American and white women in central North Carolina

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (8): 1358-1365 AUG 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Diamant, AL; Hays, RD; Morales, LS; Ford, W; Calmes, D; Asch, S; Duan, NH; Fielder, E; Kim, S; Fielding, J; Sumner, G; Shapiro, MF; Hayes-Bautista, D; Gelberg, L

Title: Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (5): 783-789 MAY 2004

ISSN: 0090-0036

X

Author(s): Corburn, J

Title: Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (4): 541-546 APR 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Barbeau, EM; Krieger, N; Soobader, MJ

Title: Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (2): 269-278 FEB 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Whaley, AL

Title: Ethnicity/race, paranoia, and hospitalization for mental health problems among men

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (1): 78-81 JAN 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Margellos, H; Silva, A; Whitman, S

Title: Comparison of health status indicators in Chicago: Are black-white disparities worsening?

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (1): 116-121 JAN 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Kandel, DB; Kiros, GE; Schaffran, C; Hu, MC

Title: Racial/ethnic differences in cigarette smoking initiation and progression to daily smoking: A multilevel analysis

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 94 (1): 128-135 JAN 2004

ISSN: 0090-0036

Author(s): Goodman, E; Slap, GB; Huang, B

Title: The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (11): 1844-1850 NOV 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Krieger, N; Chen, JT; Waterman, PD; Rehkopf, DH; Subramanian, SV

Title: Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: A comparison of area-based socioeconomic measures - The public health disparities geocoding project

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (10): 1655-1671 OCT 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Needle, RH; Trotter, RT; Singer, M; Bates, C; Page, JB; Metzger, D; Marcelin, LH

Title: Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: An approach for timely community interventions

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (6): 970-979 JUN 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Metzler, MM; Higgins, DL; Beeker, CG; Freudenberg, N; Lantz, PM; Senturia, KD; Eisinger, AA; Viruell-Fuentes, EA; Geisar, B; Palermo, AG; Softley, D

Title: Addressing urban health in Detroit, New York City, and Seattle through community-based participatory research partnerships

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (5): 803-811 MAY 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Baluja, KF; Park, J; Myers, D

Title: Inclusion of immigrant status in smoking prevalence statistics

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (4): 642-646 APR 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Krieger, N

Title: Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: An ecosocial perspective

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (2): 194-199 FEB 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Northridge, ME; Stover, GN; Rosenthal, JE; Sherard, D

Title: Environmental equity and health: Understanding complexity and moving forward

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (2): 209-214 FEB 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): van Ryn, M; Fu, SS

Title: Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health?

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (2): 248-255 FEB 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Egede, LE; Zheng, DY

Title: Racial/ethnic differences in adult vaccination among individuals with diabetes

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 93 (2): 324-329 FEB 2003

ISSN: 0090-0036

Author(s): Boehmer, U

Title: Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (7): 1125-1130 JUL 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Stern, AM

Title: Making better babies: Public health and race betterment in Indiana, 1920-1935

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (5): 742-752 MAY 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): McClelland, GM; Teplin, LA; Abram, KM; Jacobs, N

Title: HIV and AIDS risk behaviors among female jail detainees: Implications for public health policy

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (5): 818-825 MAY 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Neumark-Sztainer, D; Story, M; Hannan, PJ; Croll, F

Title: Overweight status and eating patterns among adolescents: Where do youths stand in comparison with the Healthy People 2010 objectives?

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (5): 844-851 MAY 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Amaro, H; de la Torre, A

Title: Public health needs and scientific opportunities in research on Latinas

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (4): 525-529 APR 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Taylor, HA; Hughes, GD; Garrison, RJ

Title: Cardiovascular disease among women residing in rural America: Epidemiology, explanations, and challenges

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (4): 548-551 APR 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Hogue, CJR; Vasquez, C

Title: Toward a strategic approach for reducing disparities in infant mortality

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (4): 552-556 APR 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Williams, DR

Title: Racial/ethnic variations in women's health: The social embeddedness of health

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (4): 588-597 APR 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Earp, JA; Eng, E; O'Malley, MS; Altpeter, M; Rauscher, G; Mayne, L; Mathews, HF; Lynch, KS; Qaqish, B

Title: Increasing use of mammography among older, rural African American women: Results from a community trial

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (4): 646-654 APR 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Rowland, AS; Umbach, DM; Stallone, L; Naftel, AJ; Bohlig, EM; Sandler, DP

Title: Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston county, North Carolina

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (2): 231-234 FEB 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Howard-Pitney, B; Winkleby, MA

Title: Chewing tobacco: Who uses and who quits? Findings from NHANES III, 1988-1994

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 92 (2): 250-256 FEB 2002

ISSN: 0090-0036

Author(s): Barr, RG; Diez-Roux, AV; Knirsch, CA; Pablos-Mendez, A

Title: Neighborhood poverty and the resurgence of tuberculosis in New York City, 1984-1992

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (9): 1487-1493 SEP 2001

ISSN: 0090-0036

Author(s): Adair, LS; Gordon-Larsen, P

Title: Maturational timing and overweight prevalence in US adolescent girls

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (4): 642-644 APR 2001

ISSN: 0090-0036

Author(s): Clements-Nolle, K; Marx, R; Guzman, R; Katz, M

Title: HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (6): 915-921 JUN 2001

ISSN: 0090-0036

Author(s): Oppenheimer, GM

Title: Paradigm lost: Race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (7): 1049-1055 JUL 2001

ISSN: 0090-0036

Author(s): Zingmond, DS; Wenger, NS; Crystal, S; Joyce, GF; Liu, HH; Sambamoorthi, U; Lillard, LA; Leibowitz, AA; Shapiro, MF; Bozzette, SA

XVIII

Group Author(s): HCSUS Consortium

Title: Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV-infected Americans

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (7): 1117-1120 JUL 2001

ISSN: 0090-0036

Author(s): Krieger, N; Williams, DR

Title: Changing to the 2000 standard million: Are declining racial/ethnic and socioeconomic inequalities in health real progress or statistical illusion?

Source: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 91 (8): 1209-1213 AUG 2001

Annexe III

Liste des institutions (46 articles, AJPH)

Nom de l'institution	Nbre d'articles	% des 46
COLUMBIA UNIV	6	13.0435%
HARVARD UNIV	6	13.0435%
UNIV MICHIGAN	5	10.8696%
UNIV N CAROLINA	4	8.6957%
UNIV CALIF LOS ANGELES	3	6.5217%
CUNY HUNTER COLL	2	4.3478%
DANA FARBER CANC INST	2	4.3478%
NEW YORK STATE PSYCHIAT INST & HOSP	2	4.3478%
NORTHWESTERN UNIV	2	4.3478%
RAND HLTH	2	4.3478%
STANFORD UNIV	2	4.3478%
UNIV CALIF SAN FRANCISCO	2	4.3478%
UNIV MIAMI	2	4.3478%
UNIV MINNESOTA	2	4.3478%
BOSTON UNIV	1	2.1739%
BRANDEIS UNIV	1	2.1739%
CDC	1	2.1739%
CHILDRENS HOSP	1	2.1739%
CODA WESTAT INC	1	2.1739%
COLUMBIA UNIV COLL PHYS & SURG	1	2.1739%
CROSS CULTURAL HLTH CARE PROGRAM	1	2.1739%
CTR DIS CONTROL & PREVENT	1	2.1739%
CTR HLTH QUAL OUTCOMES & ECON RES	1	2.1739%
CUNY BROOKLYN COLL	1	2.1739%
DEPT PUBL HLTH	1	2.1739%
DEPT VET AFFAIRS SAN DIEGO HEALTHCARE SYST	1	2.1739%
E CAROLINA UNIV	1	2.1739%
EMORY UNIV	1	2.1739%
FINCH UNIV HLTH SCI CHICAGO MED SCH	1	2.1739%
GEORGE WASHINGTON UNIV	1	2.1739%
HARVARD SCH PUBL HLTH	1	2.1739%
HISPAN HLTH COUNCIL	1	2.1739%
JACKSON HEART STUDY	1	2.1739%
KAISER PERMANENTE	1	2.1739%
LOS ANGELES CTY DEPT HLTH SERV	1	2.1739%
MED UNIV S CAROLINA	1	2.1739%
MEHARRY MED COLL	1	2.1739%
MOREHOUSE SCH MED	1	2.1739%
MT SINAI HOSP	1	2.1739%
MT SINAI MED CTR	1	2.1739%
NATL OPINION RES CTR	1	2.1739%
NIEHS	1	2.1739%
NO ARIZONA UNIV	1	2.1739%
NO CALIF CANC CTR	1	2.1739%
NORTHEASTERN UNIV	1	2.1739%
NOVA SE UNIV	1	2.1739%
NYC DEPT HLTH & MENTAL HYG	1	2.1739%
POCHON CHA UNIV	1	2.1739%
PRE BIRTH THREE INITIAT	1	2.1739%
PREVENT INST	1	2.1739%
PUBL HLTH SEATTLE & KING CTY	1	2.1739%
RAND CORP	1	2.1739%
ROCKEFELLER FDN	1	2.1739%
ROSALIND FRANKLIN UNIV MED & SCI	1	2.1739%
RUTGERS STATE UNIV	1	2.1739%

Annexe IV

Le guide de cueillette des données

À quels événements se réfère le document : une maladie (spécifique ou non), un comportement (spécifique ou non) ou un autre événement ?

À quels groupes et catégories se réfèrent les auteurs ?

Le terme race est-il défini ou discuté ?

À quelle(s) entité(s) est-il associé (catégorie, groupe, construit, etc.) ?

L'usage de la race est-il justifié ?

Certains groupes sont-ils qualifiés d'une certaine manière ?

Comment la race a-t-elle été mesurée : par auto/hétéroidentification ; quel est le nombre de catégories proposées ; y avait-il de multiples réponses admises dans le questionnaire initial ?

Quelles catégories raciales ont été prises en compte, constituées et discutées dans le document ; et certains groupes ont-ils été exclus de l'échantillon initial ?

Quelles sont les catégories démographiques ou sociales utilisées ?

Avec quelle perspective le problème a-t-il été abordé ?

Les auteurs ont-ils décrit/expliqué le problème ? Comment ?

Des caractéristiques sont-elles décrites pour l'un ou l'autre groupe ?

Les races/quelles races ont-elles été comparées entre elles ?

Des différences ont-elles été constatées entre les races et éventuellement discutées e/o investiguées ?

Quelle est la finalité recherchée en termes de santé publique ?

L'étude a-t-elle donné lieu à des recommandations en regard de la manière de représenter ou d'étudier la race ?