

## Silaam (Séminaire interlaboratoire d'anthropologie d'Aix-Marseille (2025/2026)

### Santé et colonialités : intimité, violence et genre

#### Argumentaire

*« La violence ne se contente pas de détruire les corps ; elle s'installe dans la vie ordinaire, dans les gestes, les silences et les manières mêmes d'habiter son corps souffrant. »*

Veena Das, Affliction: Health, Disease, Poverty, 2014.

Le Silaam invite, cette année, à une réflexion pluridisciplinaire permettant d'examiner l'imbrication des violences, des économies affectives et des rapports de genre dans les politiques et les pratiques de santé, en les abordant à partir d'une lecture critique ancrée dans des contextes coloniaux /postcoloniaux. Entendue comme la persistance de structures de pouvoir, de hiérarchies épistémiques genrées, raciales, et sexuelles, et de matrices d'altérisation (Bouyahia, 2011), la colonialité permet de penser non seulement la crise et la survivance, mais aussi la reconfiguration de ces logiques dans les sphères les plus ordinaires de la vie quotidienne (Das 2015), telles qu'elles apparaissent dans les ethnographies du contemporain. Nous désignons par l'expression santé, « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre » (Fassin, 2000a). Ce rapport est historiquement construit et construisant parce qu'il se détermine par « des pratiques ordinaires et savantes, les formes institutionnelles et idéologiques du traitement des désordres du corps et de l'esprit » (ibid.). Dès lors, considérer une consultation médicale ou un rite de soin comme un espace où des corps racialisés, blessés ou souffrants se déploient dans toute leur matérialité vulnérable face à l'autorité savante dominante, charismatique ou bureaucratique du/de la soignant·e ou du/de la guérisseur·e, implique de mobiliser une analyse attentive aux hiérarchies raciales, sociales et genrées. Une telle perspective est indispensable à une anthropologie de la santé soucieuse de ne pas invisibiliser, dans ses analyses, les rapports de domination structurels (Fassin, 2000b).

Les médecins, aux côtés des anthropologues et des missionnaires, ont occupé une position centrale dans la production d'un corpus des savoirs sur les colonisé·e·s et leurs mœurs. Ces savoirs médicaux ont été mobilisés pour naturaliser et légitimer des hiérarchies à la fois raciales et sexuelles, en assignant aux corps colonisés des caractéristiques pathologisées, hypersexualisées ou déficitaires, tandis que le corps du colonisateur se voyait érigé en norme implicite de santé, de rationalité et de maîtrise de soi (Bouyahia, ibid.). Fondée sur des logiques d'altérisation, cette configuration de pouvoir a institué un régime de contrôle particulièrement rigoureux de la sexualité et de la reproduction, opérant dans l'ensemble des espaces sociaux traversés par la coprésence hiérarchisée des corps colonisés et colonisateurs. (McClintock 2006) Dans cette économie discursive de l'altérisation coloniale, la condition des femmes a occupé une place centrale dans les entreprises de démonstration de l'infériorité supposée des populations dites « indigènes » (ibid). La subordination des femmes, interprétée à travers une lecture culturaliste et religieuse, a été mobilisée comme un indice privilégié d'arriération sociale et de régulation morale, les sociétés colonisées étant décrites comme ne reconnaissant aux femmes qu'un statut d'objets — à la fois utilitaires et sexuels. Cette construction discursive de l'infériorisation des femmes colonisées a ainsi servi à légitimer l'autorité politique et morale

des colons européens, tout en justifiant le déni des droits politiques à « l’Autre », dont la culture était pensée et jugée intrinsèquement inférieure (Clancy-Smith, 2006).

En sciences sociales et humaines, la manière dont « les corps et les sentiments sont modelés par les rapports de pouvoir spécifiques qui émergent en contexte colonial, leurs effets dans la conduite des politiques impériales et leurs rémanences contemporaines » (Roux, 2021) a été analysée notamment dans le courant désigné sous le terme d’« *affective turn* ». L’intime, souvent perçu comme lieu du privé, du sensible ou du psychique, se révèle dans le cadre de ses travaux, un espace de pouvoir, de normativité, mais aussi de résistance. Contre une appréhension réductrice des émotions comme « objets » cliniques ou épiphénoméaux (*ibid.*), ces approches — élaborées depuis des espaces marginalisés — les conçoivent comme des modalités constitutives de l’expérience sociale, à travers lesquelles se tissent, se signifient et se transforment les vies vécues. Elles engagent ainsi des rapports d’altérité et de domination, mais aussi des formes de soin et d’intersubjectivité. En ce sens, penser l’intimité, revient à interroger les dynamiques par lesquelles le pouvoir circule entre subjectivités, corps, savoirs et émotions, et à analyser la manière dont celles-ci sont façonnées par des héritages historiques et politiques qui excèdent l’expérience individuelle.

Les interventions s’inscrivent dans l’un des axes (ou entre eux), sans que ceux-ci constituent des cadres normatifs : ils sont proposés comme des pistes de réflexion permettant de situer la colonialité dans ses manifestations sensibles, corporelles, institutionnelles, relationnelles et politiques.

### **Axe 1 : Santé, soin, corps et héritages coloniaux**

L’articulation entre santé et (dé)colonialité ouvre un espace de réflexion critique sur les rapports ainsi que les structurations de pouvoir qui traversent les corps, les pratiques de soin et les politiques de santé. Dans la continuité des travaux anthropologiques qui interrogent la production de savoirs médicaux et leurs ancrages historiques, ce séminaire propose de penser la santé comme un champ traversé par des violences et des héritages coloniaux, des inégalités épistémiques et des rapports sociaux situés continuant de s’inscrire dans les corps, les subjectivités, et l’intimité.

Comment soigner, se soigner et prendre soin de son corps dans un contexte spatio-temporel post-colonial ? Les pratiques de soin, loin d’être universelles, demeurent façonnées par des régimes de savoir et des politiques du corps marquées par l’emprise coloniale. Ainsi, la violence coloniale n’est pas restreinte aux structures médicales puisqu’elle se retrouve aussi dans la perception et les gestes administrés aux corps colonisés. Les inégalités d’accès aux soins, la hiérarchisation des médecines ou la disqualification des savoirs thérapeutiques autochtones révèlent la persistance d’un ordre biomédical globalisé. Les connaissances et pratiques thérapeutiques traditionnelles, revendiquées comme des alternatives sanitaires légitimes, font l’objet de demandes de reconnaissance qui facilitent la « participation des populations concernées à la définition des politiques de santé publique qui leur sont applicables » (Nicolas, 2021).

### **Axe 2 : Affects, colonialité et politiques du sensible**

En s’appuyant sur les travaux qui ont montré la dimension affective des projets impériaux et post-impériaux, cet axe propose d’explorer la manière dont les émotions, les attachements, les souffrances, mais aussi les silences et les secrets deviennent des lieux d’inscription de la

colonialité. Ann Laura Stoler, dans ses travaux sur les archives coloniales, montre combien « les attachements dessinent les frontières troubles qui séparent les groupes et les communautés en régime impérial » : dans les foyers, les couples, les corps domestiqués, les affects deviennent le langage discret de la sphère politique coloniale (Stoler, 2002). Les intimités ne sont pas de simples scènes privées ; elles prolongent les hiérarchies raciales et sexuelles du pouvoir impérial. En retracant la « politique des sentiments », Stoler et d'autres (Ahmed, 2004 ; Das, 2006) nous invitent à comprendre comment la violence coloniale s'est incarnée dans les relations les plus ordinaires : les émotions, la santé mentale, les soins, les désirs, les silences.

À rebours des visions universalistes du psychisme et du trauma, ces approches insistent sur l'historicité politique des « souffrances sociales » (Das et al. 1997). Ce qui est médicalisé ou psychologisé – la honte, la douleur, la colère, la pudeur, le deuil, le secret – est aussi le produit d'une histoire sociale et politique. Comme l'écrit Veena Das, il s'agit moins de « représenter la violence » que de saisir « la manière dont elle s'inscrit et se traduit dans la vie quotidienne ordinaire, dans les relations et dans le corps même du langage ». Les intimités coloniales, postcoloniales et migrantes portent ainsi les marques d'une violence historique et structurelle de longue durée, parfois invisible, mais profondément ancrée dans les affects.

### Axe 3 : Intimités au prisme de rapports de pouvoir

Loin de constituer un simple effet de l'individualisation des sociétés contemporaines, l'économie dominante des affects participe à la (re)production et à la reconfiguration des normes de genre, de désir et de subjectivation. En plaçant l'intimité au centre de l'analyse, il s'agit d'interroger les modalités par lesquelles les rapports au corps, à la fertilité, à la reproduction, au plaisir ou à la douleur sont historiquement et politiquement façonnés, et investis par des régimes de savoir et de pouvoir situés. Les expériences de la maternité, de la contraception ou de l'avortement — tout comme celles des violences sexuelles et des traumatismes — apparaissent ainsi comme des sites privilégiés pour appréhender l'articulation entre vécus intimes et structures de domination, entre expériences subjectives et configurations sociales et politiques plus larges.

À l'intersection des études sur la santé, du genre, de l'histoire (post)coloniale, de la psychologie, de l'anthropologie, de la littérature et de la sociologie, cette perspective invite à (re)penser les intimités politiques comme des terrains où se donnent à voir la persistance des héritages coloniaux, la médicalisation du social et la politisation du sensible. Elle ouvre également un espace de réflexion critique sur les manières dont la médecine et les politiques de santé participent à la fois à la (re)production des rapports de domination entre colonisé·e·s et colonisateur·rice·s, et à l'émergence de pratiques de contestation, de réappropriation et de résistance.

## Bibliographie

**Bouyahia, Malek. (2011).** « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité 'indigène' », Cahiers du Genre, n° 50, p.91-110.

**Das, Veena. (2014).** *Affliction: Health, Disease, Poverty*. Fordham University Press, 2015.

**Fassin Didier. (2000a).** « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », Anthropologie et Sociétés, 24(1), p.95-116.

**Fassin, Didier. (2000b).** « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'homme*, n° 153, p.231-250.

**McClintock, Anne. (2006).** « Race, classe, genre et sexualité : entre puissance d'agir et ambivalence coloniale », *Multitudes*, n°26-3, p.109-121.

**Nicolas, Guylène. (2021).** Chapitre 3. La transcription des savoirs thérapeutiques traditionnels à la lumière des droits des peuples autochtones. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 32(3), 51-69.

**Stoler, Anne-Laura. (2002).** *Carnal Knowledge and Imperial Power. Race and the Intimate in Colonial Rule*, University of California Press.

**Roux, Sébastien. (2021).** « Affects », *Encyclopédie critique du genre* (Ed. Juliette Rennes). La découverte, p.37-46.