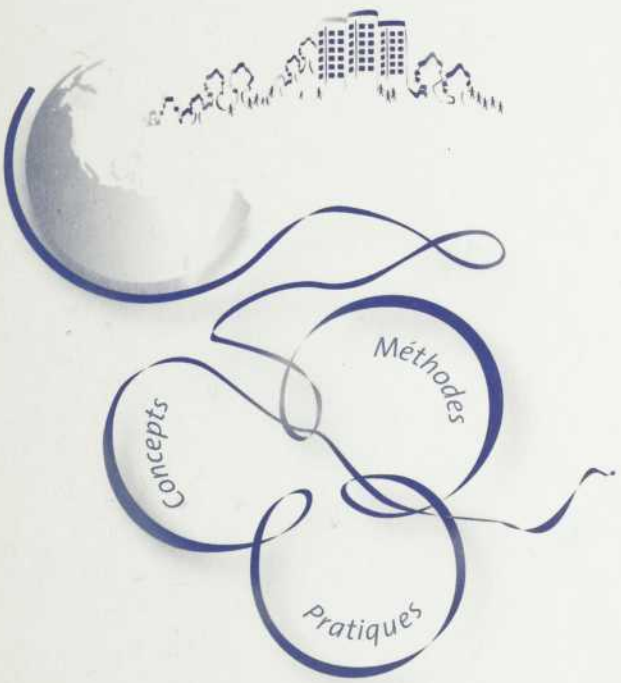
Cahiers scientifiques

114

La recherche en santé mondiale

Perspectives socio-anthropologiques



Publié sous la direction de
José Carlos Suárez-Herrera et
Marie-Jeanne Blain

72

Acfas

Bibliothèque
et Archives
nationales
Québec

Cet ouvrage est imprimé sur du papier sans chlore,
100% postconsommation.

La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques

La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques

Sous la direction de

José Carlos SUÁREZ-HERRERA
et Marie-Jeanne BLAIN

Actes du colloque *Contributions des approches anthroposociales au champ transdisciplinaire et intersectoriel de la recherche en santé mondiale*
présenté dans le cadre du 79e Congrès de l'Acfas,
à l'Université de Sherbrooke et à l'Université Bishop's, le 10 mai 2011

La collection des Cahiers scientifiques de l'Acfas est constituée d'actes de colloques présentés dans le cadre du congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir – Acfas.

L'Acfas remercie le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation pour son soutien financier à la collection.

Direction de la collection : Johanne Lebel
Illustration : Juliana Alvarez
Couverture : Dominique Pissard
Pages intérieures : Jocelyne Thibault
Révision : Pierrette Tostivint

Disponible en librairie
Distribution : Socadis

© Acfas, 2012

Acfas
425, rue de la Gauchetière Est
Montréal (Québec)
H2L 2M7
acfas@acfas.ca
www.acfas.ca

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques

(Cahiers scientifiques ; 114)
Textes présentés lors d'un colloque tenu le 10 mai 2011 à Sherbrooke, Québec dans le cadre du 79e Congrès de l'ACFAS.
Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-89245-154-2

1. Santé mondiale - Recherche - Congrès. 2. Santé mondiale - Congrès. 3. Santé publique - Congrès. 4. Échange de savoirs - Congrès. I. Suárez-Herrera, José Carlos, 1970- . II. Blain, Marie-Jeanne, 1974- . III. Congrès de l'ACFAS (79e : 2011 : Université de Sherbrooke et Bishop's University). IV. Titre. V. Collection: Cahiers scientifiques (Montréal, Québec) ; 114.

RA441.R42 2013 362.1 C2012-942256-8

TABLE DES MATIÈRES

NOTICES BIOGRAPHIQUES 1

REMERCIEMENTS 11

RÉSUMÉ 13

INTRODUCTION

Socio-anthropologie de la recherche en santé mondiale : concepts, méthodes et pratiques

José Carlos Suárez-Herrera 15

PARTIE 1 : CONSIDÉRATIONS CONCEPTUELLES

Vers un paradigme unificateur en santé mondiale

Duncan Pedersen 45

La mondialisation au singulier pluriel. Penser la santé mondiale en anthropologie

Gilles Bibeau 63

La santé publique globalisée : ce que c'est, ce que ce n'est pas...

Véronique Lapaige 81

Réflexions conceptuelles sur les rapports entre la diversité et la santé humaine

Jean-Claude Moubarac 103

PARTIE 2 : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

Y a-t-il une place pour les analyses organisationnelles dans le champ des approches socio-anthropologiques en recherche en santé mondiale?

Daniel Reinharz 119

Méthodes mixtes et santé mondiale

Pierre Pluye 129

Fardeau lié à l'utilisation des services de santé chez les femmes en quête de soins : apports d'une recherche mixte au Burkina Faso

Béatrice Nikiema 137

Pauvreté, exclusion et racisme : modes d'appréhension au pluriel sur la santé des femmes roms

Enkelejda Sula-Raxhimi 153

Étude d'évaluabilité de la stratégie d'évaluation d'une organisation non gouvernementale (ONG) d'aide humanitaire basée au Burkina Faso et au Niger (Afrique de l'Ouest)

Léna D'Ostie-Racine, Christian Dagenais, Mélodie Briand-Lamarche et Valéry Ridde 167

PARTIE 3 : STRATÉGIES OPÉRATIONNELLES

Une incursion dans le monde de la recherche et de l'évaluation en santé mondiale : quelques apprentissages issus de la pratique

Marie Gervais 185

Enjeux liés aux approches sensibles à l'interaction entre le genre et la migration : construire des partenariats, revoir les pratiques pour un accès équitable à des soins de santé

Bilkis Vissandjée et Lakshmi Lingam 197

Réponses psychiatriques aux problèmes de santé liés au trauma dans le Kosova de l'après-guerre

Hanna Kienzler 213

Défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale : le cas de la profession de sage-femme au Maroc

Sabina Abou-Malham, Marie Hatem et Nicole Leduc 229

PARTIE 4 : COMPTE-RENDU DE LA TABLE RONDE DU COLLOQUE

Enjeux, défis et pistes de recherche et d'action en santé mondiale

Animatrice : *Sylvie Fortin*

Conférenciers invités : *Gilles Bibeau, Duncan Pedersen, Marie Gervais et Bilkis Vissandjée* 247

CONCLUSION

Vers une pratique innovatrice de la recherche en santé mondiale : à propos des réseaux transnationaux de traduction des savoirs

José Carlos Suárez-Herrera 261

NOTICES BIOGRAPHIQUES

Sabina ABOU-MALHAM, M.Sc.
Candidate au Ph.D.
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Courriel : sabina.abou.malham@umontreal.ca

Sabina Abou-Malham est détentrice d'une licence en sciences infirmières, d'un diplôme d'État français en soins infirmiers et d'un diplôme de sage-femme, et d'un master Recherche en sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. Elle a occupé le poste de chargée d'enseignement à l'École de sages-femmes de l'Université Saint-Joseph de 1997 à 2004. Elle a aussi été responsable de la formation continue et supérieure de 2004 à 2010. Elle est présentement candidate au doctorat en santé publique au département de médecine sociale et préventive, à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (boursière du programme QTNPR Réseau de formation en recherche périnatale du Québec-IRSC). Elle est également tutrice dans le cadre des cours de Méthodologie de la recherche, Épidémiologie clinique et Raisonnement scientifique aux départements d'administration de la santé et de médecine sociale et préventive à l'Université de Montréal. Son domaine de recherche : santé maternelle et stratégies pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Gilles BIBEAU, Ph.D., M.Sc., B.A., MSRC
Professeur titulaire
Département d'anthropologie, Université de Montréal
Courriel : gilles.bibeau2@sympatico.ca

Gilles Bibeau est professeur au département d'anthropologie de l'Université de Montréal et spécialiste en anthropologie médicale. Il s'est d'abord spécialisé dans le domaine des études africaines et en anthropologie de la santé. Au cours des vingt dernières années, il s'est impliqué dans l'animation du Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME) et a contribué à la diffusion du savoir anthropologique à travers l'animation de deux revues : la revue *Psychotropes*, un journal d'information sur les drogues et leurs usages, dont il a été le co-fondateur et le co-directeur pendant dix ans, et la revue américaine *Medical Anthropology Quarterly* dont il a été l'éditeur international pendant cinq ans. Il s'est aussi impliqué dans plusieurs organisations nationales et internationales, particulièrement comme président de l'Association canadienne des études africaines et comme président du Conseil canadien des sociétés savantes d'études régionales, un consortium regroupant les associations professionnelles d'études asiatiques, africaines, latino-américaines et du Moyen-Orient. Tout en continuant d'accorder un intérêt privilégié à l'étude des sociétés de l'Afrique (le Congo ex-Zaïre, la Côte d'Ivoire et le Mali), Gilles Bibeau mène depuis quelques années des recherches en Amérique latine (Brésil et

Pérou) et en Inde. Ses approches théoriques et méthodologiques s'inspirent des courants interprétatifs et critiques.

Marie-Jeanne BLAIN, M.Sc.
Candidate au Ph.D.
Département d'anthropologie, Université de Montréal
Courriel : mj.blain@umontreal.ca

Marie-Jeanne Blain est candidate au doctorat en anthropologie sociale à l'Université de Montréal (boursière du CRSH et de la Fondation du CHU Sainte-Justine et des Étoiles). Elle s'intéresse aux trajectoires d'intégration socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger ayant migré au Québec, et plus particulièrement aux ressources et aux stratégies mobilisées afin d'intégrer le marché du travail. Elle a été coordonnatrice du Groupe de recherche Diversité urbaine de 2003 à 2006. Elle est membre active de l'Unité de pédiatrie interculturelle du CHU Sainte-Justine depuis 2006, et elle participe comme assistante de recherche depuis une dizaine d'années à différentes recherches dirigées par Deirdre Meintel ou Sylvie Fortin portant sur l'immigration et la diversité, et plus récemment en lien avec l'anthropologie de la santé. Ses intérêts de recherche portent sur les phénomènes identitaires et l'intégration socioprofessionnelle, sur les migrants très qualifiés, la mobilité internationale et la régionalisation de l'immigration ainsi que sur le transfert des connaissances en milieu de pratique.

Mélodie BRIAND-LAMARCHE, M.Sc.
Candidate au Ph.D.
Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : melodie.briand-lamarche@umontreal.ca

Mélodie Briand-Lamarche est étudiante au doctorat recherche en psychologie de l'Université de Montréal. Dans le cadre de son mémoire de maîtrise, elle a étudié les déterminants de l'implantation d'une stratégie de transfert de connaissances par agents multiplicateurs. Ses intérêts de recherche sont l'évaluation de stratégies de transfert, le développement et la validation d'instruments de mesure des effets de ces stratégies et les enjeux épistémologiques et méthodologiques liés à l'utilisation de méthodes mixtes.

Christian DAGENAIS, Ph.D.
Professeur agrégé
Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : christian.dagenais@umontreal.ca

Christian Dagenais est professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal depuis 2004 et se spécialise dans l'étude des processus et des effets de différentes stratégies de transfert de connaissances (TC), discipline qu'il enseigne à des étudiants de maîtrise

et de doctorat. Il est également à la tête d'une équipe fortement investie dans la recherche sur le TC dans leur champ disciplinaire respectif. L'objectif de cette équipe est de développer ce champ de recherche grâce à des partenariats interdisciplinaires et interuniversitaires. Cette équipe, la première sur le sujet au Québec, est financée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture. Depuis plus de quinze ans, Christian Dagenais a participé à des recherches sur de nombreux programmes de transfert de connaissances et il jouit d'une grande crédibilité auprès des milieux académiques et professionnels dans ce domaine.

Léna D'OSTIE-RACINE, M.Sc.
Candidate au Ph.D.
Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : lena.dostie-racine@umontreal.ca

Léna D'Ostie-Racine est étudiante au programme de doctorat en psychologie – volet recherche/intervention, à l'Université de Montréal. Elle est boursière de recherches doctorales des Fonds de recherche sur la société et la culture et également du Programme stratégique de formation en recherche en santé mondiale, un partenariat des Instituts de recherche en santé du Canada et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Dans le cadre de sa thèse, Léna D'Ostie-Racine étudie le développement d'une stratégie d'évaluation ainsi que l'utilisation progressive de l'évaluation au sein d'une ONG œuvrant dans le domaine de la gratuité des soins en Afrique de l'Ouest.

Sylvie FORTIN, Ph.D.
Professeure agrégée
Département d'anthropologie, Département de pédiatrie (affiliation secondaire), Université de Montréal
Courriel : sylvie.fortin@umontreal.ca

Sylvie Fortin mène des recherches sur la diversité sociale, culturelle, ethnique et religieuse et l'actualisation de ce pluralisme au sein de l'espace social de la clinique hospitalière d'ici et d'ailleurs. L'évolution de la médecine et de la pratique clinique est un thème fédérateur, tout comme l'étude des normes et valeurs qui s'y déploient. La clinique devient un espace relationnel, traversé par nombre d'enjeux (structurels, sociaux, culturels, éthiques) à l'instar de la société dans laquelle elle trouve place. Elle s'intéresse plus largement au phénomène migratoire et enjeux de santé ainsi qu'à la sociabilité en contexte migratoire et aux rapports entre minoritaires et majoritaires. Elle est membre de l'Unité de pédiatrie interculturelle (UPI) et du Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, du Groupe de recherche Diversité urbaine de l'Université de Montréal et co-dirige la revue *Diversité urbaine*.

Marie GERVAIS, Ph.D.
Professeure titulaire
Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de médecine, Université Laval
Courriel : marie.gervais@fmed.ulaval.ca

Marie Gervais est professeure à l'Université Laval, depuis plus de vingt ans maintenant. Elle est responsable de programmes de formation spécialisés en évaluation en santé communautaire et offre régulièrement des ateliers visant le renforcement de capacité en évaluation destinés aux praticiens, gestionnaires, représentants d'institutions d'État, partenaires pour le développement et ONG sur la scène internationale. Elle agit régulièrement à titre d'expert-conseil sur divers projets d'évaluation complexes aux plans local et international. Elle représente son université au nouveau Consortium of Universities for Evaluation Education du Canada et est membre du conseil d'administration de la Société québécoise d'évaluation de programme. Elle est également membre de plusieurs associations en évaluation (SQEP, SCÉ, AEA, AES, EES, AfrEA) et membre fondateur du Réseau francophone d'évaluation. La Société québécoise d'évaluation de programme lui a remis le Prix de reconnaissance 2007 pour sa contribution exceptionnelle à l'avancement de l'évaluation au Québec.

Marie HATEM, Inf., SF, MAS, Ph.D.
Professeure agrégée
Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de médecine, Université de Montréal
Courriel : marie.hatem@umontreal.ca

Ses activités de recherche visent la formation et la pratique des professionnels de la santé plus précisément en périnatalité, pour contribuer à la prévention de la mortalité maternelle dans les pays en développement, en général, et à une meilleure gestion du deuxième stade du travail plus spécifiquement. Un de ses principaux projets actuels consiste à assurer l'expansion des activités du Réseau interdisciplinaire pour le développement de la recherche francophone internationale dans le domaine de la maternité sans risques, particulièrement avec les sages-femmes francophones. Par ailleurs, elle s'intéresse au développement des revues systématiques et des méta-analyses et à leur utilisation dans la prise de décision en santé ainsi qu'au développement d'une culture de recherche dans la pratique professionnelle en général, et dans celle des infirmières et des sages-femmes en particulier.

Hanna KIENZLER, Ph.D.
Lecturer
Department of Social Science, Health & Medicine, King's College London
Courriel : hanna.kienzler@kcl.ac.uk

Hanna Kienzler est anthropologue médical et professeur au *Department of Social Science, Health & Medicine* au King's College London (Londres, Royaume-Uni). Elle occupe également le poste de chercheur associé à la Division de la recherche psychosociale en santé mentale au *Douglas Mental Health University Institute* à l'Université McGill. Elle a mené des études de terrains ethnographiques au Kosova et commence un nouveau projet dans les territoires palestiniens occupés. Hanna Kienzler a un intérêt académique de longue date pour le domaine de la santé mentale dans le monde, dans le cadre de violence organisée, de conflits ethniques et d'urgences complexes, en lien avec leurs effets sur la santé mentale. Dans ce vaste domaine d'enquête, elle s'intéresse plus particulièrement aux déterminants sociaux de la santé et de la maladie, à la violence fondée sur le genre, aux traumatismes, aux SSPT, aux idiomes locaux de détresse, à la résilience et aux formes locales de guérison ainsi qu'au domaine des droits de l'homme et des interventions humanitaires et cliniques.

Son travail a été généreusement financé par le Programme stratégique de formation en recherche en santé mondiale (un partenariat entre les Instituts de recherche en santé du Canada et le gouvernement du Québec); le Comité exécutif de l'Initiative de recherche en santé mondiale, le programme Teasdale-Corti (équipe : Violence politique, catastrophes naturelles et répercussions sur la santé mentale : élaboration de politiques et d'interventions novatrices en matière de santé); le Comité de coordination du Programme stratégique de formation des IRSC (Culture and Mental Health Services program); et le W. McConnell Memorial Fellowship (McGill Major Fellowship).

Véronique LAPAIGE, MD, M. A., Ph. D.
Professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal
Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Professeure invitée, Institut national de recherche scientifique, Centre Eau Terre Environnement
Chercheuse, Centre de recherche Fernand-Seguin, Institut de santé mentale de l'Université de Montréal
Courriel : veronique.lapaige@fsi.ulaval.ca

Véronique Lapaige est médecin spécialiste en médecine communautaire et linguiste. Ses intérêts recouvrent la science et les pratiques de l'application des connaissances, le transfert technologique des connaissances et le développement de compétences individuelles et collectives, que ce soit en matière d'écosanté, de santé climatique factuelle (équitable et durable), de climatopsychopathologie (santé mentale d'origine climatique)

et/ou de gestion adaptative d'impacts et vulnérabilités de santé péri- et post-aléa climatique. Jusqu'ici, Véronique a publié et fait en tant que premier auteur plus d'une centaine de communications orales. Son livre *La santé publique globalisée* a successivement été primé à l'échelle locale et internationale. Véronique a été la responsable 2011-2012 Canada-Afrique de l'Ouest pour la question du transfert des connaissances dans un projet transdisciplinaire portant sur les changements climatiques et les ressources hydriques. Elle est aujourd'hui leader pédagogique (« formateur de formateurs ») en écosanté et en télésanté mentale au sein du département de psychiatrie de l'Université de Montréal et est également impliquée dans la création d'un réseau de compétences en écosanté et promotion du développement durable dans les territoires d'application du Plan Nord.

Nicole LEDUC, Ph.D.
Professeure titulaire
Département d'administration de la santé, Faculté de médecine,
Université de Montréal
Courriel : nicole.leduc@umontreal.ca

Nicole Leduc, Ph.D. (Santé publique – Épidémiologie), est professeure titulaire au département d'administration de la santé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et ancienne directrice du programme de doctorat en santé publique (2001-2009). Elle est membre de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (autrefois, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé – GRIS). Ses champs d'intérêt sont l'évaluation des interventions en santé et l'organisation des services de soins de santé. Elle a mené entre autres des études sur l'immigration des médecins au Québec et sur leur rétention en régions rurales.

Lakshmi LINGAM, M.A., Ph.D.
Directrice adjointe
Campus Hyderabad, Tata Institute of Social Sciences (Mumbai, Inde)
Courriel : lakshmil@tiss.edu, lakshmi.lingam@gmail.com

D[r] Lakshmi Lingam est directrice adjointe du Campus Hyderabad du Tata Institute of Social Sciences. Elle assure un leadership innovateur dans l'implantation de ce nouveau campus, en assurant les bases d'un partenariat avec des organisations de la société civile et du gouvernement. Ce nouveau campus, une extension du campus principal de Mumbai offre, depuis septembre 2012, des programmes d'études visant à renforcer de manière significative l'enseignement des sciences sociales et de la recherche. D[r] Lingam est également professeure à l'École des sciences sociales du TISS. Elle a été la directrice du Centre d'études des femmes durant les vingt-trois dernières années, partageant connaissances et expériences sur des thèmes tels que genre, santé, droit, pratiques de développement international et politiques au niveau des études de deuxième et troisième cycles. Les intérêts de recherche du D[r] Lingam s'inscrivent dans la préoccupation des conséquences sociales et sexo-spécifiques de la

réforme du secteur de la santé et d'autres politiques macro-économiques, telles que la pauvreté urbaine et les moyens de subsistance des femmes; elle s'intéresse également à l'étude des mouvements de femmes et des mouvements sociaux dans cette ère de globalisation.

Jean-Claude MOUBARAC, M.Sc., Ph.D.
Chercheur postdoctoral
Centre de recherche épidémiologique en nutrition et santé (NUPENS),
Université de São Paulo, Brésil
Courriel : jcmoubarac@gmail.com

Jean-Claude Moubarac possède une maîtrise en anthropologie et un doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Il se spécialise dans l'utilisation d'approches socioculturelles pour aborder les problèmes de santé publique et globale. Ses travaux portent entre autres sur l'utilisation de méthodes mixtes dans l'étude des déterminants individuels et contextuels du comportement alimentaire, l'impact de la transformation alimentaire sur la santé humaine, de même que les rapports entre la diversité et la santé humaine. Ses recherches visent à documenter les programmes d'éducation nutritionnelle et les politiques publiques permettant d'aborder la pandémie mondiale des maladies chroniques. Il est actuellement en stage postdoctoral au Centre de recherche épidémiologique en nutrition et santé à l'Université de São Paulo au Brésil (NUPENS-USP), dans le cadre d'une collaboration avec le département de nutrition de l'Université de Montréal. Il fait partie d'une équipe qui dirige des recherches internationales sur les tendances de consommation d'aliments ultra-transformés et les impacts de leur consommation sur la santé.

Béatrice NIKIEMA, MD, M.Sc., candidate au Ph.D.
Professionnelle de recherche
Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
(IRSPUM)
Département de médecine sociale et préventive,
Université de Montréal
Courriel : b.nikiema@umontreal.ca

Béatrice Nikiema est professionnelle de recherche à l'Institut de recherche en santé de l'Université de Montréal (IRSPUM). Elle a exercé la médecine clinique, administré plusieurs zones sanitaires, et travaillé comme conseillère de santé publique pour le compte du ministère de la Santé du Burkina Faso. Elle a animé plusieurs cours de formation en recherche-action et coordonné des projets de recherche qualitative et quantitative au Burkina Faso. Ses intérêts de recherches en santé mondiale portent sur la santé de la mère et de l'enfant, sur la qualité, l'accès et l'utilisation des services de santé, et sur la relation entre les rapports de genre et l'accès aux soins en Afrique subsaharienne. Elle travaille aussi sur l'effet de la pauvreté précoce et la santé des enfants en pays développés.

Duncan PEDERSEN, Ph.D.
Professeur agrégé
Département de psychiatrie et Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill
Directeur scientifique adjoint, Affaires internationales, Douglas Mental Health University Institute
Courriel : duncan.pedersen@mcgill.ca

Médecin, formé en santé publique, en épidémiologie et en anthropologie médicale, Duncan Pedersen a une vaste expérience de recherche en Amérique latine, la plupart du temps parmi les peuples autochtones et les populations urbaines pauvres dans les pays de la région andine, du bassin de l'Amazone et du Nordeste du Brésil. Ses intérêts actuels comprennent la recherche en santé mondiale et la recherche interculturelle, ethnographique et épidémiologique sur la violence politique et les résultats de santé mentale. Les questions touchant les problèmes de santé liés au traumatisme et au stress, la souffrance et les stratégies collectives d'adaptation sont ses préoccupations les plus importantes. Il occupe actuellement le poste de professeur agrégé au Département de psychiatrie, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, de l'Université McGill, et dirige le *Trauma & Global Health Research Network* (www.mcgill.ca/trauma-globalhealth). D[r] Pedersen a écrit de nombreux articles et chapitres de livres sur la santé mondiale; les sciences sociales et la médecine; la santé autochtone; la médecine traditionnelle; la stigmatisation, l'exclusion sociale et le racisme; la violence politique et ses conséquences sur la santé mentale. De 2000 à 2008, il a été rédacteur en chef de l'anthropologie médicale pour la revue de renommée internationale *Social Science & Medicine*.

Pierre PLUYE, MD, Ph.D.
Professeur agrégé
Département de médecine familiale, Université McGill
Courriel : pierre.pluye@mcgill.ca

Professeur agrégé, Pierre Pluye est également « nouveau chercheur » des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il est aussi membre associé de l'École des sciences de l'information (McGill), et du Département des sciences sociales en médecine (McGill). Son enseignement et ses travaux de recherche portent sur les méthodes mixtes et les revues de littérature mixtes. Ses travaux examinent l'utilisation des informations issues des technologies de l'information et de la communication en soins de première ligne, et il a développé et validé la méthode d'évaluation des informations qui est utilisée dans plusieurs programmes nationaux de formation continue (http://iam2009.pbworks.com).

Daniel REINHARZ, Ph.D.
Professeur titulaire
Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de médecine, Université Laval
Courriel : Daniel.Reinharz@fmed.ulaval.ca

Daniel Reinharz est professeur au département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, directeur du programme de maîtrise de santé communautaire et responsable de la majeure en santé mondiale de ce programme. Par ailleurs, il est, depuis 2007, professeur invité à l'Institut de la francophonie pour la médecine tropicale, à Vientiane, en RDP Lao, où il enseigne la santé publique.

Valéry RIDDE, Ph.D.
Professeur agrégé
Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de médecine, Université de Montréal
Courriel : valery.ridde@umontreal.ca

Valéry Ridde est professeur agrégé au Département de médecine sociale et préventive et réalise ses recherches depuis plus de dix ans sur l'équité et l'accès aux systèmes de santé en Afrique. Il est chercheur en santé mondiale et en évaluation de programme à l'Université de Montréal/CRCHUM (Canada) et chercheur associé à l'Institut de recherche en sciences de la santé du CNRST au Burkina Faso. Son portefeuille de recherches comprend des projets au Mali, Niger, Burkina Faso et au Bénin.

José Carlos SUÁREZ-HERRERA, M.PH. (Hons.), M.Sc., Ph.D. (Hons.)
Professeur-chercheur :
- DASUM - Département d'Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheur postdoctoral :
- GETOSS - Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé
- IRSPUM - Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
- InterActions - Centre de recherche et de partage des savoirs du CSSS-CAU Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
- SANTÉ-CAP - Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale
Courriel : jc.suarez-herrera@umontreal.ca

José Carlos Suárez-Herrera est professeur-chercheur au DASUM et chercheur postdoctoral à l'ÉNAP et à l'IRSPUM. Il détient un doctorat en santé publique, option organisation et évaluation des interventions complexes dans le champ de la recherche en santé mondiale. Ses travaux de recherche s'inspirent largement de la socio-anthropologie organisationnelle et portent sur les processus innovateurs de gouvernance intersectorielle de réseaux sociaux et de santé, l'intégration organisationnelle de pratiques stratégiques innovatrices et l'évaluation de politiques publiques en matière

de santé et de services sociaux. José Carlos promeut également l'adoption d'une approche réflexive et participative à propos de la pratique de la recherche sociale et de la santé ainsi que le renouvellement du rôle du chercheur dans un contexte complexe de mobilisation des savoirs.

Enkelejda SULA-RAXHIMI, M.Sc.
Candidate au Ph.D.
Département d'anthropologie, Université de Montréal
Courriel : enkelejda.sula@umontreal.ca

Enkelejda Sula-Raxhimi est doctorante en anthropologie à l'Université de Montréal. Elle détient un master de l'Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP) de Lausanne, en Suisse, et elle a également été Affiliate Fellow à Harvard University. Précédemment, elle a travaillé pendant plus de douze ans pour le gouvernement suisse, sa direction de développement et de la coopération, en tant que Senior Program Officer du domaine de la justice sociale. Ses intérêts de recherche portent sur les sociétés en transition et les Balkans, la violence politique et structurelle, les Roms et les femmes, l'ethnicité et le nationalisme.

Bilkis VISSANDJÉE, Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chercheure
Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne
Courriel : bilkis.vissandjee@umontreal.ca

Bilkis Vissandjée, Ph.D. (santé publique, santé internationale, Université du Michigan) est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheure au Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne, un centre de recherche établi dans une organisation de services de santé communautaire de première ligne. Elle est également chercheuse à l'IRSPUM. Son principal intérêt en recherche réside dans les défis que pose la prestation de soins de qualité dans un contexte multi-ethnique, selon une perspective tenant compte du genre, de l'appartenance ethnique, des expériences d'immigration et de l'équité.

Parmi ses nombreuses actions reliées aux questions sur le genre et la migration, elle a contribué, en collaboration avec diverses ONG, à l'élaboration et l'implantation de programmes destinés aux nouveaux arrivants au Canada présentant des affections comme la tuberculose et le diabète de type 2, et adaptés à leur contexte. Elle siège actuellement au Comité consultatif responsable de l'adaptation des programmes et des politiques de santé aux communautés culturelles du Québec, et ce, principalement pour ses travaux qui tiennent compte de l'importance du genre et de la diversité. Par ailleurs, elle travaille avec divers partenaires, dont l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à contribuer à de meilleures pratiques dans le domaine de la santé dans un contexte interculturel et linguistiquement diversifié.

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage collectif est la continuation d'un colloque interuniversitaire[1] qui a compté sur la participation active d'un bon nombre de chercheurs désireux de se plonger dans un espace de réflexion critique et de remise en question de leurs pratiques scientifiques dans le champ de la recherche en santé mondiale. De nature transdisciplinaire et intersectorielle, il adopte une perspective socio-anthropologique et fait appel à de nombreux acteurs représentant plusieurs disciplines et champs de pratique différents qui se réunissent autour des enjeux globaux relatifs à la santé des populations locales.

Sa réalisation a donc été le fruit d'un travail de coordination et d'harmonisation de longue haleine, où les efforts et le temps consacrés à la mise en cohérence de discours, de méthodes et de pratiques aussi multiples que divergents ne sont pas du tout négligeables.

Il faudrait dire premièrement que cet ouvrage, qui se prétend avant tout un travail de « réconciliation innovatrice », n'aurait pas vu le jour sans la précieuse implication des conférenciers participant au colloque. La qualité et la pertinence de leurs contributions jouissent de toute notre reconnaissance et admiration, étant donné l'intérêt et la promptitude avec lesquels ils ont répondu à notre appel. Ceci dit, nous tenons à remercier plus particulièrement nos chères conférencières et chers conférenciers, véritables créateurs de cet ouvrage collectif : Duncan Pedersen, Gilles Bibeau, Véronique Lapaige, Jean-Claude Moubarac, Daniel Reinharz, Pierre Pluye, Béatrice Nikiema, Enkelejda Sula-Raxhimi, Léna D'Ostie-Racine, Marie Gervais, Bilkis Vissandjée, Hanna Kienzler et Sabina Abou-Malham.

Un ouvrage de cette nature requiert un soutien financier qui nous a été aimablement offert par plusieurs institutions du domaine de la recherche en sciences sociales et de la santé au Québec. Nous tenons à remercier spécialement le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), le Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale (Santé-Cap), l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), le Département d'anthropologie de l'Université de Montréal et l'Association des anthropologues du Québec (AANTHQ). Il va sans dire que leur soutien n'est pas qu'économique, il est aussi symbolique, dans un contexte où le champ de la recherche en santé mondiale se situe face à l'impératif de traduire des savoirs de tout

1. Ce colloque, intitulé « Contributions des approches anthroposociales au champ transdisciplinaire et intersectoriel de la recherche en santé mondiale », a eu lieu le 10 mai 2011, dans le cadre du Congrès de l'Acfas, à l'Université de Sherbrooke et de Bishop's. Cet événement a ouvert le débat à des chercheurs et des étudiants universitaires des cycles supérieurs, affiliés à des universités québécoises, autour des enjeux associés au champ de la recherche en santé mondiale.

ordre dans des projets d'action collective tant scientifiquement valides que socialement acceptables.

Nous tenons à souligner également le soutien des collègues membres de notre petit comité organisateur et scientifique qui ont su s'armer de patience et assumer les tâches toujours imperceptibles aux yeux du lecteur, mais importantes pour l'édition de tout ouvrage collectif. Ainsi, nous avons profité de l'efficacité impeccable de nos rapporteurs, Julien Simard et Luc Doyon, qui ont indéniablement bonifié la précision technique du compte-rendu qui a précédé cet ouvrage. En outre, la qualité des manuscrits s'est vue visiblement enrichie par la profondeur et la rigueur des évaluations faites par notre équipe de réviseurs : Vincent Duclos Bélanger, Claudyne Chevrier, Lynda Rey, Olivier Sossa, Sabina Abou-Malham, Karine Bates et Enkelejda Sula-Raxhimi. Nous avons aussi compté sur le savoir-faire de l'animatrice scientifique de notre table ronde, Sylvie Fortin, qui par ses commentaires précis et sa capacité de synthèse a su mettre en écho les conférences et discussions de la journée avec cohérence et recul. Ses contributions pourront être appréciées dans la quatrième partie de cet ouvrage.

Notre plus sincère reconnaissance va à la maison d'édition, les Cahiers scientifiques de l'Acfas, ainsi qu'à sa représentante, Johanne Lebel, qui a su traduire nos souhaits et attendre avec une patience infinie la remise de toutes les sections configurant cet ouvrage. Nous avons également pu compter sur le talent de Juliana Alvarez, qui a su rendre habilement dans son design de la couverture ce que nous imaginions dans nos pensées, un merci chaleureux pour son écoute et sa réceptivité.

Un dernier mot très spécial à vous, lecteur critique et – nous l'espérons bien – impliqué de cet ouvrage, que nous souhaitons avoir l'opportunité de croiser dans le cadre de projets collectifs à venir avec un réseau de chercheurs qui accompagne de très près les acteurs avec qui nous avons le véritable plaisir de travailler pour améliorer ensemble les conditions sociales d'existence des populations contemporaines.

À Montréal, le 31 juillet 2012

José Carlos et Marie-Jeanne

RÉSUMÉ

La nature transdisciplinaire et intersectorielle de la recherche en santé mondiale fait appel à des théories, des méthodes et des pratiques procédant de plusieurs courants de pensée contemporains fort éloignés du point vue épistémologique, mais potentiellement complémentaires. Cette confluence d'approches favorise l'émergence d'interactions dynamiques entre de nombreux acteurs concernés par la recherche tout en permettant de mettre en œuvre une démarche dialectique entre, d'une part, des perspectives plus universalistes, qui prônent l'unicité des critères et l'équivalence du sens, et, d'autre part, des approches nettement culturalistes, qui préconisent la cohérence interne et la différenciation identitaire.

Afin de rendre compte de cette complexité et des enjeux qui lui sont attribués, nous avons organisé en 2011, dans le cadre du 79e Congrès de l'Acfas, un colloque visant l'alignement d'un ensemble de propositions socio-anthropologiques essentielles au développement de compétences clés pour les chercheurs, praticiens, étudiants et gestionnaires en santé mondiale. Pour ce faire, nous avons compté sur la participation de chercheurs reconnus dans le domaine de la santé mondiale pour la qualité et les retombées de leur production scientifique ainsi que d'étudiants universitaires des cycles supérieurs.

Tout en suivant la structure proposée au sein du colloque, les sections de cet ouvrage illustrent les contenus examinés au sein des quatre sessions de cet événement. Les deux premières parties sont consacrées respectivement aux **considérations conceptuelles** et aux **approches méthodologiques** associées à la recherche en santé mondiale. La troisième partie, quant à elle, est dédiée aux **stratégies opérationnelles** relatives à la pratique du chercheur en santé mondiale. Enfin, la dernière partie de cet ouvrage est axée sur **les enjeux, les défis et les pistes de recherche et d'action** pour la santé mondiale contemporaine.

INTRODUCTION

SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ MONDIALE : CONCEPTS, MÉTHODES ET PRATIQUES

José Carlos Suárez-Herrera

La nature paradoxale de la recherche en santé mondiale : entre dynamiques globales et pratiques locales

La mondialisation, de par la myriade de dynamiques qui la configurent – d'ordre économique, social, politique, technologique, culturel, etc. –, constitue un des enjeux les plus importants pour la santé et le bien-être des sociétés contemporaines (Labonte, 2008; Gostin et Mok, 2009). De ce fait, on assiste aujourd'hui à une prolifération de débats autour du rôle que les chercheurs en santé mondiale devraient jouer face aux défis émergeant des phénomènes critiques reliés à la mondialisation (Beaglehole et Bonita, 2008; Kickbusch, 2006).

Un constat semble faire consensus à cet égard : il existe un besoin incontestable de créer et de mettre en place un ensemble d'infrastructures internationales de recherche en matière de santé capables de faire face, entre autres, à la croissance constante des inégalités sociales, à l'instabilité sociétale inhérente aux mouvements migratoires transnationaux, à l'augmentation des problèmes sociaux et de la santé liés aux transformations des patrons épidémiologiques, aux régulations transformatrices des systèmes de santé, à l'insécurité alimentaire associée à la transition nutritionnelle ou à l'apparition de nouvelles sources de risque dont les menaces dépassent les frontières nationales (Berndtson et autres, 2007; McMichael et Beaglehole, 2000; Varmus et autres, 2003).

Parallèlement, on témoigne d'un processus de territorialisation des interventions et des programmes en matière de santé qui apparaît comme un mécanisme de régulation censé assurer un développement équilibré des milieux de vie en tenant compte des spécificités et des besoins particuliers des populations locales. Ceci aboutit notamment à une mobilisation accrue des personnes et des communautés concernées au niveau local, notamment grâce au partage de savoirs et à la mise en place de réseaux d'action intersectorielle (Bettcher et Wipfli, 2001; Bozorgmehr, 2010; Brugha et Kris, 2008; Horton, 2009; Lapaige, 2010a).

Dans ce contexte remarquablement complexe, les institutions gouvernementales traditionnelles sont confrontées à des processus participatifs de formulation et de mise en œuvre des politiques en matière de santé et de services sociaux (Kickbusch, 2000, 2005; Navarro, 2008). Apparaissent dès lors, graduellement, de nouvelles formes de gouvernance transcendant la capacité décisionnelle de ces institutions

à gérer des enjeux d'une ampleur jamais connue auparavant (Lapaige, 2010b; Tarantola, 2005). Simultanément, des acteurs sociaux de plus en plus diversifiés participent de façon très dynamique à la mise en place de stratégies de gouvernance territoriale en matière de santé publique, façonnant un ensemble de mouvements sociopolitiques de portée transnationale tels que les luttes altermondialistes, les mouvements contre les inégalités sociales ou les nouvelles instances en matière de sécurité alimentaire (Beaglehole et autres, 2004; Kickbusch et de Leeuw, 1999).

Ainsi, une myriade de réseaux sociaux naît des interrelations constantes entre ces acteurs. Ces réseaux, imbriqués à l'échelle internationale, facilitent d'une certaine manière l'ancrage de nombreux mouvements sociaux globalisés dans des scénarios locaux de luttes quotidiennes et de gestion des conflits en matière de santé (Bozorgmehr, 2010; Saillant et Genest, 2005). La dimension supraterritoriale de ces mouvements sociaux donne lieu à une cartographie spécialement dynamique de stratégies intersectorielles au-delà des frontières nationales classiques, qui se configure comme un espace transnational d'action collective à double sens : d'une part, la configuration des pratiques sociales en matière de santé publique au niveau local constitue un champ de luttes relationnelles conditionnant la formulation de politiques publiques internationales en matière de santé; d'autre part, ces politiques internationales constituent un champ de forces structurelles au niveau global déterminant la territorialisation à grande échelle de nouvelles pratiques locales (Fassin, 2001; Suarez-Herrera, Champagne et Contandriopoulos, 2010).

Les chercheurs en santé mondiale gagneraient donc à être attentifs à la relation entre les transactions locales des acteurs sociaux et les enjeux d'ordre transnational des sociétés contemporaines. La recherche en santé mondiale trouve ainsi son champ de recherche et d'action dans des espaces paradoxaux d'ordre infranational local, entités géographiques bien définies, comme les villes et les villages, et en même temps d'ordre supraterritorial global, dans des endroits très éloignés dans l'espace mais mutuellement interconnectés (Suarez-Herrera, 2010; Suarez-Herrera, Blain et Bibeau, sous presse).

De nouveaux défis épistémologiques pour la recherche en santé mondiale

La complexité inhérente aux dynamiques sociétales contemporaines citées ci-dessus concerne directement le champ de la recherche en santé mondiale, qui n'échappe pas aux influences irrésistiblement contradictoires d'un double processus paradoxal à la fois de globalisation institutionnelle et de territorialisation intersectorielle. Or, cette dualité des perspectives, à la fois globale et locale, se traduit par la coexistence d'un ensemble de défis d'ordre épistémologique, dont nous considérerons ici quelques éléments significatifs.

Du point de vue *conceptuel*, le champ de la recherche en santé mondiale se configure comme un univers pluriel et dynamique de facture

hétérogène, dont les conceptions et les définitions varient selon les acteurs, les organisations et leurs valeurs (Bozorgmehr, 2010; Brown, Cueto et Fee, 2006; Janes et Corbett, 2009; Koplan et autres, 2009). Ce glissement sémantique et la facture polysémique des concepts apparaissent comme une source potentielle de conflits ou de malentendus entre les chercheurs impliqués. De prime abord, en santé mondiale, les problèmes de communication peuvent constituer un défi conceptuel majeur, car la langue n'est pas simplement un moyen de transmission d'idées; elle représente aussi une structure sociale faisant partie intégrante du système de valeurs et de représentations culturelles des populations locales (Dean et autres, 2005; Mangen, 1999)[1].

Dans un même ordre d'idées, l'utilisation de notions universelles dans le champ de la recherche en santé mondiale témoigne d'une expansion irrésistible des modèles conceptuels occidentaux[2]. En fait, la socio-anthropologie met en lumière qu'il s'agit bien de mécanismes produits par des communautés scientifiques œuvrant dans ce champ. Ces mécanismes se traduisent par une tendance généralisée à développer une équivalence fonctionnelle entre les catégories conceptuelles utilisées. En effet, comme pour toute démarche d'ordre épistémologique, ces catégories sont issues d'un processus de construction sociale élaboré par des chercheurs répondant essentiellement aux exigences de leur contexte institutionnel spécifique et qui rendent difficilement compte des conditions sociales et culturelles d'existence des populations locales (Livingstone, 2003; Mangen, 1999).

Du point de vue *méthodologique*, la recherche en santé mondiale expérimente de nos jours la coexistence d'une pluralité de dispositifs méthodologiques qui représentent simultanément la vision universaliste des approches quantitatives et la perspective culturaliste des approches qualitatives[3]. En conséquence, le processus de production des connaissances scientifiquement valides et socialement acceptables permettant une comparaison systématique de l'ensemble des pays ciblés par les recherches en santé mondiale représente dans ce cas une source

1. La langue reflète les modes de raisonnement, les croyances et l'idéologie des acteurs sociaux concernés. Ainsi, la capacité des membres d'une équipe de recherche en santé mondiale à communiquer de façon effective sur le plan international et à parvenir à une compréhension mutuelle des concepts et des notions partagés est loin d'être évidente (Bozorgmehr, 2010; Hantrais et Letablier, 1998).

2. Tels que des *déclarations internationales*, comme les objectifs du millénaire pour le développement, adoptés en 2000 par 189 États, des *normes institutionnelles*, comme les fonctions essentielles de la santé publique diffusées par l'Organisation mondiale de la santé au début des années 2000, et même des *actions collectives*, comme la participation communautaire, devenue le leitmotiv du discours universalisant des soins de santé primaires (Fassin, 2001; Suarez-Herrera, 2010).

3. L'objectif de représentativité et de généralisation de la recherche sur le plan international – soit sa portée universaliste – peut être mis en lien avec les approches quantitatives, où toute bonne pratique est généralisable peu importe le contexte particulier. D'un autre côté, les approches qualitatives de la recherche relèvent les éléments spécifiques et contextuels, culturels, les adaptations nécessaires aux milieux locaux.

considérable de controverses parmi les acteurs concernés. Effectivement, la prépondérance accordée aux données statistiques demeure encore très présente au sein des méthodes de recherche en santé mondiale, bien que ces chiffres puissent être contestables (Olivier de Sardan, 2010). Le fait d'imposer, pour tout projet de recherche en santé mondiale, une « méthode scientifiquement valide » est systématiquement centré sur le développement d'indicateurs comparables d'ordre quantitatif.

Les méthodes qualitatives, axées sur la production de connaissances socialement acceptables, sont à cet égard peu connues et suscitent la méfiance par leur « manque de rigueur » (Massé, 2010). Parallèlement, la sélection du milieu de recherche n'est pas toujours claire en raison des contraintes liées aux types de supports institutionnels et financiers (Hantrais et Letablier, 1998). Ces choix dépendent souvent de facteurs extérieurs aux conditions locales de la recherche, d'ordre plutôt politique ou financier[4]. Par ailleurs, et en lien avec les défis d'ordre conceptuel mentionnés plus haut, la formulation de la problématique et la définition préalable de l'objet de recherche posent souvent des entraves comparatives considérables. Les mêmes problèmes ne sont pas forcément présents dans deux contextes différents, et des problèmes apparemment identiques peuvent avoir des caractéristiques distinctes en fonction du contexte (Suarez-Herrera, 2008).

Troisièmement, du point de vue *opérationnel*, l'émergence exceptionnelle d'approches d'ordre participatif, partenarial, collaboratif et associatif complexifie graduellement les rôles et les pratiques des chercheurs en santé mondiale, qui doivent s'intégrer, voire s'engager, dans le contexte social au sein duquel ils développent leurs études. Une nouvelle configuration internationale de la pratique de la recherche en santé mondiale s'impose depuis le milieu des années 1990. Plusieurs organismes et bailleurs de fonds multinationaux – tant des domaines public et civique que privé – partagent désormais la vedette dans la structuration des nouvelles scènes intersectorielles de production et de transfert des savoirs. Dans ce contexte complexe, les chercheurs occidentaux, souvent les instigateurs des projets de recherche en santé mondiale, ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour développer des pratiques de recherche adaptées et sensibles aux valeurs des chercheurs provenant des pays partenaires (Bibeau, 1997).

4. À cet égard, le positionnement des commanditaires peut créer diverses difficultés. En effet, les financements des recherches en santé mondiale viennent en général des institutions qui élaborent ou mettent en œuvre les programmes d'intervention en matière de santé (dans de nombreux pays, l'État étant en général incapable de financer lui-même des études, il s'agit essentiellement d'institutions internationales, de fondations privées ou d'ONG). Or, ces commanditaires ont certains présupposés, couramment convertis en exigences, concernant les dispositifs méthodologiques de recherche (Olivier de Sardan, 2010).

La question du pouvoir devient alors centrale dans les recherches en santé mondiale[5]. Ainsi, d'importantes divergences pratiques concernant des rapports de pouvoir asymétriques entre les chercheurs peuvent donner lieu à la manipulation du consentement libre et éclairé, au non-respect de la confidentialité des données, au manque d'engagement actif des informateurs clés et, finalement, à des irrégularités dans la mise en application des critères de scientificité et de qualité des études (Suarez-Herrera, 2008). Enfin, l'applicabilité des connaissances internationalement produites représente également un défi épistémologique relié à la pratique de la recherche en santé mondiale. Les chercheurs occidentaux ont souvent tendance à généraliser leurs résultats, perçus comme neutres et universellement applicables, mais se révélant plutôt culturellement imprécis et contextuellement peu explicites, ce qui entrave l'opérationnalisation de leurs recherches en stratégies claires pour la mise en action de savoirs socialement acceptables (Suarez-Herrera, Blain et Bibeau, sous presse). En conséquence, les acteurs locaux concernés peuvent se montrer suspicieux envers les chercheurs « étrangers » en raison de leurs expériences de recherche précédentes ou du fait que leurs points de vue n'avaient pas été considérés (Marshall et Batten, 2003).

§

Afin de rendre compte de cette complexité et des enjeux qui lui sont attribués, nous avons organisé, dans le cadre du 79e Congrès de l'Acfas, un colloque visant l'alignement d'un ensemble de propositions socio-anthropologiques essentielles au développement de compétences clés pour les chercheurs, praticiens, étudiants et gestionnaires agissant dans le champ de la santé mondiale. Pour ce faire, nous avons fait appel à des chercheurs et à des étudiants universitaires des cycles supérieurs reconnus dans le domaine de la santé pour la qualité et les retombées de leur production scientifique. La diversité disciplinaire de ces participants, provenant de plusieurs milieux académiques du Québec, offre un regard original sur la recherche en santé mondiale, se caractérisant surtout par l'étendue globale de sa perspective épistémologique ainsi que par sa sensibilité aux particularités locales de la santé des populations.

Tout en suivant la structure proposée au sein du colloque, les parties de cet ouvrage illustrent les contenus abordés au sein des trois sessions et de la table ronde de cet événement. Les deux premières parties sont consacrées respectivement aux *considérations conceptuelles* et aux *approches méthodologiques* associées à la recherche en santé mondiale. La troisième partie est dédiée aux *stratégies opérationnelles* relatives à la pratique du chercheur en santé mondiale. La dernière partie est axée quant à elle sur

5. Certains groupes sociaux manquent de représentativité et de crédibilité aux yeux des communautés académiques occidentales qui, en général, contrôlent les processus de production et transfert des connaissances (Marshall et Batten, 2003).

les *enjeux*, les *défis* et les *pistes de recherche et d'action* pour la santé mondiale contemporaine.

PARTIE 1 : Considérations conceptuelles

Cette partie expose un certain nombre de considérations conceptuelles nécessaires à la compréhension des enjeux théoriques de la recherche en santé mondiale. Les auteurs illustrent ici la complexité croissante des définitions et des concepts émergents, les problèmes associés à l'appropriation sociale des innovations conceptuelles ainsi que les contributions de différents courants de pensée de la socio-anthropologie sur les représentations contemporaines de la santé mondiale.

Tout en projetant un point de vue intégrateur, le chapitre de **Duncan Pedersen** discute de l'émergence de la santé mondiale comme champ de recherche et de pratique depuis une perspective critique de la santé humaine. Son propos est illustré à partir des thèmes suivant : a) les crises de la santé publique et la nécessité d'élargir la santé collective comme champ de recherche; b) les contributions des sciences sociales à la reconfiguration du champ de la santé des populations; c) la nécessité de revoir le système de valeurs occidentales et les fondements éthiques de la santé mondiale; d) l'atteinte d'un financement plus équilibré dans la recherche en santé mondiale; e) la refonte du programme de recherche en santé mondiale.

Duncan Pedersen replace la santé publique globale[6] dans son contexte politique – soit celui de la globalisation du capitalisme, dont il critique les effets et pour lesquels il proposera des pistes de solutions paradigmatiques. Le contexte de la globalisation implique de profonds changements sociaux et politiques et, pour Pedersen, nous pouvons d'ores et déjà en mesurer les impacts sur la santé globale des populations. Dans le monde pris dans son ensemble, les inégalités économiques et les taux de mortalité sont en hausse, la violence est endémique, les afflux de réfugiés se font plus intenses : autant de réalités qui se traduisent en de piètres bilans de santé des populations.

Face à ces réalités, la santé mondiale a émergé comme un espace de recherche et de pratique dans les années quatre-vingt-dix. Ce champ a néanmoins été critiqué dès son émergence : en effet, un manque de bases théoriques et un appareil conceptuel faible ont limité la constitution d'un front commun de chercheurs. Depuis, pour Pedersen, trois approches de la santé mondiale, parfois antagonistes, évoluent simultanément : 1) l'approche néolibérale, au fonctionnement vertical, fondée sur les données probantes et la rentabilité, insérée dans l'innovation biotechnologique et l'utilitarisme à travers des interventions-clés contre des maladies spécifiques; 2) l'approche des droits humains et de la justice sociale, aussi fondée sur les données probantes, mais dont les interventions sont

6. Traduit de l'anglais « Global Public Health ».

intégrées et horizontales; et 3) l'approche des déterminants sociaux de la santé.

Dans le nouveau paradigme de santé mondiale qu'il propose, Pedersen s'inscrit résolument dans les deux derniers mouvements. Cette nouvelle santé mondiale doit, selon lui, reconnaître à la fois les solutions biotechnologiques et sociales aux problèmes de santé et mieux connaître les déterminants sociaux et biologiques de la santé et de la maladie, tout en élargissant le modèle classique historiquement axé sur les causes des maladies. La santé publique classique serait trop restreinte par un focus unidimensionnel basé sur le modèle biomédical ainsi que par des approches interventionnistes verticales et spécifiques. Duncan Pedersen souligne qu'un programme de recherche en santé mondiale devrait se focaliser non seulement sur le fardeau global de la maladie, mais surtout sur le contexte social, politique, environnemental et économique dans lequel les maladies évoluent. Il est primordial de développer une meilleure compréhension des facteurs déterminants qui sont néfastes et d'importance pour différents résultats de santé; les façons dont ils interagissent et les liens ou mécanismes qui pourraient expliquer la corrélation entre ces facteurs et leur impact sur la santé des populations.

En somme, le nouveau paradigme permettrait de reconfigurer le champ des études populationnelles en rendant, entre autres, explicites les fondations éthiques de l'intervention en santé mondiale. La réflexion éthique est indispensable pour questionner la nature et la portée des interventions ainsi que pour remettre en question la façon de traiter et d'interagir avec les bénéficiaires de celles-ci : pour qui, comment, pourquoi cette intervention est-elle mise de l'avant ? La recherche en santé mondiale doit donc se retrouver à l'intersection des interactions entre les sphères politiques, sociales, biologiques et environnementales des terrains d'intervention et doit être versée dans une réflexion éthique et morale autour de la justice sociale.

Ces pensées critiques sur la conception biopolitique et éthique de la santé mondiale sont reprises par **Gilles Bibeau**, qui invite les lecteurs à se pencher sur les approches proposées par l'anthropologie contemporaine appliquée au champ de la santé mondiale. Selon ces approches, parmi les sujets les plus puissants qui ont provoqué, ces dernières années, des débats d'idées dans le champ de la santé publique et de la santé mondiale, on peut citer le grand intérêt pour les déterminants sociaux de la santé, la colossale attention portée aux questions environnementales, les approches novatrices des penseurs postcoloniaux, l'accent mis dans les études ethnographiques sur le « global scale », le souci de comprendre les recompositions hybrides des cultures locales, l'attention à la prise de parole, parfois radicale, des organisations communautaires et alternatives, et les constantes références à la question de l'éthique sociale.

Au carrefour de tous ces mouvements d'idées, il semblerait qu'une conjoncture nouvelle se dessine progressivement et qu'un profil polymorphe des théories, des concepts et des méthodes de la santé mondiale est en train de se mettre en place. Dans son texte, Bibeau s'attache

à faire un diagnostic de la situation en se centrant principalement sur la contribution que l'anthropologie postcoloniale peut apporter à la santé mondiale. Mais avant tout, il se positionne au cœur des grands enjeux contemporains des sciences sociales touchant les aspects de la recherche en santé mondiale.

Face aux tendances des responsables politiques de ne s'intéresser qu'aux réponses techniques des problèmes de santé mondiale, l'anthropologie postcoloniale peut apporter un discours différent et pertinent. Insérée dans certaines approches issues des théories sociales critiques, la discipline a énormément changé dans les dernières décennies, devenant véritablement post-impériale, mondialisée, décolonisée et multivocale dans un monde multipolaire. L'anthropologie appliquée au champ de la santé tendrait en effet à promouvoir des approches critiques qui viennent ébranler les confortables certitudes défendues par les écoles de pensée qui ont façonné l'histoire de la santé mondiale.

Elle pense maintenant la santé en termes d'engagement, d'autoréflexivité, de fluidité des frontières et de nouveaux savoirs locaux. Elle se rapproche d'une pensée complexe, mélangeant les perspectives sociales et biologiques, dans un mouvement indissociable d'une réflexion éthique et d'un projet social, politique et philosophique, ayant d'emblée un parti-pris pour l'égalité des sociétés humaines et les luttes pour la justice sociale. Ce paradigme peut à juste titre influencer la recherche en santé mondiale en se substituant aux approches classiques, durkheimiennes, de l'acteur rationnel. Le conflit, la classe et la hiérarchie n'avaient autrefois que peu d'espace dans un cadre harmoniciste et fonctionnaliste, basé sur le quantitatif et les approches démographiques, approches qui sont au final dé-sociologisantes.

Le contexte de la mondialisation nécessite donc de nouvelles perspectives conceptuelles et approches théoriques, capables de partir de ce qui se passe sur les scènes locales tout en cherchant à saisir comment celles-ci sont reconfigurées, remodelées et transformées par le régional et le mondial. Un des défis centraux qui se posent à toute réflexion sur la recherche en santé mondiale est celui de la position paradoxale qu'il nous faut occuper, position faite à la fois de proximité et d'étrangeté, d'affirmation des ressemblances et des différences. Bibeau s'interroge sur ce paradoxe sans jamais faire l'impasse sur ce qui en l'autre nous échappe et sans être aveugle par rapport à ce que nous reconnaissons comme nôtre dans le monde de l'autre. Les travaux anthropologiques de Paul Farmer (2004) ou de Didier Fassin (2001) en sont des exemples, de même que les courants de la psychiatrie sociale et communautaire, transculturelle ainsi que l'épidémiologie d'inspiration sociale et anthropologique.

Au final, pour Bibeau, il n'y a pas de santé mondiale sans une critique radicale de la mondialisation ainsi que des modèles occidentaux. En ce sens, l'apport principal de la pensée anthropologique réside dans une remise en question des modèles classiques de la recherche en santé mondiale, critique sans laquelle une véritable santé publique ne serait pas possible. Il faudrait impliquer la pensée – dit-il en citant Hanna Arendt

- dans les problèmes de la Cité, au contact de la vie des familles, dans l'altérité et la différence et ne pas hésiter à se laisser déplacer par les pensées non occidentales.

C'est dans ce sens que **Véronique Lapaige** essaie de relier le champ de la santé publique et le phénomène de la globalisation tout en démêlant les fils conceptuels intriqués. La globalisation, d'emblée, doit être saisie comme la forme contemporaine de mondialisation qui se déploie depuis une trentaine d'années. La santé publique globalisée doit à son tour être replacée dans son contexte socio-historique, en tant que champ en crise dans un contexte global et dont le défi principal demeure celui de la gouvernance. Pour Lapaige, essentiellement, cette santé publique globalisée doit donc être re-théorisée de manière complexe si elle veut prétendre incarner la refonte du lien brisé entre contextes micro et macro dans la recherche en santé mondiale.

La santé publique n'est conceptualisée comme champ que depuis peu, héritage notamment du travail de Gagnon et Bergeron (1999). Cette perspective de « champ » permet de comprendre la nécessité de nouvelles méthodologies, de nouvelles pratiques, d'une nouvelle épistémologie et voire d'une nouvelle ontologie. Le pragmatisme conceptuel, le primat des études quantitatives et empiriques ainsi que des théories non critiques du social qui s'appuyaient sur le choix rationnel des acteurs doivent faire place, dans une nouvelle santé publique globalisée, à de nouvelles visées. La santé publique globalisée devrait davantage se transformer en un champ de recherche, de connaissances, d'action et d'interventions ouvertement orienté vers la santé durable des populations et s'éloigner d'une approche théorique fixée sur le comportement individuel. En somme, elle permettrait une compréhension dynamique des relations d'indépendance et d'interdépendance entre sujets (acteurs) / environnements / activités (actions), tenant compte d'emboîtements d'échelles de temps et d'espaces pour faire face à de nouveaux enjeux *glocalisés* (globaux à traduction locale, comme les vulnérabilités aux événements climatiques extrêmes).

Pour Lapaige, la globalisation pose donc un double défi au champ de la santé publique. Celle-ci force d'abord la santé publique à se reconceptualiser pour prendre en compte les formes locales de phénomènes globaux (glocalisation), comme dans le contexte de la dégradation environnementale tel que souligné par Labonte et Spiegel (2003). Dans un deuxième temps, ce défi touche la problématique de la gouvernance : elle amène dans son sillon des questions profondément politiques reliées à l'ordre et à la régulation. La santé publique globalisée est-elle au cœur d'un projet politique de gouvernance globale ? Pour répondre à ces défis, le champ de la santé publique contemporaine nécessite de nouveaux outils théoriques, conceptuels et d'éducation. Parmi ceux-ci, Lapaige et son équipe ont intégré un cadre conceptuel interactif développé selon un mode de pensée socio-phénoménologique, reposant sur la non-linéarité et étayé méthodologiquement parlant par un devis de recherche mixte à la fois qualitatif et quantitatif. Pour Lapaige, l'utilisation de cet outil dans un cadre théorique complexe et interactif est indissociable d'un engagement

critique et social du chercheur en santé publique, versé dans l'approche cosmopolitique et la pensée d'auteurs tels qu'Ulrich Beck, Hannah Arendt ou Joseph Stiglitz.

Au final, ces nouveaux outils pourront permettre aux étudiants et aux chercheurs, d'une part, de comprendre la transmutation du champ de recherche, de connaissances, d'apprentissages et d'action, qui s'opère aujourd'hui, au Nord comme au Sud, en Occident comme en Orient, dans le contexte socio-historique de globalisation, et, d'autre part, d'agir *glocalement* face à diverses problématiques complexes de santé en faisant preuve d'engagement critique et d'*innoversité*, soit d'innovations dans et par la diversité.

Dans le respect de cette diversité innovatrice et critique, **Jean-Claude Moubarac**, dans son texte, se questionne sur la problématique de la diversité humaine dans les recherches en santé mondiale. D'un côté, la diversité des pratiques et des croyances de santé, et les changements qui interviennent dans les processus migratoires permettent d'étudier les déterminants sociaux et culturels de la santé. De l'autre, la diversité biologique permet de mieux comprendre comment les facteurs de l'environnement socioculturel interagissent avec les phénomènes épigénétiques. L'épidémiologie, surtout états-unienne, confond très souvent les concepts de race et d'ethnicité et perçoit les individus et les groupes comme insérés dans des entités monolithiques. De plus, la recherche scientifique au cours du 20e siècle s'est longtemps développée autour de la distinction entre les déterminants culturels et biologiques de la santé. Devant ces failles conceptuelles, l'anthropologie peut apporter une compréhension plus complexe des liens entre diversité et santé et, ultimement, entre nature et culture, en raison de son double ancrage dans une conception biologique et socioculturelle de l'être humain. Cette vision est en filigrane de son chapitre.

Selon Moubarac, la diversité humaine s'exprime selon trois principaux aspects. Elle est d'abord biologique : malgré l'existence d'une incroyable variabilité génotypique et phénotypique sur le plan individuel, il faut garder en tête l'unité biologique de l'espèce humaine. Dans un deuxième temps, la diversité culturelle se superpose au biologique comme expression d'une élasticité humaine et d'une capacité d'adaptation. Dans un troisième temps, le social varierait en fonction du territoire, de la position géographique et des structures politiques (État-nation). Le biologique et le socioculturel, ainsi insérés dans l'espace, le sont également dans le temps. L'espace socioculturel est donc relationnel, signifiant, et sillonné de trajectoires de vie. Selon les contextes, les frontières entre les groupes seront mobiles et mouvantes (Barth, 1969) ou encore positionnées (Bourdieu, 1979; Ford et Harawa, 2010), mais n'en restent pas moins dynamiques. Pour Moubarac, les rapports entre la diversité et la santé humaine doivent donc être compris dans une approche relationnelle.

C'est dans ce cadre théorique qu'il faudrait tenter de réfléchir le lien entre diversité et santé mondiale. Pour illustrer ses propos, Moubarac prend l'exemple du phénomène de l'occidentalisation des pratiques alimentaires

dans le temps et l'espace depuis la Deuxième Guerre mondiale. Comment se fait-il qu'il y ait des pratiques alimentaires différentes selon les groupes, par exemple, en contexte d'immigration ? La transformation des pratiques alimentaires à l'arrivée des immigrants dans un pays d'accueil témoigne d'une adaptation; les taux d'obésité des immigrants se stabilisent en fonction de ceux de la population d'accueil. Comme quoi la relation avec l'obésité (ou les pratiques alimentaires, ou encore toutes pratiques au sens de Bourdieu) ne relève pas de la nature, mais bien du contexte social et des rapports socioculturels. Au final, la diversité humaine étant un concept complexe et dynamique, son observation et sa catégorisation posent un enjeu méthodologique de taille. On peut néanmoins tenter, aux dires de Moubarac, d'approcher cet enjeu en superposant, dans le cadre des recherches en santé mondiale, le biologique, le culturel et le social dans l'espace et dans le temps.

Enfin, le rapport entre l'unité biologique de l'espèce humaine et l'incroyable diversité socioculturelle ouvre des pistes de recherches intéressantes. Ces recherches pourraient s'arrimer sur une distinction entre, d'une part, les rapports des cultures humaines entre elles, et de l'autre, le rapport entre les cultures humaines prises ensemble et la nature dans laquelle elles s'expriment. Dans un premier temps, il s'agit ici de comprendre comment certains déterminants de la santé naissent des rapports entre les cultures humaines. Une telle approche permettrait de poser des questions relatives aux inégalités sociales de santé, aux enjeux d'intégration, au racisme et à la discrimination, ainsi que de comprendre les dynamiques de changements des pratiques de santé dans les processus de migration. Dans un second temps, étant donné l'unité biologique de l'espèce humaine, les études en santé mondiale qui portent sur la diversité socioculturelle permettraient-elles aux chercheurs de comprendre les déterminants fondamentaux de la santé humaine ? Sans prétendre à la hiérarchisation morale des valeurs et des cultures entre elles, lorsque l'on s'attarde aux rapports entre l'ensemble des cultures humaines et la nature, existeraient-ils des pratiques essentielles à la santé humaine en matière d'alimentation, par exemple ? De telles questions pourraient être soulevées afin de souligner certains enjeux conceptuels auxquels est confronté le champ transdisciplinaire de la recherche en santé mondiale.

PARTIE 2 : Approches méthodologiques

Cette partie explore la multiplicité croissante des études socio-anthropologiques guidant les processus de production, de cueillette et d'analyse des données empiriques issues des recherches faites dans le champ de la recherche en santé mondiale. Les stratégies et les devis de recherche propres à la socio-anthropologie seront également pris en considération, notamment en ce qui concerne les méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), les approches évaluatives de la recherche ainsi que l'intégration épistémologique entre les approches de type universaliste et les approches de type culturaliste des recherches internationales.

De moins en moins de chercheurs s'avouent sceptiques face au bénéfice potentiel de coupler, dans des projets de recherche en santé mondiale, des approches diverses qui en général joignent des méthodologies qualitatives à des approches quantitatives. La légitimité des sciences sociales telles que l'anthropologie, l'ethnologie ou la sociologie, à l'instar de celle de l'épidémiologie par exemple, n'est plus à défendre. Dans son chapitre, **Daniel Reinharz** observe cependant que l'utilisation d'approches provenant des sciences sociales s'applique surtout à l'analyse des populations et à leur interface avec les programmes et interventions implantés pour répondre à leurs besoins de santé. Elle est moins fréquente pour l'analyse de la fonctionnalité même de l'offre de service. Et pourtant, l'offre de services repose en général sur un microcosme dans lequel l'interaction entre les groupes d'acteurs concernés a un impact sur la capacité de ces programmes et interventions de produire les effets recherchés.

Les analyses organisationnelles, selon Reinharz, s'intéressent à cette dynamique entre acteurs en empruntant des concepts et des méthodes développés dans diverses disciplines des sciences sociales. Cette présentation vise, à travers des exemples tirés d'études réalisées au Laos et à Madagascar, à discuter de l'apport potentiel des analyses organisationnelles aux efforts déployés pour toujours mieux répondre, avec les ressources disponibles, aux besoins des populations dans de nombreux pays.

Tout d'abord, Reinharz clarifie le sujet de l'intervention : l'organisation est le sujet d'étude dans l'analyse organisationnelle et fait référence à des « systèmes sociaux créés par des individus, afin de satisfaire, grâce à des actions coordonnées, certains besoins et d'atteindre certains buts » (Livian, 1995). Dans l'idéal, l'organisation est un agencement ordonné de ressources disponibles qui tendent vers un but visé. Or, dans le cas de la lutte contre la malnutrition à Madagascar, Reinharz s'est rapidement rendu compte du manque de coordination : les deux grandes fonctions de lutte contre la malnutrition et la lutte contre l'insécurité alimentaire sont complètement séparées et les acteurs fonctionnent dans des territoires isolés. Le résultat est que, malgré les efforts qui sont mis, la situation nutritionnelle de la population ne s'améliore pas : les taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale n'ont pas connu de baisses importantes et la malnutrition aiguë semble avoir augmenté. Les chiffres pour les dernières années ne sont pas disponibles, mais tout porte à croire que depuis le coup d'État à Madagascar, la situation s'est aggravée.

La mobilisation coordonnée des acteurs qui sont concernés par une problématique donnée est un facteur d'efficacité et d'efficience. Les analyses organisationnelles ont pour objectif d'identifier les facteurs sur lesquels les actions peuvent être entreprises pour susciter une mobilisation coordonnée. Pour ce qui est du champ de la recherche en santé mondiale, Reinharz insiste sur le fait que les analyses organisationnelles relèvent du « gros bon sens », mais ne sont pas suffisamment appréciées par les collègues chercheurs et les décideurs. Il explique cette réticence par la

crainte et le peu d'enthousiasme de la part des collègues chercheurs. Cela vient du fait que les analyses organisationnelles ne se basent pas toujours sur des fondements théoriques et qu'elles sont souvent centrées sur les structures. Or, selon l'auteur, les analyses organisationnelles doivent s'intéresser à une dialectique entre structure organisationnelle et schèmes interprétatifs.

Pour ce faire, Reinharz suggère de déterminer, dans un premier temps, la typologie des acteurs et de les situer dans le système. Cela permet de voir les acteurs et leur proximité relative. Ensuite, on peut regarder la convergence entre les schèmes interprétatifs et la cohérence entre les structures. Si la structure ne correspond pas aux schèmes, on obtient des pistes pour mener des actions concertées. L'intérêt pour les acteurs consiste à voir leur position relative, un portrait général de la structure globale et les grands schèmes véhiculés. Surtout, c'est un puissant outil de réflexion du fait du processus même de la recherche.

Conformément à leurs questions ou objectifs de recherche, les chercheurs privilégient les méthodes qualitatives ou quantitatives ou la combinaison des deux. Les méthodes mixtes combinent collecte et analyse de données qualitatives et quantitatives. Ces méthodes figurent en bonne place dans la trousse à outils des chercheurs pour effectuer des recherches empiriques et des revues de littérature. Elles sont utilisées depuis longtemps, mais n'ont été conceptualisées que récemment. **Pierre Pluye** nous présente dans sa contribution les principaux enjeux épistémologiques des méthodes mixtes, par exemple les critères de qualité ainsi que les devis qui y sont associés. Les avantages et les difficultés des principaux types de revues de littérature mixtes y sont discutés (revues de littérature complexes incluant recherches qualitatives, quantitatives et mixtes). Les propos de l'auteur sont illustrés par des exemples de recherches et de revues mixtes en santé mondiale.

À la base, Pluye définit la méthode mixte comme étant la combinaison d'une méthode qualitative et d'une méthode quantitative alors qu'il nomme la combinaison de deux méthodes du même type comme étant une méthode multiple. Les trois principales raisons de combiner méthodes qualitatives et quantitatives sont les suivantes : les chercheurs peuvent avoir besoin des méthodes qualitatives pour interpréter des résultats quantitatifs; ils peuvent avoir besoin des méthodes quantitatives pour généraliser des résultats qualitatifs; et, enfin, ils peuvent avoir besoin d'explorer ou de mieux comprendre un phénomène nouveau (méthodes qualitatives) et d'en mesurer l'ampleur, l'évolution, les causes et les effets (méthodes quantitatives).

Dans cet ordre d'idées, l'auteur nous présente différents types de devis permettant justement de combiner ces méthodes. Il y a trois types de devis : deux séquentiels et un concomitant. Le devis séquentiel est nommé *explicatif* lorsque la première phase sera quantitative et la deuxième sera qualitative, l'intégration étant faite entre ou après les deux phases. Dans un devis séquentiel *exploratoire*, on commence par explorer un phénomène de façon qualitative et ensuite on va essayer de généraliser et de mesurer

les résultats à l'aide d'outils quantitatifs. Comme dans le cas du devis séquentiel explicatif, l'intégration est faite entre ou après les deux phases. Le devis de *convergence* est plus fréquemment utilisé. Malgré les problèmes d'échantillonnage que peut poser un tel devis, il offre l'avantage d'être une évaluation concomitante entre le qualitatif et le quantitatif en plus d'assurer que l'intégration des données soit faite pendant la collecte et l'analyse de celles-ci.

À titre d'exemple, Pluye présente les revues mixtes comme étant l'application des méthodes mixtes dans le champ de la revue de la littérature. Par définition, elles comprennent les études quantitatives, qualitatives et mixtes. Il suggère ensuite d'opposer les revues mixtes aux revues purement quantitatives ou purement qualitatives. Il est possible, finalement de faire des synthèses quantitatives en construisant des variables et en y associant des valeurs dans le but de faire un « inter-rater agreement ». Les synthèses qualitatives consistent, quant à elles, en une analyse du discours, des thèmes émergents et des acteurs tenant ces propos. En combinant les deux types de synthèses, Pluye nous rappelle que l'on tombe dans les synthèses narratives qui reprennent les devis séquentiels ou convergents.

En santé mondiale, l'utilisation des méthodes mixtes remonte aux années 1950 avec les travaux d'Epstein (1975) qui a utilisé des approches économiques afin de tester ses hypothèses de nature anthropologique. Depuis 2008, il semble y avoir une explosion des études combinant les méthodes mixtes. Par contre, les références méthodologiques restent relativement absentes dans le champ de la recherche en santé mondiale. Pour terminer, Pluye souligne qu'on retrouve dans le discours de la Banque mondiale, dans le champ de la recherche évaluative, des propositions pour intégrer les méthodes mixtes selon trois objectifs : 1) « enrichir » (devis séquentiel exploratoire), 2) « expliquer » (devis séquentiel explicatif) et 3) confirmer ou réfuter (devis convergent) (Chung, 2000; White, 2008). D'ailleurs, Hulme (2007) insiste sur le fait qu'il y a une force, lorsque l'on compare des pays, à combiner les approches qualitatives et quantitatives. Toutefois, dans son rapport, Hulme a mis en garde les chercheurs que cela occasionne des coûts additionnels en ressources et en temps.

Un exemple illustratif des méthodes mixtes est apporté par **Béatrice Nikiema**, dont le texte décrit la méthodologie d'une recherche mixte réalisée au Burkina Faso pour analyser les obstacles que les femmes doivent surmonter pour pouvoir satisfaire leurs besoins de soins de santé, et ce, dans le but de comprendre la contribution particulière des approches de genre.

Dans un premier temps, une étude qualitative a permis de contraster les expériences de femmes de deux groupes ethniques, les Bwaba et les Mossi, ayant des cadres normatifs quasi opposés en termes de relations de genre. Des entrevues individuelles approfondies et des discussions de groupe dirigées révèlent un système de « dépendance-protection » qui régit l'accès aux ressources pour les soins en fonction de leur disponibilité,

de la gravité du problème, du pouvoir de négociation des femmes et de la conformité de leur comportement aux normes.

Dans un second temps, une étude corrélationnelle basée sur les données de l'EDS-2003 du Burkina Faso a été réalisée par Nikiema[7] pour élaborer une mesure de la capacité à surmonter les barrières à l'utilisation et pour explorer le rôle du genre dans les chemins causaux de l'utilisation des services de santé. Des analyses par équations structurelles montrèrent qu'indépendamment des conditions socioéconomiques individuelles et familiales, et de l'ethnie, le pouvoir de négociation des femmes influence indirectement l'utilisation des services de santé via leurs capacités à surmonter les barrières.

Nikiema nous rappelle que dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, toute la responsabilité des soins de santé se concentre au sein de la famille. L'auteure considère qu'au-delà de l'existence même des barrières, c'est la capacité de les surmonter qui importe le plus quand vient le temps de se faire soigner. Cette recherche a permis de mettre en valeur un système de dépendance-protection où, socialement, l'homme est tenu de prendre en charge les soins de santé des femmes en échange de sa soumission et de son obéissance. L'allocation des ressources se fait selon leur disponibilité, selon la nature et la gravité perçue du problème de santé, selon le mérite de la patiente et par peur des répercussions sociales qu'entraînerait un défaut de soins. Du côté quantitatif, trois dimensions sont intimement liées à la capacité à surmonter les barrières. Dans l'analyse secondaire des données de l'EDS-2003, la dimension socioéconomique, la mobilité et la dimension psychosociale ont été combinées et rapportées en score de capacité à surmonter les barrières. Les résultats obtenus par Nikiema suggèrent que cette capacité était supérieure pour les Bwaba par rapport aux Mossi. Ainsi, plus le score était élevé, plus la probabilité d'utiliser les services d'accouchement assistés, de prophylaxie antipaludisme et de contraception augmentait.

Pour terminer, l'auteure nuance ses propos en relevant le caractère subtil et insidieux des effets potentiels du genre sur les difficultés des femmes du milieu rural en particulier à obtenir des soins et services dans le système moderne de santé. À première vue, la responsabilisation explicite des hommes pour la prise en charge des soins de santé de leurs épouses, les possibilités de recours dont disposent ces dernières et le contrôle social sont des arrangements sociaux qui devraient faciliter l'accès des femmes aux soins si les ressources sont disponibles.

Étant donné le besoin de cette mixité méthodologique pour le champ de la recherche en santé mondiale, la spécificité des approches socio-anthropologiques y gagne de plus en plus de terrain, et pour cause. Ces approches proposent une analyse qui va au-delà de l'épidémiologie, permettant, entre autres, une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels la pauvreté, l'exclusion et le racisme engendrent la maladie

7. Analyse factorielle confirmative.

et influencent la santé des populations vulnérables. Partant d'un cas singulier, **Enkelejda Sula-Raxhimi** nous montre l'apport spécifique de telles approches.

La santé des femmes roms, qui subissent une double discrimination fondée à la fois sur l'ethnicité et le genre, est au cœur de la recherche que Sula-Raxhimi a entreprise en Albanie et au Kosovo. Alors que l'OMS développe et maintient des systèmes spécifiques pour classifier les maladies et avoir un aperçu des conditions socio-économiques des populations, ces données, malgré leur ampleur et leur acuité, ne nous renseignent que partiellement sur la situation des populations. Elles n'apportent aucun éclaircissement sur les causes de phénomènes comme la pauvreté, l'exclusion et le racisme. Il faudrait donc envisager d'autres méthodes complémentaires de type socio-anthropologique pouvant mieux répondre à la complexité des problématiques abordées par la recherche en santé mondiale et à la question de l'incidence de l'exclusion sur la santé des femmes roms. Ainsi, dans le cadre de sa contribution, l'auteure se concentre sur les approches méthodologiques à l'œuvre lors d'une recherche en santé mondiale, sur la manière dont ils influencent les résultats et sur la profondeur et les subtilités qu'ils permettent.

Sula-Raxhimi cherche à comprendre dans quelle mesure la violence exercée sur les populations roms, à la fois par les gouvernements et par les populations majoritaires, influence le statut et le niveau de santé des femmes roms en Europe de l'Est, particulièrement, au Kosovo et en Albanie. Les Roms, une population de 10 à 12 millions en Europe, dont 70 % vit en Europe de l'Est, sont dans ces territoires depuis plus de cinq siècles et pourtant ils continuent à vivre une quotidienneté de discrimination raciale et d'exclusion. La marginalisation géographique au niveau des villes est répandue dans toute l'Europe de l'Est. Le taux d'analphabétisme touche plus du tiers de la population exacerbant ainsi l'exclusion sociale.

L'auteure souligne que le choix des femmes roms comme sujet d'étude est d'autant plus important étant donné la double discrimination fondée sur l'ethnicité et le genre qu'elles subissent. En plus d'avoir un accès limité aux soins de santé, elles sont contraintes à des mariages précoces, à des tests de virginité et au trafic humain. La violence domestique accentue et alourdit leur situation déjà précaire. Sula-Raxhimi spécifie que le but de sa recherche est de déterminer quelles sont les racines socioculturelles de la violence envers la population rom, d'identifier les diverses configurations – structurelle, quotidienne, politique ou domestique – que prend la violence dans ce contexte ainsi que les divers mécanismes par lesquels la violence se déploie. Finalement, elle essaiera de comprendre quels sont les effets de la violence produite sur les femmes roms et sur leur santé.

En guise de conclusion, Sula-Raxhimi discute des méthodes de recherche. En effet, elle attire l'attention sur le fait qu'il y a un problème d'enregistrement des populations roms étant donné que la plupart des mariages ne sont pas documentés dans le registre civil. Les données du Demographic and Health Survey, en tant que source principale de données quantitatives dans cette recherche, montrent ainsi des tendances générales

pour la totalité de la population d'un pays, mais n'expliquent pas les causes sous-jacentes aux phénomènes particuliers tels que l'exclusion ou la pauvreté. Par conséquent, en plus des données épidémiologiques sur la santé maternelle, une ouverture vers des approches qualitatives reposant sur des entretiens en profondeur et des récits de vie sera favorisée dans le cadre de sa recherche. Ce choix de l'auteure se fait à partir des réflexions de Raymond Massé voulant que « les enquêtes fondées sur des méthodes quantitatives sont mal adaptées pour cerner les dimensions multiples et les significations que cache chacun des gestes de soutien observé » (Massé, 1995, p. 121). Les travaux de George E. Marcus sur l'ethnographie multisituée (1995) seront une source d'inspiration pour Sula-Raxhimi dans son approche holistique avec une perspective diachronique qui prend en compte l'historicité et l'environnement socioculturel des Roms dans ces pays.

Finalement, bien que l'utilisation de l'évaluation (UÉ) de programmes pour documenter les pratiques et les politiques publiques soit de plus en plus valorisée par les organisations internationales, la littérature empirique à cet égard est limitée. De plus, un rapport de l'ALNAP dénonce sa faible utilisation dans le secteur humanitaire. Des approches favorisant l'UÉ ont été avancées, mais leurs applications et efficacités en recherche évaluative en santé mondiale sont inconnues. La contribution de **Léna D'Ostie-Racine** et ses collègues cible la faisabilité de mener une étude sur l'UÉ avec les partenaires d'une ONG humanitaire offrant une exemption des frais de soins de santé à des populations maternelles et infantiles en Afrique de l'Ouest, particulièrement au Niger et au Burkina Faso.

À la lumière du modèle d'appréciation de l'évaluabilité de Wholey (2004), 20 entrevues semi-structurées avec des partenaires de l'ONG furent menées et suivies d'une analyse de contenu. L'étude de faisabilité a permis à l'auteure principale de dresser un modèle logique du volet évaluation du programme d'exemption, d'assurer la plausibilité de l'UÉ, l'accès à des données pertinentes, ainsi que l'utilité d'une future étude sur l'UÉ pour les parties prenantes. Ainsi, les conditions de faisabilité furent assurées. Cependant, la littérature offrait peu de repères pour ce qui est de la réalisation d'études de faisabilité. Le cas à l'étude offre donc, selon D'Ostie-Racine et ses collègues, une opportunité d'analyser la pertinence du modèle de Wholey dans un contexte de recherche en santé mondiale et de collaboration entre partenaires d'ONG et chercheurs en évaluation.

L'ONG associée à cette recherche, HELP, a pour mission de fournir des exemptions des frais relatifs aux soins de santé pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants de moins de cinq ans dans le but de réduire le taux de morbidité, principalement dans le cas de la mortalité infantile et maternelle. Ainsi, l'ONG a développé un programme d'évaluation afin de répondre à deux objectifs : 1) produire et diffuser les résultats de la recherche évaluative pour l'ONG et pour son programme d'exemption et 2) informer les décideurs politiques concernés par l'accès équitable aux soins de santé. Malgré l'intérêt à intégrer l'utilisation de l'évaluation dans leur pratique, l'équipe de D'Ostie-Racine rappelle que

certaines incertitudes demeuraient quant à savoir si le programme avait été implanté depuis suffisamment longtemps et donc, s'il était prêt à être évalué. D'autre part, l'auteure devait déterminer si les membres de l'ONG utilisaient déjà les évaluations réalisées. Une étude de faisabilité a donc été conduite dans le but de fournir une appréciation de l'évaluabilité. Pour ce faire, le modèle de Wholey a servi de guide afin de déterminer la présence des quatre conditions nécessaires avant d'entamer l'évaluation du programme. Ces conditions font référence à : 1) l'élaboration d'un modèle logique du programme d'évaluation, 2) la détermination de la plausibilité des objectifs du programme, 3) l'identification des sources accessibles d'information pour réaliser l'évaluation, et 4) la clarification des attentes concernant l'utilité de l'évaluation.

L'intérêt et l'ouverture des informateurs face à l'évaluation couplés à l'importante documentation fournie par ces derniers ont levé les inquiétudes des auteurs relatives à l'accessibilité à l'information. Finalement, l'étude de faisabilité a démontré que l'utilisation de l'évaluation serait utile pour les partenaires d'évaluation dans le but d'améliorer le travail d'équipe, que ce soit au niveau de la communication, de la participation ou de l'efficacité. L'équipe de D'Ostie-Racine cibla divers défis auxquels les partenaires d'évaluation font face en ce qui concerne l'élaboration des objectifs, la détermination et le respect des échéanciers ainsi que l'évaluation et la gestion saine des ressources nécessaires.

Les quatre conditions du modèle de Wholey étant remplies, tout porte à croire que l'ONG HELP est un cas opportun pour étudier et documenter l'utilisation de l'évaluation. Par contre, D'Ostie-Racine et ses collègues identifient deux limites qui doivent être considérées dans les étapes de recherche qui suivront : d'une part, le petit nombre d'informateurs pose le problème de la représentativité de l'ensemble des partenaires d'évaluation et, d'autre part, un enjeu d'objectivité découle des rôles multiples des évaluateurs. Les auteurs soulignent qu'il serait avantageux pour le champ de la recherche en santé mondiale de développer les connaissances sur les études de faisabilité puisqu'elles permettent à la fois de vérifier l'intérêt et la pertinence des évaluations et préviennent le gaspillage de ressources pour les évaluations irréalisables.

PARTIE 3 : Stratégies opérationnelles

Cette partie rend compte des stratégies empiriques déployées dans le cadre de projets de recherche en santé mondiale. Les auteurs présentent des propos permettant de mieux comprendre les défis ou de tirer des leçons sur les pratiques stratégiques inhérentes à ce type de recherche. Plus que la présentation de résultats de recherche, nous profitons de cet espace pour réfléchir sur les apports d'une perspective socio-anthropologique de la pratique de la recherche en santé mondiale.

Suivant ces propos, **Marie Gervais** pose dans son texte un regard critique sur ses expériences en recherche/évaluation (R/E) réalisées dans le champ de la santé mondiale, principalement dans certains pays

émergents de l'espace francophone. La recherche, visant de prime abord l'avancement des connaissances, est donc combinée à l'évaluation, qui cherche de son côté à alimenter directement le processus de prise de décision en vue d'une amélioration plus immédiate des réponses aux besoins de populations ciblées. Deux temporalités et deux approches qui doivent néanmoins se combiner dans un paradigme commun : l'utilisation des résultats par les groupes concernés. La difficulté de cette démarche sur le terrain, comme le mentionne Gervais, est de passer d'une pratique décisionnelle basée sur l'opinion, les valeurs, les jugements et l'expérience à un type de pratique décisionnelle davantage fondée sur les évidences scientifiques.

En premier lieu, Gervais mentionne les récents acquis, les avancées importantes et les forces dégagées de la pratique actuelle de la santé mondiale, et ce, tant du côté du chercheur/évaluateur que du côté du terrain et des acteurs concernés par les projets de R/E. En effet, le contexte même de mondialisation favorise le partage d'expertise et le développement de ressources au plan local. D'autre part, parmi ces acquis, notons une pratique qui valorise la diversité d'approches et la mixité de méthodes, ainsi que les approches de proximité et les processus pluralistes, participatifs et partenariaux. En fait, l'évaluation prendrait maintenant davantage en compte les aspects culturels, politiques et les sources d'influences locales orientant les projets sur le terrain. L'évaluation ne se buterait donc plus à une stricte production de données, mais viserait explicitement l'amélioration des réalités locales, en soutenant par exemple la démocratisation, la responsabilisation, la saine gouvernance et les politiques publiques. Au final, les réflexions autour des évaluations impliquent des volets formatifs dans lesquels s'inscrit une pensée davantage réflexive et qui permettraient une plus grande intégration des acteurs de différents niveaux.

Un second regard est posé sur certains aspects opérationnels de la pratique en santé mondiale, lesquels sont actuellement perçus comme étant sous-optimaux. Ceux-ci sont abordés par Gervais en termes de déficits, ou encore de chantiers à investir de façon prioritaire pour bonifier la pratique. Ces chantiers sont au nombre de cinq et concernent : 1) la légitimité; 2) la crédibilité; 3) la faisabilité; 4) l'influence et 5) la pérennité. Le fil conducteur de ces questionnements est une prescription d'attitude chez le chercheur en R/E, soit : développer une analyse plus fine et réflexive des réalités quotidiennes du terrain. De ces chantiers se dégage également l'amorce nécessaire de changements de pratiques sur le terrain, en prenant en compte de façon dynamique les relations de pouvoir entre les acteurs individuels et institutionnels, le politique, la méthodologie et les perspectives temporelles.

Pour **Bilkis Vissandjée** et **Lakshmi Lingam**, les questions relatives aux populations vulnérables vivant dans des bidonvilles à Mumbai, en Inde, exigent des pratiques de recherche sensibles au contexte de vie des femmes, des hommes et des familles en mouvance constante. Il s'agit de prendre acte de ce que signifient les migrations forcées (souvent reliées

aux crises économiques) à grande échelle : elles naissent de et produisent des dysfonctionnements ou des injustices. C'est dans une perspective d'aspiration à la tolérance, au savoir populaire et à la diversité des cultures, enracinée dans la responsabilité sociale et économique que réside l'esprit de la recherche dont il sera question dans ce chapitre. Le partenariat de recherche auquel les auteures participent, qui conjugue les efforts de chercheurs de l'Université de Montréal, de l'Université McGill, du Tata Institute of Social Sciences et du Centre for Rights and Ethics, a pour objet les enjeux liés aux approches sensibles à l'interaction entre le genre et la migration, à la construction de partenariats, à la collaboration intersectorielle et à la révision critique des programmes pour un accès équitable à des soins de santé. Au cœur de cette démarche, Vissandjée et Lingam placent le partage des acquis de recherche et les expertises de part et d'autre des deux pays partenaires concernant les causes et conséquences des migrations urbaines sur Mumbai, notamment en ce qui concerne la prévention et la gestion de la tuberculose, ainsi que les défis sur les environnements physique et social menant à des inégalités sociales de santé.

Une première phase du projet consiste en un méticuleux examen des programmes de contrôle déjà existants ainsi que de la littérature sur le thème de la tuberculose et du genre. Dans les bidonvilles de Mumbai, le fardeau de la tuberculose est très élevé et la gestion du problème, apparemment inadéquate. L'équipe s'est donc intéressée à savoir s'il y avait une différence d'accès et d'observance des traitements selon le genre dans le contexte de la tuberculose. Pour commencer, ils ont dû réaliser un grand nombre de téléconférences entre le Canada et l'Inde, pour définir avec les partenaires de recherche locaux les concepts de sexe, d'ethnicité, de culture, de genre, de migration, ainsi que les façons d'évaluer la pertinence des programmes existants dits « sensibles » à ces questions. Ensuite, pour la revue de la littérature, les chercheurs durent filtrer la masse impressionnante de résultats portant spécifiquement sur la tuberculose pour garder seulement ceux qui avaient rapport au genre, aux déterminants sociaux de la santé, et aux autres thèmes rapportés plus haut. Le constat fut que la plupart des recherches réalisées autour de ces problématiques rapportaient des données limitées en termes qualitatifs. D'où la nécessité de données empiriques fiables.

Dans l'optique de proposer un débat sur les impératifs et les réalités de prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans l'élaboration, l'implantation, l'évaluation et la pérennisation des programmes de prévention et de gestion des conditions affectant une diversité de populations vivant dans des contextes de vulnérabilité, l'équipe en est venue aux constats suivants : les femmes, bien qu'elles soient le genre le plus touché par la tuberculose, n'ont que très peu accès aux traitements. Ensuite, les programmes de gestion ne considèrent pas les personnes en milieux ruraux. Pour répondre à ces problématiques, l'équipe mise en fait sur la refonte des activités locales fondées sur la participation communautaire, sur une sensibilité accrue aux questions de genre, et sur la refonte de l'éducation par rapport à l' « observance » dans le traitement de

la tuberculose. Le contexte de la tuberculose à Mumbai est pour Vissandjée et Lingam une invitation à des réflexions plus poussées et complexes sur des catégories sociologiques simplifiées, comme les « pauvres », et sur des phénomènes complexes comme la stigmatisation. La situation n'est pas sans confronter la pratique du chercheur dans une forme ou une autre d'engagement, des approches éthiques de science et des recherches avec conscience.

C'est dans ce sens que mise le texte d'**Hanna Kienzler**, qui relate son expérience de terrain dans le Kosovo de l'après-guerre (soit depuis 1999). Sa problématique de recherche vise à comprendre l'impact de la guerre et des traumas en général sur les femmes par le biais, entre autres, de données tirées d'entrevues auprès de psychiatres, psychologues et autres médecins traitants. Kienzler a pu saisir les façons dont ces acteurs locaux ont modifié, adapté et changé les outils psychiatriques occidentaux véhiculés par les organismes humanitaires et les ONG pour les adapter au contexte spécifique du Kosovo de l'après-guerre. Ces données témoignent donc d'une impossibilité d'imposer, sans adaptation, les modèles psychiatriques occidentaux dans n'importe quel contexte socioculturel.

La guerre au Kosovo a entraîné dans son sillage une haute prévalence de syndromes de stress post-traumatique (SSPT), de dépressions et de chocs émotionnels chez les populations concernées. Les organismes humanitaires occidentaux, pendant le conflit, employèrent des praticiens locaux pour la plupart formés dans le contexte yougoslave pour administrer des sondages épidémiologiques au sein des camps de réfugiés. Ces praticiens affirmaient avoir été en mesure de poser un diagnostic, principalement à partir de conversations à propos des symptômes du patient, ses expériences de guerre, sa perspective sur la vie, sa situation économique ou ses relations interpersonnelles. Bien qu'aucun d'entre eux ne fasse référence à des entrevues diagnostiques standardisées proprement dites, certains ont donné à Kienzler des modèles à partir desquels ils établissaient le diagnostic. À titre d'exemple, un psychologue qui soulignait la forte prévalence de SSPT et de troubles de la parole chez les patients de tous genres a introduit la chercheure au « triangle diagnostic » qui permettait d'identifier des troubles de sommeils, alimentaires ou sexuels. Bien qu'il soit difficile pour Kienzler de comprendre le processus d'élaboration de ces modèles, elle estime qu'il pourrait s'agir là du reflet d'un syncrétisme entre les différentes approches, psychologique et psychiatrique, acquises au fil du temps. Ces approches découleraient ainsi tant de leur éducation complétée en ex-Yougoslavie, dans les domaines de la neuropsychiatrie et de la psychanalyse, de leur formation reçue sur l'administration de questionnaires diagnostiques dans les camps de réfugiés ainsi que des ateliers de formation sur les *approches corps-esprit*[8] auxquels ces praticiens ont participé en après-guerre. Ces innovations dans les approches psychiatriques, empruntant ses outils à diverses traditions,

8. En anglais : « *mind-body-medicine* ».

témoignent pour Kienzler d'une certaine créolisation propre à la pratique psychiatrique dans le Kosovo de l'après-guerre.

Pour Kienzler, l'analyse des données de terrain recueillies dans ce projet fait ressortir une complexité évidente concernant les liens entre corps et esprit en contexte de guerre. Les corps et les esprits sont sociaux, insérés dans des trames et des connexions entre souffrance individuelle et violence structurelle. Kienzler appelle au final à prendre conscience de l'importance d'une meilleure intégration de la médecine fondée sur les données probantes aux contextes locaux, de façon à respecter leur inéluctable complexité et à donner accès à des outils de diagnostic et de traitements mieux adaptés aux réalités locales qu'une simple utilisation de la nosographie du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) pourrait le faire.

En conclusion, Kienzler a voulu saisir les dimensions sociale, culturelle et historique de la pratique psychiatrique dans le contexte du Kosovo de l'après-guerre en focalisant sur la manière dont l'évolution des valeurs morales et cliniques influence les connaissances et la pratique psychiatriques. Ces pratiques psychiatriques créolisées, construites sur l'histoire personnelle, familiale et régionale, sont constamment transformées et liées à l'histoire et aux valeurs locales. Pour cette auteure, la pratique de la recherche en santé mondiale doit tenir compte de ces couches denses du social.

Ce constat est confirmé par les propos de **Sabina Abou-Malham** et ses collaboratrices qui apportent une réflexion originale sur les défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale, en se basant sur leur expérience vécue lors d'une analyse de l'implantation d'une stratégie de renforcement de la profession de sage-femme au Maroc. Ce projet a pour but de renforcer le rôle professionnel des sages-femmes afin qu'elles puissent contribuer à la réduction des taux élevés de mortalité maternelle : à cet effet, il était nécessaire d'aller sur le terrain. Pour ces auteures, l'évaluation est un exercice incontournable dans les secteurs de la santé et du social. Toutefois, cette démarche comporte des enjeux multiples, complexes et non négligeables, car, d'une part, elle s'inscrit dans un contexte politique, social et institutionnel et, d'autre part, elle interroge les logiques stratégiques des acteurs. Au cours de son texte, l'équipe d'Abou-Malham approfondit chacun de ces défis et propose en dernier lieu des pistes de solutions.

Concernant les acteurs, l'attitude de méfiance des participants envers le chercheur investi d'un rôle d'enquêteur a illustré le mieux le poids des enjeux. En effet, un sentiment de méfiance peut être généré par une évaluation externe, perçue comme une procédure menaçante, du fait que cela n'a pas été négocié et construit avec les acteurs concernés, d'autant plus qu'il s'agit d'un chercheur étranger au milieu. Ainsi, l'attitude des gestionnaires n'a pas été exempte de résistance imprévue, bloquant notamment l'accès à certains documents sous prétexte de confidentialité.

La chercheure principale a donc rencontré des difficultés à obtenir la confiance de la part des acteurs locaux; les participants craignant, d'une part, que le processus d'évaluation ait pour visée un véritable contrôle et, d'autre part, qu'il en résulte un jugement, donc une sanction. Sur le plan méthodologique, les défis de cette recherche évaluative concernent principalement la difficulté à rejoindre les participants. Ainsi, les contraintes de temps (durée d'un mois seulement) n'ont pas favorisé un processus de collecte des données systématique, la conduite d'un travail de terrain qualitatif itératif et l'instauration d'un rapport de confiance immédiat (soit le début du travail empirique). Quant aux difficultés d'ordre politique, un système de santé centralisé a contribué au refus de l'enregistrement des entrevues par certains acteurs, car ceux-ci concevaient l'évaluation comme une remise en cause de leurs compétences.

En conclusion, afin de surmonter ces défis, l'équipe d'Abou-Malham propose l'adoption d'une stratégie de partenariat collaboratif et le développement des capacités des acteurs locaux en recherche évaluative. Les auteures réitèrent la plus-value d'une démarche de recherche évaluative qui se veut construite avec et négociée entre les principaux acteurs. Cette démarche, considérée ainsi comme un projet collectif, permet d'améliorer la transparence, de susciter la confiance et l'adhésion pour désamorcer les craintes de contrôle. Ceci représente alors un moyen fort pour que les parties prenantes deviennent des acteurs du changement souhaité au sein du contexte organisationnel ciblé par les recherches évaluatives en santé mondiale.

PARTIE 4 : Compte-rendu de la table ronde du colloque

Cette partie réunit les contributions des chercheurs seniors invités pour leur expertise en matière de pratique, d'enseignement et d'éthique de la recherche en santé mondiale : Gilles Bibeau, Duncan Pedersen, Marie Gervais et Bilkis Vissandjée. La table ronde est présidée par Sylvie Fortin. Ils nous proposent ici leurs réflexions sur les enjeux, les défis et les pistes de recherche et d'action en santé mondiale dans un espace ouvert aux débats et aux échanges entre les participants au colloque.

En introduction à la table ronde, **Sylvie Fortin** souligne l'intérêt de considérer tout à la fois les dimensions macro dans la santé mondiale et les enjeux spécifiques au terrain. Elle se questionne néanmoins sur le fait que même si nous sommes conscients de la valeur ajoutée d'une perspective horizontale de la recherche – la nécessaire contextualisation de la problématique –, il n'en reste pas moins que la recherche s'inscrit dans un marché qui est plutôt vertical. La question se pose alors quant à la façon dont se rencontreront l'horizontalité des intentions et la conjoncture de la perspective verticale.

Fortin fait donc un retour sur le concept de « paradigme intégrateur » qui, malgré les avancées en biomédecine, dans la technologie ou dans la structure même de l'intervention, nous rappelle qu'il ne faut pas laisser de côté le pont entre le biologique, le social et le culturel, qui demeurent

insécables. Sur le plan de la méthode, Fortin met l'emphase sur la diversité des approches méthodologiques couvertes lors de la journée du colloque et nous rappelle qu'il faut être conscient de nos choix et de leurs implications. Pour ce qui est de la pratique, Fortin mentionne qu'il y a plusieurs liens à faire entre ce qui se passe dans le monde, à notre portée, et les réflexions plus larges sur la place du social, la contextualisation, la façon d'aborder le terrain, la restitution et l'utilisation des données.

Marie Gervais, quant à elle, suggère que le renforcement et l'élargissement des compétences touchent les praticiens, la relève et les locaux. L'auteure insiste sur le fait que la formation devrait accorder une importance au transfert immédiat des connaissances entre les acteurs concernés, à l'apprentissage collectif ainsi qu'aux réflexions critiques sur notre pratique et les expériences conduites.

Ainsi, **Bilkis Vissandjée** propose en ce sens de reconsidérer nos cadres de références occidentaux et de voir s'ils nous permettent de travailler et de donner un soutien tout en garantissant la sécurité des personnes impliquées dans nos recherches. Ici, les jeux de pouvoir, d'influence et de contrôle permettent de comprendre le positionnement et la proximité des chercheurs, des parties prenantes et des décideurs dans le champ de la santé mondiale.

Gilles Bibeau et **Duncan Pedersen** rebondissent finalement sur les propos précédents en nous rappelant qu'essayer de nourrir ce projet intégrateur du champ de la recherche en santé mondiale, c'est préciser dans nos têtes les rapports entre le monde occidental et le monde non occidental. Bibeau pousse sa réflexion sur la pensée critique par le fait d'adopter la position de l'éternel insatisfait de la conceptualisation. On vient, avec les concepts, développer une stratégie qui nous tranquillise pour un certain temps. L'inquiétude est alors une condition essentielle, et l'insatisfaction aussi, à la possibilité d'une pensée riche, d'une pensée critique.

§

Cet ouvrage, qui est marqué par un fort pluralisme conceptuel, méthodologique et opérationnel, offre ainsi des contrepoints intéressants à certaines approches classiques de la recherche en santé mondiale. Les contributions énoncées ci-dessus se révèlent particulièrement critiques dans un contexte où la complexité sociale et l'expertise technique croissantes augmentent la pression sur les systèmes de santé et de services sociaux contemporains. Cette réalité notamment transformatrice fait appel à la configuration de nouvelles approches épistémologiques capables de rendre compte des besoins populationnels de plus en plus complexes et diversifiés en matière de santé publique. La confluence d'approches de recherche novatrices favorise l'émergence d'interactions dynamiques entre de nombreux acteurs concernés tout en permettant de mettre en œuvre une démarche dialectique entre, d'une part, des perspectives plus

universalistes, qui prônent l'unicité des critères et l'équivalence du sens, et, d'autre part, des approches culturalistes, qui préconisent la cohérence interne et la différenciation identitaire.

Ces contributions séduiront également, nous l'espérons bien, par leur souci de créer un espace participatif de réflexion critique de nature transdisciplinaire et intersectorielle favorisant le partage de savoirs ainsi que le développement de pratiques clés pour les chercheurs, praticiens, étudiants et gestionnaires agissant dans le champ de la santé mondiale. À la lumière de plusieurs courants de pensée originaires des approches socio-anthropologiques, cet ouvrage offre au lecteur un ensemble de propositions épistémologiques permettant un alignement innovateur entre les processus d'articulation de l'action collective locale et une vision panoramique des stratégies sociopolitiques contemporaines reliées à la santé des populations. Cette « sensibilité dialectique » fait de la socio-anthropologie une source prolifique d'innovations épistémologiques fort pertinentes, voire incontournables, pour le champ complexe de la recherche en santé mondiale. Ainsi, l'*ouverture disciplinaire*, l'*intégration des méthodes* et la *réflexivité procédurale*, que nous présenterons respectivement comme propositions conceptuelle, méthodologique et opérationnelle, s'avèrent des plus pertinentes pour bien comprendre et mieux maîtriser les défis que supposent pour les chercheurs en santé mondiale les enjeux sociétaux auxquels ils sont confrontés.

Références bibliographiques

Barth, F., 1969. *Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference*, Boston, Little Brown.

Beaglehole, R. et R. Bonita, 2008. « Global public health: a scorecard », *The Lancet*, vol. 372, n° 9654, p. 1988-1996.

Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton, O. Adams et M. McKee, 2004. « Public health in the new era: improving health through collective action », *The Lancet*, vol. 363, n° 9426, p. 2084-2086.

Berndtson, K., T. Daid, C.S. Tracy, A. Bhan, E.R. Cohen, R.E. Upshur, J.A. Singh, A.S. Daar, J.V. Lavery et P.A. Singer, 2007. « Grand challenges in global health: ethical, social, and cultural issues based on key informant perspectives », *PLoS Med*, vol. 4, n° 9, p. e268.

Bettcher, D.W. et H. Wipfli, 2001. « Towards a more sustainable globalisation: the role of the public health community », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, n° 9, p. 617-618.

Bibeau, G., 1997. « At Work in the Field of Public Health : The Abuse of Rationality », *Medical Anthropological Quarterly*, vol. 11, n° 2, p. 246-252.

Bourdieu, P., 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bozorgmehr, K., 2010. « Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach », *Globalization and Health*, vol. 6, n° 1, p. 19.

Brown, T.M., M. Cueto et E. Fee, 2006. « The World Health Organization and the Transition From 'International' to 'Global' Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 96, nº 1, p. 62-72.

Brugha, R. et H. Kris, 2008. « Global Health Initiatives and Public Health Policy », dans K. Heggenhougen et S.R. Quah (dir.), *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford, Academic Press, p. 72-81.

Chung, K., 2000. « Issues and Approaches in the Use of Integrated Methods », dans M. Bamberger (dir.), *Integrating Quantitative and Qualitative Research in Development Projects*. Washington, The World Bank, p. 337-363.

Dean, S.C., C.E. Harper, F.P. Cappuccio, E. Rink, C. Dirckx, J. Arnout, F. Zito, L. Iacoviello et I.P., 2005. « The challenges of cross-national research in primary health care across Europe », *Family Practice*, vol. 22, nº 3, p. 341-346.

Epstein, T.S., 1975. « The Ideal Marriage between the Economist's Macroapproach and the Social Anthropologist's Microapproach to Development Studies », *Economic Development & Cultural Change*, vol. 24, nº 1, p. 29-46.

Farmer, P.E., J.J. Furin et J.T. Katz, 2004. « Global health equity », *The Lancet*, vol. 363, nº 9423, p. 1832-1832

Fassin, D., 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », *dans* B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Les Éditions Karthala, p. 24-40.

Ford, C.L. et N.T. Harawa, 2010. « A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research », *Social Science & Medicine*, vol. 71, nº 2, p. 251-258.

Gagnon, F. et P. Bergeron, 1999. « Le champ contemporain de la santé publique », dans C. Bégin, P. Bergeron, P. Gerlier-Forest et V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 229-258.

Gostin, L.O. et E.A. Mok, 2009. « Grand challenges in global health governance », *British Medical Bulletin*, vol. 90, nº 1, p. 7-18.

Hantrais, L. et M.-T. Letablier, 1998. « La démarche comparative et les comparaisons franco-britanniques », *Revue de l'IRES*, vol. 28, p. 145-163.

Horton, R., 2009. « Global science and social movements: towards a rational politics of global health », *International Health*, vol. 1, nº 1, p. 26-30.

Hulme, D., 2007. *Integrating quantitative and qualitative research for country case studies of development*. ESRC report, Manchester, Global Poverty Research Group. www.gprg.org/pubs/workingpapers/pdfs/gprg-wps-063.pdf [consulté le 25 août 2012].

Janes, C.R. et K.K. Corbett, 2009. « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, nº 1, p. 167-183.

Kickbusch, I. et E. de Leeuw, 1999. « Global public health: revisiting healthy public policy at the global level », *Health Promotion International*, vol. 14, nº 4, p. 285-288.

Kickbusch, I., 2000. « The development of international health policies - accountability intact? », *Social Science & Medicine*, vol. 51, nº 6, p. 979-989.

Kickbusch, I., Janes, C.R. et K.K. Corbett, 2009. « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, nº 1, p. 167-183.

Kickbusch, I. et E. de Leeuw, 1999. « Global public health: revisiting healthy public policy at the global level », *Health Promotion International*, vol. 14, nº 4, p. 285-288.

Kickbusch, I., 2000. « The development of international health policies - accountability intact? », *Social Science & Medicine*, vol. 51, nº 6, p. 979-989.

Kickbusch, I., 2005. « Action on global health: Addressing global health governance challenges », *Public Health*, vol. 119, nº 11, p. 969-973.

Kickbusch, I., 2006. « Mapping the future of public health: action on global health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, nº 1, p. 6-8.

Koplan, J.P., C. Bond, M.H. Merson, S. Reddy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo et J.N. Wasserheit, 2009. « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, vol. 373, nº 9679, p. 1993-1995.

Labonte, R. et J. Spiegel, 2003. « Setting global health research priorities. Burden of disease and inherently global health issues should both be considered », *British Medical Journal*, vol. 326, nº 7392, p. 722-723.

Labonte, R., 2008. « Global health in public policy: finding the right frame? », *Critical Public Health*, vol. 18, nº 4, p. 467-482.

Lapaige, V. (éd.), 2010b. *La santé publique globalisée*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval.

Lapaige, V., 2010a. « "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision », *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 3, p. 33-47.

Livian, Y.F., 1995. *Introduction à l'Analyse des Organisations*, Paris, Economica.

Livingstone, S., 2003. « On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research », *European Journal of Communication*, vol. 18, nº 4, p. 477-500.

Mangen, S., 1999. « Qualitative research methods in cross-national settings », *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 2, p. 109-124.

Marcus, G.E., 1995. « Ethnography in/of the World System : The emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, vol. 24, p. 95-117.

Marshall, A. et S. Batten, 2003. « Ethical Issues in Cross-Cultural Research », dans W.-M. Roth (dir.), *CONNECTIONS '03*, p. 139-151.

Massé, R., 1995. *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur ltée.

Massé, R., 2010. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé*, vol. 1, nº 1, 15 p. http://anthropologiesante.revues.org/116 [consulté le 25 août 2012].

McMichael, A.J. et R. Beaglehole, 2000. « The changing global context of public health », *The Lancet*, vol. 356, p. 495-499.

Navarro, V., 2008. « Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata », *Global Social Policy*, vol. 8, nº 2, p. 152-155.

Olivier de Sardan, J.-P., 2010. « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... », *Anthropologie et santé*, vol. 1, nº 1, 12 p. http://anthropologiesante.revues.org/86 [consulté le 25 août 2012].

Saillant, F. et S. Genest (éd.), 2005. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval.

Suarez-Herrera, J.C., 2008. « L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine », dans V. Ridde et K. Mohindra (dir.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec*, Montréal, Cahiers scientifiques de l'Acfas, p. 41-56.

Suarez-Herrera, J.C., 2010. *L'intégration organisationnelle de la participation. Des enjeux locaux pour une santé publique globale*. Thèse de doctorat, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal.

Suarez-Herrera, J.C., F. Champagne et A.-P. Contandriopoulos, 2010. « Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 23, nº 1, p. 206-221.

Suarez-Herrera, J.C., M.-J. Blain et G. Bibeau (Sous presse). « Perspectives socio-anthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale », dans J.L. Klein et M. Roy (dir.), *Pour une nouvelle mondialisation. Le défi d'innover*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 14 p.

Tarantola, D., 2005. « Global Health and National Governance », *American Journal of Public Health*, vol. 95, nº 1, p. 8.

Varmus, H., R. Klausner, E. Zerhouni, T. Acharya, A.S. Daar et P.A. Singer, 2003. « Public Health: Enhanced: Grand Challenges in Global Health », *Science*, vol. 302, nº 5644, p. 398-399.

White, H., 2008. « Of probits and participation: The use of mixed methods in quantitative impact evaluation », *IDS Bulletin [World Bank]*, vol. 39, nº 1, p. 98-109.

Wholey, J.S., 2004. « Evaluability assessment», dans J. S. Wholey, H. P. Hatry et K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical Program Evaluation*, 2nd ed., San Francisco, Jossey-Bass, p. 33-61.

PARTIE 1

CONSIDÉRATIONS CONCEPTUELLES

VERS UN PARADIGME UNIFICATEUR EN SANTÉ MONDIALE[1]

Duncan Pedersen[2]

Introduction

Au tournant du XXIe siècle, l'émergence d'un « Nouvel Ordre Mondial » a conduit à de profonds changements dans le contexte social, économique et politique – tant dans les pays riches que pauvres – créant des opportunités et des perspectives d'espoir, mais aussi des défis, des risques et des contraintes pour la santé des populations dans le monde entier. Aujourd'hui, la globalisation et la fragmentation sont des forces mondiales dominantes en jeu, exerçant simultanément des influences majeures dans la configuration de vastes secteurs sociaux, réalignant des fronts politiques, générant des alliances et des tensions antagonistes ainsi que des conflits de diverses formes ayant une vaste gamme de conséquences sur la qualité de vie, l'état de santé et l'espérance de vie des populations partout dans le monde. L'interdépendance croissante, la concurrence sur les marchés mondiaux, l'expansion de sociétés transnationales et de nouveaux accords commerciaux mobilisant des ressources financières, des biens et des services ainsi que le transfert accru de technologies médicales, de médicaments et de produits pharmaceutiques ont eu une influence positive, dans certains cas, mais aussi négative sur la santé mondiale (Kim et autres, 2001).

Le mouvement transfrontalier de déchets et produits dangereux a créé de nouveaux risques sanitaires résultant souvent de la dégradation de l'environnement mondial : l'appauvrissement de la couche d'ozone, le changement climatique et la pollution des océans, avec des conséquences néfastes évidentes sur les conditions de vie et la santé globale des populations (Pedersen, 1996).

Le réalignement des forces politiques et économiques a augmenté les inégalités sociales et affaibli le filet de sécurité, tandis que les conflits ethniques et religieux ainsi que les guerres sont devenus des causes majeures de souffrance, de problèmes généraux de santé et d'augmentation du taux de mortalité. La violence est devenue endémique dans de nombreuses parties du monde. Dans les dernières décennies, le nombre de personnes déplacées de force et les populations de réfugiés ont considérablement augmenté, tout comme la guerre, les conflits armés et les bouleversements politiques des populations civiles à travers le monde, contribuant ainsi à

---

1. Ce texte a été élaboré dans le cadre du programme Trauma and Global Health (TGH), grâce à une subvention de la Fondation Teasdale-Corti et l'Initiative de recherche en santé mondiale de l'IDRC/CRDI (Ottawa, Canada).

2. Texte original en anglais, traduit par Marie-Jeanne Blain et José Carlos Suárez-Herrera.

un fardeau supplémentaire persistant de maladie, de décès et d'invalidité (Pedersen, 2002; Pedersen et autres, 2008). Selon l'UNHCR (2010), le nombre de personnes déplacées à l'échelle internationale est estimé à 51 millions dans le monde (environ 26 millions en raison d'un conflit armé et 25 millions par des catastrophes naturelles).

Le point de départ de ce texte est que, malgré les impressionnantes avancées scientifiques et technologiques dans les interventions de santé, la disponibilité accrue des ressources ainsi que la croissance financière du secteur de la santé mondiale, les inégalités de richesses et de santé entre et au sein des pays sont persistantes et, dans de nombreux cas, en progression. Ainsi, nous sommes toujours confrontés à de faibles résultats de santé pour une plus grande proportion de la population mondiale, un échec global aujourd'hui exacerbé par la crise financière mondiale (Benatar, 2009).

C'est dans ce contexte que je voudrais souligner l'émergence de la santé mondiale en tant qu'espace de savoirs et de pratiques qui a évolué à un rythme plus rapide depuis le début du siècle, façonnant le discours des décideurs politiques, des chercheurs de la santé et des sciences sociales et du grand public, impliquant les secteurs public et privé, les organismes multilatéraux et bilatéraux et les fondations privées, y compris les donateurs et les milieux universitaires plus larges.

La santé mondiale : délimitation du concept

Au cours de la dernière décennie, il y a eu de nombreuses tentatives afin de définir la santé mondiale, son territoire et ses frontières, ce que je n'ai pas l'intention d'examiner ici en détail, ceci ayant été longuement discuté ailleurs (Beaglehole et Bonita, 2010). La multiplicité des disciplines et des approches concernées a donné lieu à des façons assez différentes de définir le concept de santé mondiale, mettant en relief l'absence générale de consensus. Une première définition lancée par l'Institute of Medicine, une institution prestigieuse aux États-Unis (IOM, 1997, p. 88) a défini le domaine de la santé mondiale comme « ... les problèmes de santé, les questions et les préoccupations qui transcendent les frontières nationales, pouvant être influencés par des circonstances ou des expériences dans d'autres pays et qui sont les mieux adressées par des actions et des solutions concertées[3] ». Par la suite, la plupart des auteurs ont tenté de redéfinir la santé mondiale tant par les iniquités causées par les structures internationales d'échanges et d'investissement, incluant la commercialisation de produits nocifs par des entreprises transnationales, que par les effets du changement climatique ou la transmission de maladies résultant des voyages entre les pays (Smith et autres, 2006).

Dans certains cas, les auteurs associent la santé mondiale à l'influence croissante des acteurs au-delà des organisations gouvernementales ou

3. Traduction libre.

intergouvernementales, tels que les médias, les fondations privées et les sociétés transnationales (Brown et autres, 2006). Par la suite, d'autres se sont penchés sur les dimensions historiques et politiques du concept et sur l'influence exercée par l'OMS dans la promotion de ce terme comme stratégie organisationnelle pour leur propre survie (Brown, Cueto et Fee, 2006).

Plus récemment, Koplan et ses collaborateurs (2009) ont élaboré un modèle comparatif entre les domaines de la santé publique, la santé internationale et la santé mondiale dans lequel les différents niveaux sont comparés en vis-à-vis (voir tableau 1) : la portée géographique (de l'ampleur de l'emplacement à l'ampleur des problèmes), le niveau de coopération (de la coopération bilatérale au partenariat mondial), l'accent sur les individus ou les populations, l'équité en santé (de la nation ou la communauté jusqu'au-delà des nations et pour tous les peuples), et la gamme de disciplines (du multi-professionnalisme à la transdisciplinarité).

Ce cadre comparatif représente une approche utile pour aller au-delà de la compréhension de la santé mondiale comme une simple énumération de problèmes ou de catégories de maladies et de sa distribution dans le monde, vers une distinction plus structurelle entre des champs similaires d'enquête. Il est maintenant clair que nous devons redéfinir la santé mondiale en soi et nous éloigner de ce qui a été jusqu'à présent défini comme étant la santé publique classique ou la santé internationale. Grand nombre de nos plus graves problèmes contemporains font partie intégrante de la crise mondiale : réchauffement de la planète, épuisement des ressources, dégradation des écosystèmes, pauvreté et inégalités sociales, conflits et guerre sont les principaux éléments inhérents aux structures culturelles fondamentales de notre civilisation actuelle à l'échelle planétaire (Bodley, 2008).

Tableau 1

COMPARAISON : SANTÉ MONDIALE, SANTÉ INTERNATIONALE ET SANTÉ PUBLIQUE[4]

	SANTÉ MONDIALE	SANTÉ INTERNATIONALE	SANTÉ PUBLIQUE
PORTÉE GÉOGRAPHIQUE	Accent sur les questions touchant directement ou indirectement la santé, mais pouvant transcender les frontières nationales	Accent sur les questions de santé des pays autres que le sien, en particulier ceux à faibles et moyens revenus	Accent sur les questions affectant la santé de la population d'une communauté ou d'un pays particulier
NIVEAU DE COOPÉRATION	Développement et mise en œuvre de solutions nécessitant souvent une coopération mondiale	Développement et mise en œuvre de solutions nécessitant habituellement la coopération bilatérale	Développement et mise en œuvre de solutions ne nécessitant généralement pas de coopération mondiale
INDIVIDUS OU POPULATIONS	Englobant à la fois la prévention au niveau populationnel et les soins cliniques des personnes	Englobant à la fois la prévention au niveau populationnel et les soins cliniques des personnes	Principalement axée sur les programmes de prévention au niveau populationnel
ACCÈS À LA SANTÉ	L'équité en santé entre les nations et pour tous les peuples est un objectif majeur	Vise à aider les populations des autres nations	L'équité en santé au sein d'une nation ou d'une communauté est un objectif majeur
ÉVENTAIL DE DISCIPLINES	Hautement interdisciplinaire et multidisciplinaire au sein et au-delà des sciences de la santé	Embrasse quelques disciplines, mais sans emphase sur la multidisciplinarité	Encourage les approches transdisciplinaires, en particulier au sein des sciences de la santé et les sciences sociales

Selon moi, les composants essentiels pour la redéfinition de la santé mondiale sont tout d'abord la nature et l'envergure mondiales des problèmes de santé, y compris ses causes et ses conséquences, ce que j'ai l'intention d'aborder ici. Ainsi, il est primordial de redéfinir ce qui est « mondial[5] » par opposition aux domaines « international » et « public ». Ces changements dans l'utilisation d'un concept ne sont pas des événements aléatoires, mais constituent une réponse à l'évolution des contextes sociaux et économiques à travers le temps et les champs disciplinaires qui évoluent constamment et déplacent leurs frontières territoriales ainsi que leurs rôles et tâches spécifiques. Par exemple, la

4. Traduction libre. *Table. Comparison of global, international, and public health*, Koplan et autres, 2009, p. 1994.

5. Le terme anglais « Global Health » se traduit en français par « Santé mondiale ».

santé publique classique est habituellement considérée comme mettant l'accent sur les questions de santé du domaine public affectant des populations spécifiques dans un pays donné, tandis que les efforts de santé internationale visent des problèmes de santé chez les personnes provenant le plus souvent de pays à faible et moyen revenu. Par contre, la santé mondiale vise à englober toutes les populations, riches et pauvres, à travers le monde, indépendamment de leur lieu et de leur nationalité et se concentre sur les questions de santé qui transcendent les frontières territoriales des États. Tel que souligné par Lee et autres (2002, p. 8), ces problèmes « ... circumvent, undermine, or are oblivious to the territorial boundaries of states, and thus beyond the capacity of states to address effectively through state institutions alone ».

Le deuxième élément découle des changements les plus profonds expérimentés à l'échelle de la crise sociétale : la grande concentration de la richesse et des revenus dans certains secteurs, y compris le pouvoir financier et politique, comme conséquence de la mondialisation. D'autres auteurs ont également mis en évidence la santé mondiale comme l'émergence d'un espace politique qui exige d'aborder les questions relatives à la santé collective dans un contexte des relations de pouvoir entre les pays et les effets de la mondialisation (J-W. Lee, 2003; Brown et autres, 2006).

Finalement, le troisième et le plus important composant serait l'argument éthique entraînant l'action sociale à l'échelle mondiale afin de répondre aux inégalités sociales résultant de la distribution injuste ou inégale des ressources et la nécessité de progresser vers les objectifs d'équité en santé mondiale et de justice sociale (Venkatapuram, 2010).

Plus récemment, des voix critiques ont émergé, soulignant l'absence relative d'une base théorique et la pauvreté du cadre conceptuel de la santé mondiale comme un nouveau domaine d'enquête et de pratique qui peut avoir ralenti les progrès dans la mise en œuvre du programme et réduit l'émergence d'un domaine intellectuellement cohérent (Benatar, 2009; Bibeau, 1999; Kleinman, 2010; Krieger, 2001; Summerfield, 2008).

Néanmoins, les initiatives en santé mondiale ont pris de l'ampleur, en partie alimentées par les attentes accrues de la population générale et une demande croissante dans les milieux universitaires, en partie à cause du soutien financier substantiel disponible au cours de la dernière décennie. En examinant la documentation la plus récente sur le sujet, nous pouvons distinguer au moins trois modèles théoriques spécifiques pour la santé mondiale qui ont été développés parallèlement.

L'un pourrait être étiqueté comme le cadre « de la croissance économique et du développement » où l'accent était mis sur la maximisation « des années de vie pondérées par l'incapacité » (AVPI6) afin d'augmenter la productivité dans quelque chose que j'ai nommé il y a quelques années comme « les utopies du développement perpétuel » (Pedersen, 1996). La

6. En anglais : « Disability-adjusted life year (DALYs) ».

valeur de ce modèle était clairement utilitariste – l'« homme économique » poursuivant rationnellement son propre intérêt de façon réfléchie.

Un deuxième modèle a été identifié comme le cadre « néolibéral » (Stewart, Keusch et Kleinman, 2010), essentiellement orienté par des interventions verticales, spécifiques à la maladie, et des interventions biotechnologiques étroites, et ce, au sein du contexte plus large de la libéralisation du commerce et du financement, la promotion de partenariats public-privé dans lesquels l'analyse coût-efficacité et l'utilitarisme comme système de valeurs prévalent.

Finalement, le modèle de « l'équité et de la justice sociale », inspiré du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CDSS) (CSDH, 2008), est axé sur la création de sociétés en bonne santé (actifs de santé – partenariat), visant à développer des interventions horizontales et intégratives (à travers tous les secteurs et toutes les disciplines). Ce cadre représente une variété de valeurs morales et de positions, allant de l'humanitarisme aux droits de l'homme, et à des approches équitables pour l'amélioration de la santé collective (Alkire et Chen, 2004).

Ce texte est largement encadré dans ce dernier modèle. J'ai l'intention de passer brièvement en revue certaines approches critiques dans le champ de la santé ainsi que les défis, les changements de pouvoir et les tensions polarisées qui sous-tendent l'émergence de la santé mondiale comme nouveau paradigme afin d'orienter la recherche en santé, les politiques et les initiatives d'action à travers les nations et qui ne sont pas toujours en alignement avec les réalités qui reflètent les perceptions locales, les besoins et les priorités des populations. Dans ma discussion, l'accent sera mis sur quatre domaines, soit en amont ou en évolution le long de l'émergence du concept de la santé mondiale :

a) l'élargissement de la santé collective comme champ d'enquête : les crises de la santé publique;

b) les contributions des sciences sociales et de l'épidémiologie sociale à la reconfiguration du champ de la santé des populations;

c) la nécessité de réexaminer notre système de valeurs occidental et les fondements éthiques de la santé mondiale;

et enfin

d) le nouveau programme de recherche en santé mondiale.

Les remarques finales porteront sur la nécessité de construire un paradigme unificateur pour la santé mondiale.

L'élargissement de la santé collective comme champ d'enquête : les crises de la santé publique

Ces dernières années, il semble y avoir un consensus croissant selon lequel la *santé publique* en tant que profession, en tant qu'activité gouvernementale et en tant qu'engagement mondial pour l'amélioration de la santé collective, n'est ni clairement définie ni entièrement comprise. Suite au récent virage vers la réadoption du modèle biomédical en santé publique, la majorité des organismes de santé internationale et des fondations privées ont suivi la stratégie d'appliquer massivement des interventions biomédicales (soit les vaccins, les sels de réhydratation par voie orale, les contraceptifs, les préservatifs, la vitamine A, etc.), ciblant des catégories de maladies spécifiques et les comportements individuels. L'implantation de ces interventions, nécessitant souvent un *locus* de contrôle central, a été largement fondée sur l'approche du risque mettant l'accent sur les « maladies de la pauvreté » et a reçu des quantités accrues de ressources et de financement provenant d'organismes multilatéraux, de sources gouvernementales et de bailleurs de fonds privés.

Bien qu'il n'y ait ni consensus ni des données suffisantes encore disponibles, il y a peu de doute que ces initiatives menées dans le cadre du modèle de santé publique classique ont contribué à l'amélioration des conditions de santé, augmentant considérablement les chances de survie dans différents groupes de population ayant déjà été en proie à la maladie, à la famine et au décès prématuré. Cependant, il est aussi vrai que pour bon nombre les progrès en santé ont stagné ou même ont été inversés, une fois diminués l'enthousiasme et le financement des bailleurs de fonds (le cas de l'Afrique subsaharienne est une belle illustration en tant que le plus grand cimetière d'initiatives en santé publique). Par exemple, après avoir atteint la cible de 80 pour cent de la population pour la vaccination contre la rougeole, un grand nombre de la cohorte d'enfants nouveau-nés demeurent non protégés, de sorte que la rougeole reste fortement prévalente dans certaines régions du monde et le nombre de décès mondial pour cette maladie évitable est toujours autour de 900 000 enfants par an (voir Immunizations, 2002).

Plusieurs de ces interventions de santé au niveau international sont basées sur le *paradigme classique de la santé publique* – se concentrant sur le changement des comportements individuels –, partant de la fausse présomption que les actions individuelles sont le facteur explicatif le plus important de l'apparition de la maladie. Les spécialistes en santé publique fonctionnant dans le paradigme classique ont tendance à ignorer ou à marginaliser les forces contextuelles en jeu et finissent souvent par faire de fausses attributions de causalité menant à leur tour à des interventions inadéquates ou inefficaces.

Il y a plus d'une décennie, les experts en santé internationale ont convenu que le paradigme de la santé publique entrait dans une nouvelle phase de développement, cette fois-ci « n'étant plus subordonnée à

la médecine ni sur le plan conceptuel ni opérationnel[7] » (Guerra de Macedo, 1992, p. 218). Des chercheurs en sciences sociales critiques ont fait une proposition encore plus radicale exigeant le détachement de la santé publique du modèle biomédical et de son utilisation rationnelle, la philosophie positiviste reposant sur une interprétation fonctionnaliste de la société (Lupton, 1998). Dans ce texte, je souscris à une conception plus équilibrée, plaidant pour l'élargissement du champ de la santé collective et une articulation plus forte entre la médecine, la santé publique et l'épidémiologie, avec les sciences sociales, ce qui aboutirait ultimement à une reconfiguration du champ de la santé des populations.

Vers une reconfiguration du champ de la santé des populations : le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé

Afin de contribuer à la reconfiguration du champ de la santé des populations, nous devrions commencer par examiner plus attentivement le modèle épidémiologique classique de la causalité de la maladie. La « sainte trinité épidémiologique » – agent, hôte et environnement – qui a été largement appliquée aux maladies infectieuses ainsi qu'à un large éventail d'autres conditions (de la maladie coronarienne, du suicide, jusqu'aux accidents de la route), tend à ignorer ou à marginaliser les influences du système social sur la santé des populations (McKinlay et Marceau, 2000). Entre autres, nous avons soutenu ailleurs qu'il est impératif d'élargir le modèle épidémiologique classique de la causalité des maladies et d'intégrer le système social dans l'analyse pour une meilleure compréhension de l'émergence de la maladie et de sa distribution.

Il y a suffisamment de données rapportées dans la littérature épidémiologique visée ci-dessus pour suggérer qu'il devait y avoir d'autres facteurs au-delà de l'introduction des technologies biomédicales (c.-à-d. vaccins ou nouveaux médicaments) pour expliquer pourquoi certaines maladies ont connu une baisse substantielle. Un exemple classique est le déclin historique des taux de mortalité liés à la tuberculose en Angleterre et au Pays de Galles, qui a été attribué davantage aux changements causés par l'industrialisation et les conditions de travail, le logement et l'état nutritionnel, plutôt qu'à l'introduction du vaccin BCG et de la streptomycine ou à une meilleure compréhension des causes de la maladie (McKeowen, 1976). Soixante ans après l'introduction d'une thérapie combinée très efficace, la tuberculose reste au premier rang mondial des causes infectieuses parmi les décès évitables. Néanmoins, il y a toujours une persistance, au niveau des programmes nationaux, à compter principalement sur les vaccins et les médicaments de lutte contre la tuberculose.

Un autre excellent exemple est le paludisme. Au cours des cinquante dernières années, les taux de paludisme aux États-Unis ont régulièrement diminué, du fait principalement des changements écologiques, du

7. Traduction libre.

développement agricole et d'une série d'autres facteurs mal connus (Levine, 1999). Dans le sud des États-Unis, l'utilisation de médicaments antipaludiques et de DDT a été plutôt limitée au cours des dernières décennies, ce qui signifie qu'il existe d'autres facteurs en jeu dans la réduction et le maintien d'un taux d'attaque faible contre le paludisme au-delà de l'introduction des antipaludiques et des mesures de lutte anti-vectorielle.

L'infection par le VIH et l'épidémie de sida semblent suivre une tendance similaire, en essayant d'expliquer l'augmentation et/ou la diminution du nombre de cas parmi certaines catégories à risque de la population. Par exemple, une vague d'optimisme affiché récemment à l'égard de l'épidémie de sida a été créée par l'illusion d'avoir « conquis » la maladie et augmenté l'espérance grâce à une nouvelle génération de médicaments antirétroviraux. Toutefois, les écarts au niveau de l'accès à ces nouveaux médicaments et de la capacité de payer déterminent encore l'issue du sida parmi les populations des pays riches tels que les États-Unis et le Canada ainsi que les pays à faible et moyen revenu tels que l'Afrique du Sud et l'Ouganda. De même, le traitement des infections sexuellement transmissibles pour prévenir le VIH a été décevant (Gray et Wawer, 2007). Même la circoncision masculine, une procédure déjà disponible et prouvée efficace, utilisée dans la prévention du sida prendra de nombreuses années pour devenir culturellement acceptable et avoir un effet significatif dans le contrôle de l'épidémie.

En effet, la transmission du VIH est un autre exemple de la manière dont les scientifiques en sciences sociales et médicales peuvent faire fausse route. Après environ deux décennies de recherches sur la transmission du VIH, peu ont exploré « ... those precise mechanisms by which such forces as racism, gender inequality, poverty, war, migration, colonial heritage, coups d'état, and even structural adjustment programs become embodied as increased risk » (Farmer, 1999, p. 56). En outre, l'élaboration d'interventions efficaces est également dépendante des contextes social, culturel et politique dans lesquels les décideurs politiques, les banquiers, les investisseurs et les scientifiques prennent leurs décisions.

Mais plaider en faveur d'une épistémologie critique et interroger la science et la médicalisation des problèmes psychosociaux ne signifie pas que nous devrions négliger la médecine comme science ainsi que les biotechnologies dans les interventions de santé, qui s'avèrent souvent pertinentes et potentiellement significatives.

En remettant en cause l'impact des technologies médicales ou la quête de « solutions miracles » comme stratégie ayant échoué, nous voulons mettre l'accent sur les complexités en jeu dans la résolution de problèmes liés à la santé ainsi qu'à la mauvaise santé engendrées par les inégalités sociales. Alors que nous sanctionnons les abus de la médicalisation, nous reconnaissons qu'il n'y a aucun mal à recourir à des thérapies efficaces, des biotechnologies et des interventions appropriées. Tel que souligné il y a plus de deux décennies par Eisenberg et Kleinman (1981, p. 11) : « The key task for medicine is not to diminish the role of biomedical sciences

in the theory and practice of medicine but to supplement them with an equal application of the social sciences in order to provide both a more comprehensive understanding of disease and better care of the patient. The problem is not 'too much science', but to narrow a view of the sciences relevant to medicine. »

Maintenant, permettez-moi de me tourner vers le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CDSS), également connue sous le nom de « Rapport Marmot » (CSDH, 2008). Le rapport de la CDSS, lancé en 2008, postule que la capacité d'atténuer l'injustice est un motif suffisant pour envisager d'agir et justifie l'action sociale. Tel que déclaré par Venkatapuram (2010, p. 7), « The Commission provides empirical evidence that a whole range of actors, including individuals within national governments and international organizations, have within their power the ability to prevent or mitigate ill health and [reduce] gross health inequalities within and across countries through acting on the social determinants of health. »

La stratégie la plus innovatrice utilisée par le rapport de la CDSS est de relier la science et l'argumentation éthique et morale dans le but d'inciter à l'action mondiale. Deux des particularités les plus importantes du rapport final de la CDSS doivent être soulignées. Tout d'abord, le rapport présente une analyse systématique des causes sociales distales et proximales de la mauvaise santé selon une perspective sociale de l'épidémiologie et, deuxièmement, son analyse est fondée sur l'éthique de la justice globale (Venkatapuram, 2010).

Le rapport de la CDSS a mis de l'avant une interprétation scientifique des origines sociales de la santé et de la maladie, en s'éloignant du modèle conventionnel de l'épidémiologie qui se concentre sur les déterminants individuels, tels que les caractéristiques individuelles (âge, sexe, éducation, etc.), l'exposition à des agents nocifs et qui blâme souvent les comportements individuels spécifiques ou les facteurs génétiques comme explication de l'apparition de la maladie ou même qui fait appel à l'épidémiologie moléculaire, qui explore le niveau intra-individuel et va au-delà des déterminants individuels pour tenter d'expliquer les résultats d'une mauvaise santé. En revanche, le rapport de la CDSS adopte une approche sociale de l'épidémiologie, mettant l'accent sur les facteurs contextuels supra-individuels qui mènent à deux questions politiquement sensibles : 1) la répartition sociale asymétrique de la maladie et des décès et, 2) la cause sociale de la mortalité et la morbidité. Ce faisant, le rapport Marmot a contribué de manière significative à un changement de paradigme, préparant le terrain pour l'émergence et le développement de la santé mondiale en tant qu'espace de recherche et de pratique.

La nécessité de revoir notre système de valeurs occidental et les fondements éthiques de la santé mondiale

En Occident, l'accent mis sur l'autonomie individuelle et l'éthique interpersonnelle semble s'estomper et s'orienter progressivement vers un plus large consensus sur la nécessité d'une éthique en santé publique qui nous permettra de faire face plus efficacement à la santé mondiale en tant que défi systémique (Benatar, 2009; Dawson,Verweij et Verweij, 2007). Il faudrait pour cela regarder au-delà de la proclamation de l'universalité des droits humains et des valeurs et examiner directement la façon dont ils sont appliqués au niveau local et interagissent dans la pratique, nous incitant à revoir et redéfinir notre système de valeurs occidental, y compris ses fondements mêmes.

La conception que la santé mondiale doit être guidée par une vision éthique n'est pas nouvelle. Il y a quelques années, un ancien directeur général de l'OMS a déclaré que « technical excellence and political commitment have no value, however, unless they have an ethically sound purpose » (J-W. Lee, 2003, p. 473). La question de l'éthique et des valeurs morales sont d'une importance cruciale en santé mondiale afin d'expliquer *pourquoi* et *comment* les initiatives et les interventions en santé mondiale devraient être entreprises. De plus, quels sont les fondements éthiques de ces initiatives internationales axées sur la santé mondiale ? Pour commencer à répondre à cette question, nous devrions poser un regard critique sur les principes implicites des systèmes de santé et des programmes de santé publique ainsi que sur le système de valeurs qui sous-tend ces fondements (Horton, 2004), y compris les valeurs éthiques et morales.

En reconnaissant la santé en tant que droit fondamental et besoin absolu de l'être humain, il est évident que nous avons l'obligation absolue de procurer une bonne santé pour tous du mieux que nous le pouvons, ce qui est l'une des raisons de mettre en premier les pauvres et les plus défavorisés. D'autres peuvent invoquer l'altruisme comme valeur fondamentale, soulignant les initiatives au niveau international axées sur la santé mondiale en tant qu'efforts visant à maximiser la liberté pour tous, tout en développant leurs propres capacités et en menant une vie saine et convenable. Finalement, d'autres souscriront à des approches plus utilitaristes, pouvant mettre l'accent sur le principe d'investir dans la santé des pauvres afin de renforcer l'économie mondiale et ultimement apporter une plus grande prospérité et sécurité à tous (K. Lee, 2003).

Le nouveau programme de la recherche en santé mondiale

Les principaux facteurs liant les iniquités sociales aux résultats de santé et à la longévité restent largement inconnus. Néanmoins, la pauvreté, le racisme et l'exclusion sociale peuvent avoir des effets puissants en matière de santé mentale et physique, à la fois en termes de morbidité et de mortalité. L'insécurité matérielle qui accompagne la

pauvreté est en soi une source de détresse, d'inquiétude et une menace constante qui ne doit pas être sous-estimée. Les personnes exposées à des événements de vie stressants (séparation ou divorce, insécurité d'emploi, décès d'un membre de la famille, poursuites judiciaires, expulsion, graves difficultés financières, etc.) ont des taux de mortalité plus élevés. Il existe plusieurs explications psychosociales possibles liant des événements de vie stressants à une mortalité et morbidité plus élevées, d'autres impliquent des facteurs biologiques tels que les systèmes immunitaires et neuroendocriniens, tandis que d'autres sont liées à des dimensions psychosociales et culturelles (Wilkinson, 1996).

Un domaine de recherche basé sur l'inégalité sociale, la maladie et les mauvais résultats de santé offre l'occasion d'explorer les questions sociales et de santé importantes tout en forgeant des liens entre différentes disciplines et thèmes de recherche. Les sociétés où les inégalités sociales ont tendance à augmenter affichent des taux de mortalité plus élevés provenant de la plupart des causes et des taux plus élevés de décès liés à l'alcool, à la toxicomanie, aux blessures auto-infligées et au suicide, à la criminalité, aux homicides issus tant de la violence interpersonnelle que collective (Wilkinson, 1996). Les décès violents dans les milieux urbains tant au sein des pays industrialisés que dans les moins développés sont devenus l'une des causes principales de mortalité chez les jeunes hommes dans les secteurs défavorisés de villes comme Le Cap, Rio de Janeiro, Ciudad Juárez ou Détroit.

Dans les sociétés humaines, la santé et la maladie sont inégalement distribuées, certains secteurs ou groupes s'en sortent systématiquement mieux que d'autres, quels que soient les techniques ou les outils de mesure utilisés. Selon la perspective des sciences sociales, la santé peut être appréhendée comme un produit ou une marchandise, et la maladie comme le résultat d'iniquités dans la répartition des ressources et l'accès inégal à la richesse et au pouvoir. Le pouvoir dans la société repose non seulement sur la domination, le contrôle, la répression et la soumission des autres, mais s'exprime aussi dans sa capacité à définir ce qui est acceptable, approprié, et devrait être considéré comme normal (Lock et Lindenbaum, 1993). *L'approche critique en santé publique* va dans ce sens, soulignant que la détresse, la maladie et la souffrance humaine sont des productions sociales façonnées par les rapports de pouvoir structurel à l'œuvre dans l'ensemble de la société.

En somme, il y a une boucle continue depuis le comportement des cellules et des molécules jusqu'à la santé des populations, et vice-versa, un continuum dans lequel l'environnement social passé et présent des individus (et leurs perceptions de ces environnements) constitue un ensemble clé de liens et de mécanismes (Evans et autres, 1994). Au cours des prochaines décennies, l'un des principaux défis à relever sera d'élaborer un programme de recherche en santé mondiale visant à élucider cet ensemble de liens et de mécanismes.

Un champ intersectoriel important de la recherche en santé mondiale consisterait à explorer systématiquement les façons dont les inégalités de

santé sont historiquement et socialement produites. Cela ne devrait pas se limiter à l'analyse de la façon dont la maladie, y compris la maladie mentale, est socialement distribuée, mais - tel que proposé par Byron Good - devrait examiner plus en profondeur la façon dont les structures politiques et économiques sont incorporées dans l'expérience de la maladie, tout comme d'autres facteurs tels que la biologie et l'histoire familiale (Good, 1994). Alors que la plupart des chercheurs en sciences sociales reconnaissent l'interaction entre les contextes historiques, sociaux et économiques dans la production de la santé et de la maladie, cette reconnaissance est tout au plus perçue comme marginale chez plusieurs chercheurs biomédicaux et praticiens de la santé. De plus, l'importance des déterminants sociaux est souvent sous-estimée et généralement il y a une articulation inadéquate entre les dimensions macrosociales, microsociales - la communauté, les expériences familiales et individuelles - et biologiques afin de tenter d'expliquer la construction de la maladie et, à son opposé, de la santé.

Alors que les maladies résultant de la pauvreté et des mauvaises conditions environnementales, telles que la diarrhée ou la tuberculose, ont souvent été « médicalisées » (transformant des problèmes sociaux et politiques très larges en des préoccupations biomédicales spécifiques) et soumises à des interventions technologiques de grande envergure, les troubles mentaux et les nouveaux types de problèmes comportementaux remettent en question les solutions biomédicales classiques et demandent une approche différente. Tel que démontré dans des recherches soigneusement menées, l'évolution et les conséquences des troubles mentaux graves ne dépendent pas seulement de l'accès aux services, aux médicaments, aux compétences ainsi que de la disponibilité des soins professionnels, mais aussi des réactions, des soins et du soutien fournis par les membres de la famille et le réseau social direct de ressources communautaires. De la même manière, de nombreux troubles liés aux comportements n'ont pas de solution biotechnologique simple, efficace et facilement disponible, mais nécessiteront des changements au niveau des comportements individuels et collectifs ainsi que des interventions visant à la fois les processus microsociaux et le contexte social dans un sens plus large.

Remarques finales : vers un paradigme unificateur ?

Dans le futur, un programme équilibré de recherche en santé mondiale devrait se concentrer non seulement sur le fardeau mondial des maladies, mais aussi sur les déterminants sociaux, politiques, environnementaux et économiques au sein desquels ces maladies apparaissent. À partir de ce qui a été discuté ci-dessus, il semble clair que dans l'avenir un *nouveau paradigme unificateur* en santé mondiale a besoin d'être orienté tant par des innovations biotechnologiques que sociales (Gardner et autres, 2007).

Afin de maximiser la capacité de recherche pour l'innovation dans les pays à faible et moyen revenu ainsi que le transfert de connaissances

en santé mondiale, nous avons besoin de voyager dans au moins deux directions distinctes du processus d'innovation : *en aval*, en cherchant des solutions biotechnologiques et psychosociales, par exemple des partenariats mondiaux public-privé relatifs au développement de produits (c.-à-d. nouveaux médicaments, dispositifs, procédures diagnostiques ou thérapeutiques, vaccins) afin de construire des interventions plus efficaces dans les domaines préventifs et cliniques; *à mi-chemin et en amont*, en explorant plus activement les origines sociales et environnementales de la santé et de la maladie ou les « causes des causes », à la recherche de solutions sociales systémiques et d'interventions collectives, telles que les politiques de santé et la recherche sur les systèmes de santé selon une perspective multisectorielle, interculturelle et transdisciplinaire.

Alors que de grands progrès ont été réalisés dans le développement et la mise en œuvre d'interventions coût-efficaces sur les plans individuel et collectif afin de lutter contre ces menaces à la santé mondiale, les professions médicales et paramédicales sont toujours confrontées à l'absence d'une base théorique solide dans ce domaine. Cela impose des contraintes à leur modèle actuel de pratique clinique ainsi que dans leur capacité d'innovation technologique et sociale. Des investissements relativement modestes pour la recherche sur les problèmes de santé au sein des pays à faible et moyen revenu, suivant les priorités en santé mondiale, pourraient contribuer dans une large mesure à la réduction des inégalités de santé et à la réalisation de meilleurs résultats sanitaires et d'interventions de santé plus efficaces et durables pour tous.

Dans le cadre de cette vision de l'équité, de la solidarité et de la justice sociale, une perspective plus équilibrée et critique en matière de santé mondiale à la croisée des chemins avec les réalités locales est en train d'émerger. Tel que nous l'avons démontré plus haut, le paradigme unificateur devrait couvrir les domaines convergents suivants :

La nécessité d'élargir le champ de la santé collective, basé sur la reconnaissance de l'importance croissante des déterminants politiques, économiques et sociaux de la santé ainsi que de l'interaction du social et du culturel avec les dimensions biologiques de la santé et la maladie (Evans et autres, 1994). Tel que décrit plus haut, il est essentiel de reconnaître les changements paradigmatiques actuels dans les sciences sociales et le domaine de la santé des populations, ainsi que la nécessité de reconfigurer ses frontières, dans un effort pour une meilleure articulation entre les sciences sociales et la médecine, l'épidémiologie et la santé publique, qui devraient mener à leur tour à l'adoption d'une épistémologie critique des sciences médicales (Bibeau, 1999; McKinlay et Marceau, 2000).

Nous devrions intensifier nos efforts dans le développement d'une compréhension critique des principes implicites en santé mondiale et examiner le *pourquoi* et le *comment* des interventions en santé mondiale. Il y a une reconnaissance croissante que nous devons réexaminer d'un point de vue critique les fondements de la santé mondiale et construire un cadre éthique, rendant explicites les valeurs et principes moraux sous-jacents.

En outre, nous devrions atteindre un financement plus équilibré pour le nouveau programme de recherche qui se profile en santé mondiale. Le Canada, en tant que société qui souscrit aux principes d'équité, de justice sociale et de solidarité internationale, s'efforce de redistribuer des fonds publics et privés pour la recherche en santé mondiale. La création récente de Grands Défis Canada[8], en plus des diverses initiatives en santé mondiale lancées par les IRSC, l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM) et les programmes de subventions Teasdale-Corti, sont les mieux placés afin de contribuer de manière significative à l'accroissement de la proportion de leur niveau actuel de financement à la recherche sur les déterminants sociaux de la santé par rapport à la recherche purement clinique et biotechnologique.

J'ai soutenu dans ce texte que c'est à travers l'évaluation des cadres, des modèles et des pratiques couramment utilisées en médecine, en psychologie, en épidémiologie sociale et en sciences sociales, y compris l'anthropologie et l'histoire de la médecine, que nous pourrons éventuellement mieux comprendre comment la détresse et la souffrance sont transformées en catégories nosographiques et éventuellement incorporées dans la sphère du domaine médical. J'ai également soutenu que les sciences médicales et les biotechnologies sont utilisées à la fois dans la médicalisation du « problème » et en tant que forme de contrôle social au détriment des ressources locales endogènes.

Je pose comme défi unique dans les années à venir la construction d'une compréhension plus claire non seulement sur : 1) *l'identification* des facteurs politiques, sociaux et culturels, biologiques et environnementaux qui sont délétères et pertinents en ce qui a trait aux résultats de santé, mais aussi 2) *comment* ils interagissent et 3) *quels* sont les liens, les voies ou les mécanismes pouvant expliquer l'interrelation de ces facteurs ainsi que leurs impacts ou leurs influences (nocive, protectrice ou bénéfique) à court, moyen et long terme sur la santé et la maladie des populations dans le monde.

Références bibliographiques

Alkire, S. et L. Chen, 2004. « Global health and moral values », *Lancet*, vol. 364, p. 1069-1074.

Beaglehole, R. et R. Bonita, 2010. « What is global health? », *Global Health Action*, vol. 3, p. 5142.

Benatar, S.R., 2009. « Global health: where to now », *Global Health Governance*, vol. 2, n° 2, p. 1-11.

Bibeau, G., 1999. « Une troisième voie en santé publique », *Ruptures (Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n° 2, p. 209-236.

8. Incluant les quatre Grand défis suivants : Les Étoiles montantes en santé mondiale; Diagnostics au point de traitement; La santé de la femme et de l'enfant; Les maladies non transmissibles, dont la santé mentale.

Bodley, J.H., 2008. *Anthropology and contemporary human problems,* Lanham, Md., Altamira Press.

Brown, T.M., M. Cueto et E. Fee, 2006. « The World Health Organization and the transition from international to global public health », *American Journal of Public Health,* vol. 96, n° 1, p. 62-72.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health,* Geneva, World Health Organization.

Dawson, A. M., M.F. Verweij et M. Verweij, 2007. *Ethics, Prevention, and Public Health,* Oxford, N.Y., Oxford University Press.

Eisenberg, L. et A. Kleinman, 1981. *The relevance of social science for medicine,* Dordrecht, Hollande, Reidel.

Evans, R.G., M.L. Barer et T.R. Marmot (ed.), 1994. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations,* New York, Aldine de Gruyter.

Farmer, P., 1999. *Infections and Inequalities: The modern plagues,* Berkeley, University of California Press.

Gardner, C.A., T. Acharya et D. Yach, 2007. « Technological and social innovation: a unifying new paradigm for global health », *Health Affairs,* vol. 26, n° 4, p. 1052-1061.

Good, B., 1994. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective,* New York, Cambridge University Press.

Gray, R.H. et M.J. Wawer, 2007. « Randomized trials of HIV prevention », *Lancet,* vol. 370, p. 200-201.

Guerra de Macedo, C., 1992. « The Context », dans PAHO/WHO (ed.), *The Crisis of Public Health: Reflections for the debate,* PAHO Scientific Publication n° 540, Washington, D.C., p. 213-219.

Horton, R., 2004. « The Trinity papers », *Lancet,* vol. 364, p. 1069.

Immunizations, 2002. *Encyclopedia of Public Health,* Ed. Lester Breslow, Gale Group. eNotes.com. 2006. www.enotes.com/public-health-encyclopedia/immunizations [consulté le 9 Dec. 2007].

IOM (Institute of Medicine), 1997. *America's vital interest in global health protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests,* Washington, D.C., National Academy Press.

Kim, J.Y., J.V. Millen, A. Irwin et J. Gershman (eds.), 2001. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor,* Monroe, Maine, Common Courage Press.

Kleinman, A., 2010. « Four social theories for global health », *Lancet,* vol. 375, n° 9725, p. 1518-1519.

Koplan, J., T.C. Bond, M.H. Merson, K. Shrinat Readdy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo et J.N. Wasserheit, 2009. « Towards a common definition of global health », *Lancet,* vol. 373, p. 1993-1995.

Krieger, N., 2001. « Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective », *International Journal of Epidemiology*, nº 30, p. 668-677.

Lee, K., 2003. *Globalization and Health: An Introduction*, New York, Palgrave MacMillan.

Lee, K., S. Fustukian et K. Buse, (2002). « An introduction to global health policy », dans S.H. Lees, K. Buse et S. Fustukian (eds.), *Health Policy in a Globalizing World*, Cambridge, U.K., Cambridge University Press, p. 3-17.

Lee, J-W., 2003. « Science and the health of the poor », *WHO Bulletin*, nº 81, p. 473.

Levine, R.A., 1999. *Improving world health and alleviating human suffering* (invited lecture), Cambridge, Mass., MIT Media Laboratory.

Lock, M. et S. Lindenbaum (ed.), 1993. *Knowledge, Power and Practice: The anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley, University of California Press.

Lupton, D., 1998. « A postmodern public health », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 22, nº 1, p. 3-5.

McKeown, T., 1976. *The Modern Rise of Population*, New York, Academic Press.

McKinlay, J.B. et L.D. Marceau, 2000. « To Boldly Go… », *American Journal of Public Health*, vol. 90, p. 25-33.

Pedersen, D., J. Tremblay, C. Errazuriz et J. Gamarra, 2008. « The sequelae of political violence: Assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands », *Social Science & Medicine*, vol. 67, nº 2, p. 205-217.

Pedersen, D., 2002. « Political violence, ethnic conflict and contemporary wars: broad implications for health and social well-being », *Social Science & Medicine*, vol. 55, nº 2, p. 175-190.

Pedersen, D., 1996. « Disease ecology at a crossroads: man-made environments, human rights and perpetual development utopias », *Social Science & Medicine*, vol. 43, nº 5, p. 745-758.

Smith, B.J., K.C. Tang et D. Nutbeam, 2006. « WHO Health Promotion Glossary: new terms », *Health Promotion International*, vol. 21, nº 4, p. 340-345.

Summerfield, D., 2008. « How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? », *BMJ*, vol. 336, nº 7651, p. 992-994.

Taylor, C.C. (ed.), 1998. *From the beginning to Plato*, New York, Routledge.

UNHCR, 2010. *2009 Global Trends. Refugees, Asylum-Seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons*, Geneva, UNHCR.

Venkatapuram, S., 2010. « Global justice and the social determinants of health », *Ethics and International Affairs*, vol. 24, nº 2, p. 1-8.

Wilkinson, R.G., 1996. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*, London, Routledge.

LA MONDIALISATION AU SINGULIER PLURIEL. PENSER LA SANTÉ MONDIALE EN ANTHROPOLOGIE

Gilles Bibeau

« L'universel, c'est le local moins les murs. »

M. Torga

Au cours des quelque quarante années de recherches que j'ai consacrées à l'étude des problèmes de santé à travers le monde, dans des pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et ici même au Québec, j'ai appris qu'on ne peut pas pratiquer le métier d'anthropologue médical sans avoir en tête un projet social et politique, lequel est forcément sous-tendu par une éthique sociale et par une vision de ce que devrait ou pourrait être le monde. Cela est sans doute tout aussi vrai pour les sociologues, politologues, démographes, géographes et experts en environnement travaillant dans le domaine de la santé et bien sûr aussi pour les spécialistes de la santé publique et les épidémiologistes. Pour les uns[1] comme pour les autres, nos recherches doivent s'achever, au mieux, dans un engagement, aussi lucide que possible, pour qu'il y ait plus de justice, d'égalité et de solidarité dans nos sociétés, ce qui exige des chercheurs et travailleurs de la santé un sens élevé du rôle social qu'ils ont à jouer en tant qu'intellectuels.

Mes recherches sur les gangs de rue, les piqueries et les jeux « ordaliques » avec la drogue, les nouvelles pathologies de l'adolescence, les conduites suicidaires des jeunes Autochtones, l'impuissance des personnes « socialement désaffiliées », la stigmatisation des malades mentaux et la précarité qu'une scandaleuse inégalité entraîne pour bien des gens, en Afrique, mais aussi dans l'ensemble du monde post-industriel, toutes ces recherches m'ont rendu extrêmement sensible aux questions d'insécurité, de marginalité et d'inégalité qui engendrent, nous le savons, des souffrances individuelles que nous n'entendons pas toujours. La révolte que crient les jeunes dans ces bandes que l'on croise dans les rues de nos grandes villes, les dérives des utilisateurs de drogues injectables et les récits des patients atteints du VIH se sont imposés, avec toujours plus d'évidence, dans mon travail d'anthropologue, me forçant à me confronter, dans la proximité qu'implique le terrain anthropologique, à la face d'ombre de l'expérience humaine, et aux récits de détresse que racontent les personnes souffrantes.

Je dois avouer que je me sens bouleversé par l'hallucinante banalisation du malheur humain qui engendre indifférence, distance, voire

1. Tout au long du texte, j'utilise le masculin dans le but d'alléger l'écriture : il doit être entendu que la forme masculine n'a pas ici de connotation de genre.

mépris, à l'égard des individus et des groupes qui ne peuvent pas s'en sortir. Il y a encore tant et tant à repenser, et à retravailler, pour que les droits à la dignité, à une vie décente, à la santé, au travail et à l'éducation, soient une réalité pour l'ensemble des gens dans nos sociétés où règne la loi de la performance et de la compétition. Dans les faits, il existe deux attitudes principales face aux injustices et aux inégalités mises en jeu dans la genèse des problèmes de santé : ou on les accepte, sous divers prétextes, et on s'en accommode, en soutenant que les inégalités ont toujours existé et que le monde est ainsi fait; ou on les refuse et on les combat, même si l'on sait que c'est un combat qui est sans cesse à recommencer. Le choix entre l'une ou l'autre de ces deux positions relève, chez les chercheurs engagés dans le champ de la santé, de la vision qu'ils se font de la justice, de leur souci de solidarité avec les autres, et du niveau d'exigence éthique qu'ils s'imposent.

Ces manières d'être différentes et ces visions contrastées du monde font immanquablement surgir des projets de société qui s'ancrent dans des valeurs qui ne peuvent que finir par s'opposer : les uns entendent lutter pour construire une société fondée sur le partage et l'égalité alors que les autres croient davantage, un peu à la manière de Hobbes, que la vie est un combat dans lequel triomphent les meilleurs, les plus forts ou les plus chanceux. Dans l'essai qui suit, je dis l'importance qu'il y a à nous engager dans un profond travail d'autoréflexion à l'égard des valeurs qui nourrissent notre pensée et notre action : l'autoréflexivité m'apparaît en effet être la seule voie qui peut nous permettre de faire émerger, au niveau de la conscience, nos valeurs implicites que nous ne dévoilons généralement qu'avec réticence. Notre travail doit s'achever, au mieux, sur un engagement, aussi lucide que possible, dans des luttes pour qu'il y ait plus de justice, d'égalité et de solidarité dans nos sociétés, ce qui exige des chercheurs et des travailleurs de la santé un sens élevé du rôle politique qu'ils ont à jouer dans la société.

Se laisser happer par les problèmes de la Cité

De la philosophe Hannah Arendt, nous avons appris combien est fragile toute pensée qui ne s'élabore que dans la solitude, loin des violences du siècle, à l'abri des polémiques dominant la scène publique, et dans le repli tranquille qui aboutit souvent au refus de dire non et de résister, même quand l'inacceptable nous est imposé. Au cœur de la société nazie qu'elle a fini par fuir, cette femme engagée n'a cessé de répéter que la vie de l'esprit doit se laisser happer par les problèmes de la Cité, que les intellectuels doivent penser et théoriser ce qui se passe, inscrire les événements dans des réflexions plus générales sur le pourquoi des choses, ne jamais plier devant les prétendues évidences, qu'elles soient idéologiques, politiques ou religieuses, mais tenter d'ordonner intellectuellement ce qui se fait et ce qui se dit afin de faire naître la pensée claire et l'action lucide. Chez Arendt, on trouve une constante mise à l'épreuve des idées à partir des tourmentes de l'action, dans des ruptures qui lui sont apparues nécessaires

à l'égard même de ceux et de celles qui avaient été ses alliés d'une cause et d'un temps, mais qui avaient fini par changer de camp.

Quelles que soient la profondeur et la rigueur de nos interprétations des idéologies dominantes et de ce qu'elles produisent dans la société, nous ne saurons bien sûr jamais acquérir des certitudes absolues relativement à ce qu'il convient de dire ou de faire. Cependant, cette limite n'empêche nullement la saisie de « vérités partielles » à partir desquelles une action réfléchie peut se déterminer. Arendt a toujours considéré le politique comme le lieu primordial, incontournable, dans lequel la pensée critique de l'intellectuel et ses convictions éthiques se forgent et deviennent des instruments de combat; face au pouvoir politique du gouvernement d'Hitler, Arendt a développé une pensée critique prisonnière en quelque sorte des contingences de l'histoire de la société allemande moderne. C'est à partir des situations et des événements au sein desquels les personnes doivent prendre leurs décisions que la réflexion des chercheurs doit émerger dans le rejet allergique, répète Arendt, de toute conception déterministe qui confère un sens unique à l'histoire; par-dessus tout, elle a démontré une audace de la pensée en débusquant ce qui se cachait derrière les discours du Führer et les programmes politiques du nazisme.

Revenons aux études de santé publique telles qu'elles se font encore de nos jours. Sans entrer dans les détails, on peut dire qu'elles documentent la distribution des maladies au sein d'une population particulière, produisent des savoirs sur les déterminants socio-économiques des profils de santé, analysent les liens entre les comportements individuels et l'apparition de maladies spécifiques, et proposent des solutions, plus ou moins précises, quant à la manière de prévenir les problèmes de santé et de les prendre en charge. Dans nos sociétés mondialisées, les chercheurs en santé soulèvent souvent plus de questions qu'ils n'apportent de réponses claires tant sont complexes les enchaînements de causes imbriquées, isolément et ensemble, dans la production des problèmes de santé. Dans les textes de santé publique, les chercheurs interrogent de plus en plus souvent les liaisons postulées entre les conduites individuelles dites à risque et la genèse de tel ou tel problème de santé, jetant du même coup un soupçon sur ce qui semble aller de soi pour les défenseurs des approches comportementalistes.

La santé publique d'aujourd'hui tend aussi, dans ses approches les plus novatrices, à replacer les personnes individuelles dans la famille, dans la classe sociale et dans le groupe auxquels elles appartiennent; de plus, elle les détache de plus en plus rarement de leur environnement physique et de leurs conditions quotidiennes de vie. Dans les faits, les travaux de santé publique inspirés des sciences sociales critiques sèment souvent le doute dans les certitudes en proposant des modèles complexes qui associent, au cœur des chaînes de causalité des maladies, des variables génétiques, environnementales, économiques, sociales et culturelles dont les interactions sont difficiles à évaluer. Les sciences sociales appliquées à la santé publique tendent en effet à promouvoir des approches fondées sur une complexité qui vient ébranler les confortables certitudes défendues

par les écoles de pensée qui ont façonné la formidable histoire de la santé publique. De plus, les textes des sociologues et des anthropologues de la santé ne craignent pas de mettre au jour, quand ils sont à leur meilleur, ce qui fait mal dans une société : ils dévoilent en effet ce sur quoi les études conventionnelles trébuchent et osent faire entendre une parole dérangeante. Ces travaux invitent au développement d'une réflexion critique audacieuse.

La pratique de l'anthropologie médicale m'a appris à ne jamais déconnecter biologie et biographie, à inscrire l'histoire personnelle dans l'histoire d'une famille et d'une collectivité, à approcher les individus en tant que membres d'un groupe humain, à lire les conduites des individus sur l'horizon des valeurs qu'ils partagent avec d'autres, et à ne jamais oublier la force des contraintes imposées par l'environnement naturel et social. En tant qu'anthropologues, nous partageons l'aventure incertaine, tâtonnante, des personnes et des groupes auprès desquels nous travaillons; nous sommes aussi les chroniqueurs plus ou moins fidèles des problèmes et des aléas qui surgissent dans la vie des personnes et des groupes; enfin, il nous appartient comme anthropologues d'ouvrir les frontières des mondes singuliers au sein desquels les personnes ont construit leur identité et leur histoire, en se donnant une biographie dans laquelle les valeurs collectives sont remodelées tout en servant de matériaux de base.

Hannah Arendt nous a rappelé, et il ne faut pas l'oublier, que l'on ne peut vraiment penser la réalité des personnes et des sociétés qu'à la condition d'avoir d'abord ressenti en soi la souffrance dans l'expérience de l'injustice, comme une déchirure intime et un écartèlement entre la vision qu'on se fait du monde et le monde réel qui s'impose, et qu'on ait cherché sa place quelque part entre la passion pour le savoir et le goût pour la politique, entre l'autoréflexivité et l'engagement critique, entre ce qu'elle appelle la « *vita contemplativa* » et la « *vita activa* ». Toute pensée sur les idéologies, sur les politiques et sur le monde implique, pour Arendt, un va-et-vient entre la tourmente de l'action et la solitude du retrait social.

Se situer entre autoréflexivité et engagement

Dans le présent essai, je défends l'idée que la pratique des sciences sociales, notamment quand elles sont appliquées à la santé, doit s'articuler sur l'étude des grands défis qui se posent à nos sociétés dans le temps d'aujourd'hui; je refuse le faible sens de responsabilité sociale de certains collègues qui cherchent encore un refuge tranquille dans une tour d'ivoire, tantôt en rappelant que l'objectivité de la science exige de la distanciation, tantôt en en se repliant vers le dedans de l'université, d'un centre de recherche ou d'une institution de soins. Si on peut parler d'une misère intellectuelle dans le temps d'aujourd'hui, je suis tenté de dire que cette misère est celle d'une pensée déradicalisée, accommodante et conciliante, qui s'est installée doucement dans l'ensemble des milieux intellectuels et qui a servi de caution à toutes sortes de compromissions.

Je crois qu'il faut essayer de nous élever – la réflexion à mener sur la mondialisation et ses dérives nous y invite – un tant soit peu au-dessus du ronronnement qui applaudit aux discours de l'idéologie dominante, et de nous mettre, si la chose est possible, dans la position de l'arbitre rigoureux qui rend compte de la vérité des coups qui se donnent, notamment aux plus faibles, lorsqu'on se met à étudier le fonctionnement de cette idéologie. C'est depuis cette position du regard, et seulement depuis celle-ci, qu'il me semble possible de pénétrer dans le monde réel tel qu'il est construit par la mondialisation et de décrire les blessures que l'idéologie néolibérale provoque dans la vie quotidienne de tant et tant d'hommes, de femmes et d'enfants, et pour des peuples entiers. Nous ne devons pas, pour autant, nous transformer en des médecins qui pensent détenir la drogue leur permettant de guérir le mal dont souffre notre monde; notre rôle consiste plutôt à « faire penser les citoyens », à la manière des anciens philosophes peut-être, et à les inviter à s'engager sur la voie de la pensée critique en explorant de nouvelles façons d'agir et de vivre.

Disons, à titre provisoire, qu'il n'est pas de choix économique pour le développement d'un pays, pas de position politique en ce qui concerne le gouvernement du monde, pas de vision de l'avenir des nations, et pas d'éthique en matière de redistribution de la richesse collective, en un mot pas de pensée sociopolitique qui puisse advenir aussi longtemps que l'on séparera la théorisation de l'idéologique et du politique de l'analyse des effets concrets que la mise en œuvre du système mondialisé produit sur les personnes et les sociétés. Assigner une direction aux phénomènes de globalisation, trouver les mots ou les concepts pour dire la complexité croissante de notre monde, comprendre les étapes qui nous ont conduits là où nous sommes, débusquer les intérêts qui se cachent derrière les décisions des partisans d'une mondialisation à tout prix, chacune de ces entreprises intellectuelles se transforme, immanquablement, en un terrain de batailles qui sont décisives pas seulement pour ce qui concerne la langue, les concepts et les mots à travers lesquels nous pourrions décrire les faits, mais qui le sont plus encore du point de vue de la théorisation à proposer pour penser, ensemble, tous les phénomènes qui sont associés à la mondialisation.

Ainsi, par exemple, dans le cas de l'analyse du chômage de masse tel qu'on le trouve de nos jours en Espagne où près de la moitié des jeunes n'ont pas de travail, les économistes spécialistes de la mondialisation tendent à se référer à l'un ou l'autre des deux grands cadres suivants : soit ils imputent ce chômage massif à la délocalisation des entreprises, à la rigidité du marché mondialisé, à la mauvaise préparation de la main-d'œuvre, ou même à la trop grande force des syndicats qui empêcherait l'ajustement des travailleurs à un système de production désormais mondialisé; soit ils considèrent que ce chômage est le résultat de la voracité des actionnaires des compagnies multinationales et des trop hauts bonus versés aux chefs d'entreprise, ou soit encore ils considèrent que le chômage massif n'est que le symptôme, tout au plus passager, d'une inadéquation de l'organisation du travail vis-à-vis des nouvelles réalités de la mondialisation. Ces deux lectures renvoient, la chose est

évidente, à des appréciations fort différentes du fonctionnement réel de l'économie mondialisée et du rôle que la justice distributive doit jouer dans la protection des personnes laissées sur le carreau dans nos sociétés hautement compétitives.

Les deux types d'interprétation fournis par les économistes pour expliquer le chômage de masse servent ici uniquement à illustrer le fait que toute position théorique, pas seulement en matière d'économie, entraîne inévitablement des effets concrets sur les plans de l'éthique et du politique. Dans le cadre de cet essai qui porte sur la santé mondiale, quelques questions fondamentales s'imposent d'emblée : de quoi parle-t-on au juste quand on utilise le terme de santé mondiale ? À qui doivent profiter les nouveaux savoirs que nous acquérons en santé mondiale ? Qu'apportent ces nouveaux savoirs comparativement à ce que la santé publique et la santé internationale nous ont déjà appris ?

Pour certains promoteurs du concept de santé mondiale, il s'agit tout simplement de produire un autre vocabulaire qui devrait permettre à la santé internationale, comme l'ont fait d'autres disciplines, de parler le langage qui prévaut de nos jours. D'autres vont plus loin en affirmant qu'il est urgent d'ajuster la santé internationale à l'idéologie même de la mondialisation de manière à faire en sorte que l'espace de la santé soit désormais cartographié selon des paramètres qui font sens dans notre âge globalisé. D'autres encore disent que la santé mondiale doit se transformer en un instrument de promotion de la mondialisation, ce qu'elle ne peut véritablement faire qu'en se modelant sur les valeurs qui animent la mondialisation du dedans. D'autres enfin évoquent la nécessité d'ouvrir les savoirs passés de la santé internationale à de nouvelles dimensions en y ajoutant, par exemple, des variables écologiques et culturelles, des réflexions sur la gouvernance et l'économie politique et les apports critiques des théories de la justice.

Dans notre monde qui est aujourd'hui dominé par l'affirmation, nécessaire, mais non suffisante, des grands idéaux (la raison, les droits humains, la démocratie, la protection de la nature, etc.), de nombreux intellectuels s'abritent confortablement derrière ces principes qu'ils posent comme « universaux » tout en se limitant, le plus souvent, à en faire la proclamation sans trop se préoccuper de leur niveau réel de mise en application. Ils se rendent ainsi aveugles face aux injustices et aux inégalités sociales qu'une étude du terrain leur aurait immanquablement révélées; certains basculent même dans une relative indifférence à l'égard des drames du monde, de la pauvreté et des problèmes sociaux; d'autres enfin démontrent une tragique myopie à l'égard de leur propre aveuglement. Ainsi, la place déjà réduite accordée, au sein de la santé internationale, à la critique des idéologies, tend à s'effacer encore davantage : une espèce d'accord tacite est en train de s'établir autour des valeurs centrales que l'on tient pour universelles (les droits de l'homme, par exemple) de manière à conforter l'idéologie qui est au fondement de la mondialisation. Dans tout cela, on tend à oublier de mesurer, sur le terrain, la réalité même des faits

(par exemple, les droits théoriques des personnes sont-ils réalisés ?) et de documenter les conditions réelles dans lesquelles vivent les personnes.

Je suis d'avis que l'énergie de nos réflexions et de nos pratiques devrait se déployer, en santé mondiale, à travers l'étude des situations d'inégalité et d'injustice qui sont générées par le fonctionnement même de l'idéologie néolibérale qui est au cœur de la mondialisation. Il ne suffit pas en effet de documenter les raisons des préjugés anticapitalistes qui retardent, répète-t-on, l'avancée de la mondialisation ou d'identifier les causes sociales de la sous-productivité de nos systèmes économiques, pour pouvoir éventuellement dire quelque chose au sujet des liens entre la position, plus ou moins marginale, que les personnes occupent dans le monde du travail et leur profil de santé. Il n'y a pas de doute que la santé mondiale doit étudier ces phénomènes sous cet angle; elle se doit néanmoins d'aller bien plus loin en situant ces études sur l'horizon d'un authentique projet de protection sociale pour les personnes les plus fragilisées, dans un souci de travailler à faire en sorte que les droits théoriques deviennent une réalité, et dans un combat pour une justice capable de corriger les sources de l'inégalité.

Parmi les courants de pensée les plus puissants qui ont provoqué, ces dernières années, des débats d'idée dans le champ de la santé internationale, on peut citer le grand intérêt pour les déterminants sociaux de la santé, la colossale attention portée aux questions environnementales, les approches novatrices des penseurs postcoloniaux, l'accent mis dans les études ethnographiques sur le « *global scale* », le souci de comprendre les recompositions hybrides des cultures locales, l'attention à la prise de parole, parfois radicale, des organisations communautaires et alternatives, et les constantes références à la question de l'éthique sociale. Au carrefour même de tous ces mouvements d'idées, il me semble qu'une conjoncture nouvelle de la pensée se dessine progressivement : elle m'apparaît être faite de théories, de concepts et de méthodes qui empruntent à la complexité de la réalité et qui forcent à étudier les phénomènes de santé et de maladie à la jonction du biologique, de l'écologique, de l'économique, du social et du culturel.

C'est en écho à tous ces nouveaux mouvements de pensée que je réfléchis, tout au long du présent essai, à ce que signifie le « mondial » dans l'expression « santé mondiale ». J'ai appris, au fil des années, que l'ethnographie de terrain se déploie désormais à une triple échelle, locale, régionale et mondiale, et qu'elle se réalise par le biais de recherches « multisites ». Comme beaucoup de collègues anthropologues, je sais que la mondialisation est un processus immense, macroscopique et global, qui nous force à repenser la démarche ethnographique qui a été prisonnière, jusqu'à récemment encore, d'une centration trop exclusive sur le seul local que l'on a heureusement ouvert de plus en plus, ces dernières années, sur l'espace régional, dans une saisie du local à travers ses liens avec les sociétés voisines. C'est ce local et ce régional qu'il s'agit désormais d'ouvrir au mondial : tel est l'argument que je vais essayer de mettre en mots dans

cet essai en espérant arriver à énoncer clairement ma conviction (Restrepo et Escobar, 2005; Ribeiro, 2005).

La contribution spécifique de l'anthropologie à la réflexion sur la santé mondiale vient de la position particulière que notre discipline occupe dans les sciences sociales : en matière d'ethnographie, ma conviction est que nous devons toujours partir de ce qui se passe sur les scènes locales tout en cherchant à saisir comment celles-ci sont reconfigurées, remodelées et transformées par le régional et le mondial. On ne peut saisir quelque chose du mondial, du global, et de l'universel qu'à travers l'étude d'un local traversé par ce qui se passe dans l'espace des régions proches et dans celui du monde lointain. L'ancrage d'une ethnographie saisissant le local sur l'horizon du régional et du mondial permet, me semble-t-il, d'échapper à deux pièges : l'un est l'enfermement dans des singularités spatialement limitées qui risquent d'être pensées comme fournissant le seul moteur des transformations internes d'une société; l'autre est l'orgueil de la généralisation hâtive que certains font à partir de l'étude d'une société qu'ils détachent de son contexte, et la prétention à l'universalisme abstrait qu'une telle démarche peut entraîner. Quelque chose de semblable – et d'erroné également – est à l'œuvre dans les principes universels qu'on applique d'emblée sans prise en compte des variations introduites par les spécificités locales.

Pour l'anthropologue, les processus macroscopiques (ceux mis en jeu au niveau mondial et global) deviennent davantage significatifs lorsqu'ils sont étudiés du point de vue de leurs modalités d'inscription dans des sociétés particulières, de leur réception aussi sur les scènes locales, et à travers les réponses que des sociétés particulières apportent en métabolisant et transformant ce qui arrive de l'espace mondialisé. Nos réflexions sur la santé mondiale ne peuvent pas faire l'impasse sur la position du regard pluriel qu'il m'apparaît important d'adopter. L'anthropologie met en garde contre une compréhension primaire, non médiatisée, de la mondialisation, dans une sorte d'interprétation *a priori* de la mondialisation qui risque de n'être qu'une projection de l'idéologie dominante dans notre analyse du monde. La discipline anthropologique oppose à cette compréhension primaire une stratégie qui passe par une entrée dans la réalité des univers locaux, dans la diversité des formes de réalisation de l'humanité, et qui implique des ethnographies permettant de dégager les articulations signifiantes entre le local et le mondial.

L'autre de la mondialisation, qu'il s'agisse de l'Africain, de l'Asiatique ou de l'Américain, est bien sûr comme l'Européen : si les humains n'étaient pas semblables les uns aux autres, il n'y aurait tout simplement pas de possibilité d'échange. Mais les autres sont aussi différents dans la mesure où ils participent de mondes locaux dont les coordonnées nous échappent souvent, à moins qu'on parte de la croyance en des universaux qui se retrouvent tout en se déclinant autrement. Un des défis centraux qui se posent à toute réflexion sur la mondialisation est celui de la position paradoxale qu'il nous faut occuper, position faite à la fois de proximité et d'étrangeté, d'affirmation des ressemblances et des différences. Dans le

présent essai, je m'interroge sur ce paradoxe sans jamais faire l'impasse sur ce qui en l'autre nous échappe et sans être aveugle par rapport à ce que nous reconnaissons comme nôtre dans le monde de l'autre. Ce sont les décalages entre ce qu'on trouve et ce qu'on attendait, et les malentendus dans les rencontres qui doivent constamment guider nos réflexions sur les rapports entre le singulier et le pluriel, le spécifique et le global, le local et le mondial.

L'architecture d'une pensée sur la mondialisation

Dans cet essai sur la santé mondiale, je m'interroge sur trois des principaux aspects de la culture mondialisée qui s'imposent, de nos jours, sur l'ensemble de la planète :

1) sous l'idéologie du néolibéralisme, sous l'économie capitaliste transnationale, il me semble pouvoir débusquer, malgré ses apparences de légitimité et ses relatifs succès du point de vue de l'enrichissement des nations, une version maquillée du vieux colonialisme que les pays occidentaux ont imposé au reste du monde au temps des empires;

2) quant à la Doctrine des droits humains que les organisations internationales veulent voir triompher dans tous les pays du monde au nom même de l'universalité de la raison, elle m'apparaît représenter, en dépit ici aussi de nombreuses retombées positives, une tentative de la part de l'Occident pour maintenir sa position de civilisation hégémonique qui transporte ses valeurs juridiques et éthiques vers les autres pays en les formulant, cette fois, dans le cadre d'un nouvel agenda qui vise à promouvoir les droits à l'égalité, à la liberté, à la santé, à l'éducation, au travail, à une vie décente, autant de droits qui rencontrent, bien sûr, un fort soutien dans tous les pays en dépit du fait que leur ancrage et leur histoire sont principalement reliés aux philosophies qui sont nées autrefois dans le monde grec et qui ont nourri les pratiques de justice dans les pays d'Occident;

3) à travers les nationalismes, les fondamentalismes et les tribalismes qui resurgissent un peu partout à travers notre monde globalisé, je crois voir s'exprimer, dans le tâtonnement et l'excès, d'authentiques mouvements de résistance culturelle et politique des peuples à l'égard de la mondialisation qui leur est imposée.

Dans mes réflexions autour de ces trois grandes thématiques, je pars du constat suivant : toutes les disciplines, de l'histoire à la géographie, à l'économie, à l'anthropologie et à la santé publique, se pratiquent de plus en plus à une échelle globale qui leur a permis de redéfinir leur objet sur une triple échelle, à savoir le local, le régional et le mondial; ensuite, je me centre sur la contribution que les études postcoloniales, mondialisées et

critiques ont apporté, hier à l'histoire, à la géographie et à l'anthropologie, et à ce que ces nouvelles approches peuvent apporter aujourd'hui à la conceptualisation de la santé mondiale.

Le monde globalisé dont on parle tant, cette mondialisation dont on vante si souvent les bienfaits pour tout le monde, comment les historiens, les géographes, les économistes et les anthropologues le décrivent-ils et le pensent-ils ? En quel sens ce qu'ils en disent peut-il nous aider à mieux penser le champ de la « santé mondiale » ? Ce n'est qu'après avoir répondu à ces questions qu'on peut essayer de baliser le champ de la « santé mondiale », d'en dire les concepts, d'enrichir les méthodes et d'en montrer les limites.

Comme entrée en matière, il m'apparaît primordial de nous demander si nous vivons vraiment, comme on le dit, une mutation de civilisation qui nous aurait fait entrer, il y a trois décennies de cela, dans l'âge de la mondialisation.

Vivons-nous vraiment une mutation de civilisation ?

Notre entrée dans la mondialisation aurait déjà eu pour effet, répète-t-on de plus en plus souvent, de détruire ce que l'on a appelé, jusqu'ici, le Grand Récit, à savoir la pensée d'un monde organisé autour d'un Occident dominateur – mais qu'est-ce donc que l'Occident ? – et entouré d'une vaste périphérie; c'est aussi l'affaissement de la manière occidentalo-centrique de retracer l'histoire du monde à laquelle la mondialisation serait venue mettre un terme. L'Occident ne saurait plus qui sont les « barbares » qu'il convient d'opposer aux « civilisés »; les anciens pays civilisateurs d'Europe et d'Amérique ne seraient plus sûrs, comme ils l'étaient au temps des colonies, de pouvoir apporter aux pays du Sud et à l'Orient des valeurs supérieures, pour leur avancement et pour le bien commun de l'humanité. C'est dans un monde désormais coupé de son centre hégémonique passé que les peuples veulent vivre, ce qu'ils font, un peu partout sur la planète, en inventant des cultures métissées et hybrides qui empruntent autant aux peuples lointains qu'à leurs voisins proches.

On peut se demander, en toute légitimité, si nous assistons vraiment à un remodelage planétaire des identités nationales. Il m'apparaît essentiel de répondre d'emblée à cette question si l'on veut pouvoir ancrer notre réflexion autour de la santé mondiale sur des fondations conceptuelles solides. Pour la première fois dans l'histoire des civilisations, on pourrait être en mesure, pense-t-on, d'empêcher que les différences culturelles, linguistiques et religieuses, et les conflits entre les intérêts politiques et économiques des pays, servent à élever des frontières rigides au sein même de l'humanité. Aux séparations qui ont jusqu'ici fragmenté l'humanité en un monde fait d'une pluralité de peuples, de nations et de cultures, les promoteurs de la mondialisation opposent un projet globalisateur qui m'apparaît, hélas, être bâti sur le modèle de l'« uni-monde » et sur l'idée toute kantienne de l'achèvement de l'histoire dans la « paix universelle ».

L'humanité serait en voie d'arriver, selon la rhétorique mondialiste dominante, à sa réalisation plénière à travers une unification que l'on dit bénéfique, en ce début de troisième millénaire, pour l'ensemble des peuples. Qu'y a-t-il de vrai dans cette déclaration qui est en passe de devenir un slogan ? C'est la solidité de cette pensée que la réflexion anthropologique nous aide à éprouver. À partir du début des années 1980, les mots « mondialisation » et « globalisation » sont brusquement entrés dans le langage courant, pour signifier l'extension planétaire des échanges de quelque nature qu'ils soient : économiques, commerciaux, politiques, culturels, juridiques, etc. Le puissant phénomène de mise en liens que ces mots traduisent s'est mis en marche, à des rythmes variables selon les régions du monde, et s'est rapidement intensifié au point qu'il semble être désormais irréversible. Les contours des différents espaces géoculturels apparaissent de plus en plus incertains, suite au brassage continu des peuples et des idées, et à la traversée massive des frontières par des capitaux et des marchandises de plus en plus déterritorialisés.

Déconstruction des identités, brouillage des différences et envahissement par le relativisme culturel, c'est là le sentiment qui nous habite aujourd'hui. Mais est-on vraiment entré dans un autre âge de l'humanité ? La vraie question est, en effet, de savoir si notre époque est aussi exceptionnelle que le disent tant de rapports d'institutions internationales, de discours de leaders politiques, d'études historiques, sociologiques et anthropologiques, d'essais de philosophie politique, et tant de romans et de films, autant d'œuvres dans lesquelles intellectuels, scientifiques et artistes décrivent la transformation gigantesque du gouvernement des États, des cultures et des économies qui est en cours à l'échelle de la planète. Dans la plupart de ces textes, on peut lire la surprise ressentie par les penseurs face à l'ampleur et à la rapidité de cette reconstruction du monde qui s'est faite à partir du dogme de l'économie néolibérale, de l'unification du droit et de l'éthique, et d'un gouvernement mondialisé qui force les États au déverrouillage de leurs frontières. Tout cela vient rebattre les cartes du jeu qui n'avaient bougé que lentement depuis l'écroulement, il y a un demi-siècle, des empires coloniaux : c'est la souveraineté politique des pays et les règles du protectionnisme national qui sont remises en question.

Il me semble aussi urgent que légitime, de mieux comprendre la mutation anthropologique majeure que les sociétés sont en train de vivre sur l'ensemble des continents. Dans les faits, la mondialisation est dépeinte, notamment par les spécialistes des sciences sociales, comme un espace encore flottant, liquide et incertain, avec ses zones d'ombre et de lumière, comme un phénomène extrêmement fluide fait des contacts accélérés entre des pays souvent très éloignés les uns des autres, profondément différents par leur culture et leur langue, et inégaux sur le plan du niveau de vie. La mondialisation qui prévaut aujourd'hui s'est construite en prétendant rompre avec l'idéologie que sous-tendent les vieilles notions d'empire et de « colonie », des mots qui sont revenus à la mode au XVI^e siècle et à nouveau au XIX^e lorsque les nations colonisatrices européennes ont commencé à installer des comptoirs, des garnisons militaires et des

postes administratifs dans les Amériques, en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique. L'affaissement des empires coloniaux au milieu du XX[e] siècle a enclenché un processus radical de décolonisation politique et mentale qui a provoqué le rejet du vocabulaire associé au terme « colonie » et son remplacement progressif par des termes dérivés du mot « *mundus* ».

En s'appuyant sur ce dernier mot pour créer le concept de « mondialisation », on entendait rompre avec l'idée impériale et coloniale qui a été au cœur de la géopolitique occidentale pendant près de cinq siècles. Le nouveau glossaire de la mondialisation n'a pas toujours été accompagné, hélas, de modifications réelles dans la forme des rapports, profondément inégalitaires, qui s'étaient instaurés, dès le XVI[e] siècle, entre les sociétés occidentales et les autres peuples du monde, inégalités qui persistent encore largement, en dépit du discours, dans l'« uni-monde » globalisé dans lequel nous vivons. La rhétorique construite autour du « *mundus* » prétend avoir introduit un ordre politique international mondialisé, pluriel et respectueux des différences qui dit vouloir rompre avec l'idéologie des empires coloniaux. Une des critiques les plus sévères faites de nos jours à la mondialisation signale que celle-ci existe, dans les faits, sous la forme d'un « uni-monde » construit sur le modèle des pays occidentaux plutôt que d'un multi-monde ouvert à la pluralité des versions de l'humanité. Certains penseurs plus radicaux ajoutent que la mondialisation n'est qu'un nouveau visage de l'impérialisme.

Si la mondialisation est un thème omniprésent, tantôt bénéfique tantôt apocalyptique, il nous est souvent difficile de séparer le bon grain de l'ivraie quand il s'agit d'essayer de la comprendre. Dans son sens le plus général, le terme « mondialisation », utilisé depuis les années 1980, mais depuis quelques années seulement dans le langage quotidien, désigne l'interconnexion accrue de tous les pays et de tous les peuples du monde. Qu'il s'agisse de son versant sombre (menaces climatiques, épidémies, délocalisations d'entreprises, domination des plus forts, guerres préventives) ou de son versant lumineux (progrès technologique, village planétaire, communications, solidarité), la mondialisation est le plus souvent vécue comme un phénomène nettement récent, voire contemporain, qui est le propre de notre époque.

L'image d'un « crépuscule de l'humanité » se retrouve plus souvent dans les écrits des penseurs européens que chez les essayistes américains qui sont plus facilement optimistes face à la mondialisation, surtout quand il est question de l'avenir des pays occidentaux, des sociétés et des capacités techniques de la science. Cette réalité nouvelle a déjà eu, pour corollaire, de détruire ce que l'on a appelé, jusqu'ici, le Grand Récit, à savoir la pensée d'un monde organisé autour d'un Occident – mais qu'est-ce donc que l'Occident ? – disposant d'une vaste périphérie; c'est aussi l'affaissement de la manière linéaire, occidentalo-centrique, de retracer l'histoire du monde qui a été mise en cause. Et, surtout, l'Occident dit avoir oublié son fantasme de supériorité, ne sachant plus qui sont les « barbares » qu'il conviendrait d'opposer aux « civilisés ». Nous ne sommes plus sûrs, comme au temps des colonies, de pouvoir apporter aux autres des valeurs

supérieures, soit pour leur avancement soit pour le bien commun de l'humanité.

C'est dans un monde désormais coupé de son centre hégémonique qu'était l'Occident que nous vivons, dans les cultures métissées de la modernité, que ce soit en Europe, en Amérique ou ailleurs sur les autres continents. Partout, on assiste à un véritable remodelage des identités individuelles et collectives.

La souffrance des exclus derrière les crises du capitalisme

Il existe, de nos jours, une mauvaise humeur mondialisée, laquelle s'est répandue, depuis janvier 2011, comme une traînée de poudre sur presque toute la surface de la terre. Indignés et révoltés, des jeunes et des moins jeunes sont descendus un peu partout dans la rue. Les situations provoquant cette mobilisation se ressemblent, mais sans être partout les mêmes : les *Printemps arabes* qui ont fait bouger le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont initié le mouvement au début de 2011, entraînant de nombreux pays dans la contestation; l'Europe s'est mise à bouger, à Athènes d'abord avec des manifestations monstres, à Madrid où les « indignés » ont campé sur la place centrale de la ville, à Londres, notamment dans le quartier de Tottenham, et dans d'autres villes anglaises qui ont connu des émeutes; en Inde, des milliers de manifestants ont suivi les appels à la lutte anticorruption de Anna Hazare; en Chine, les contestations se sont exprimées à travers les médias sociaux et dans des manifestations; en Israël, une foule de citoyens ordinaires a occupé le grand boulevard Rothschild de Tel-Aviv pour protester contre le coût de la vie; au Chili, de gigantesques marches des étudiants et des syndicalistes ont réclamé plus de protection sociale de la part du gouvernement.

Ces mouvements sont évidemment disparates tout en partageant des points communs : un peu partout des citoyens ordinaires qui ne supportent plus la corruption et l'injustice s'opposent à une élite mondialement interconnectée et réclament une plus grande égalité dans le partage des fruits de la croissance, notamment celle qui est issue de l'exploitation des ressources naturelles. Ce sont bien la richesse et la corruption des élites au pouvoir qui ont provoqué la chute de Ben Ali et de Moubarak; ce sont les accusations de malversations qui ont déclenché les marches citoyennes en Inde et des protestations en Chine. De nombreux pays dans lesquels les citoyens sont descendus dans la rue comptent parmi ceux qui ont pris le risque de provoquer des troubles sociaux en mettant sur pied une économie néolibérale qui a contribué à aggraver les inégalités : le Chili a été un des premiers pays d'Amérique latine à se lancer dans des réformes néolibérales; en Inde, le développement économique a permis à des milliardaires de se faire construire de véritables châteaux aux portes de bidonvilles; en Chine, Den Xiaoping a introduit le système capitaliste au cœur du communisme en annonçant que « devenir riche est glorieux ».

On ne peut oublier que certains de ces pays, notamment la Chine, possédaient une tradition égalitaire garantissant l'accès gratuit aux soins

de santé, à l'éducation, et à un revenu décent, tradition à laquelle les citoyens continuent d'être attachés. En Israël, les manifestants évoquent avec nostalgie l'orientation socialiste des kibboutzim. À Madrid, Athènes et Paris, les « indignés » défendent un « modèle social européen » en voie d'être jeté aux orties. On peut dire que la majorité de ces mouvements qui disent le désir de changement sont des réactions à un processus de mondialisation ancré dans un modèle néolibéral qui provoque de plus en plus d'inégalités dans des pays habitués à des protections sociales pour l'ensemble des citoyens. Les États-Unis où l'inégalité sévit a échappé à ces révoltes sans doute parce qu'on ne trouve pas chez les Américains une authentique culture politique de la solidarité : le système est plus individualiste et moins égalitaire que dans la plupart des autres pays du monde.

Le système économique mondialisé recèle un véritable paradoxe. D'une part, il représente, dans le monde globalisé du début du XXIe siècle, l'une des forces les plus puissantes qui régissent nos vies; il est également une source sans précédent de croissance des richesses, suite aux délocalisations de la production et à l'élargissement des marchés. D'autre part, des millions de personnes parmi les plus pauvres du monde sont laissées pour compte : la prospérité croissante des nations industrialisées va en effet de pair avec une pauvreté massive et l'accroissement des inégalités entre pays riches et pays pauvres, de même qu'au sein de ces pays. Les discours des gouvernements des pays riches mettent en permanence l'accent sur l'engagement en faveur de la lutte contre la pauvreté; pourtant ces mêmes gouvernements utilisent leur politique commerciale pour réaliser ce qui équivaut à un vol caractérisé contre les plus pauvres, surtout en ce qui touche à la prédation des ressources naturelles des régions pauvres : pensons aux mines pour les multinationales. Pascal Lamy, directeur général de l'Organisation mondiale du commerce, a raison de répéter que seule la régulation peut protéger des excès de la mondialisation.

Les appels à la « démondialisation » et au retour du protectionnisme des économies nationales se multiplient dans de nombreux pays, y compris dans les pays du Nord qui sont ceux qui ont pourtant bénéficié, bien plus que ceux du Sud, des effets de la mondialisation. La véritable faille de cette dernière semble se situer dans le fait qu'elle fait naître des attentes auxquelles elle est incapable de répondre. La conscience planétaire est peut-être mondialisée au niveau du dogme néolibéral en économie, mais les préoccupations pour la justice sociale sont nettement en retard sur ce qui se passe sur le terrain. Les ennemis de la mondialisation se recrutent de nos jours dans deux camps que tout oppose : celui de ceux qui résistent à l'occidentalisation du monde et celui des anticapitalistes qui luttent contre l'exploitation des peuples; les premiers mènent une guerre des civilisations alors que les seconds veulent une lutte de classe à l'échelle de la planète.

Nous vivons, il n'y a pas de doute, dans un monde dans lequel la concurrence des systèmes idéologiques s'est achevée par le triomphe du libéralisme et du capitalisme dont le moteur est la compétition, le désir

du profit et une place éminente conférée aux marchés. La disparition de la pression exercée par la social-démocratisation des États capitalistes de l'Ouest et la chute du socialisme dans les pays de l'Est pourraient bien avoir fait, en créant un vide, le lit de l'épisode néolibéral que nous vivons depuis une trentaine d'années. Il n'y a pas de doute que l'effondrement, en 1989, des économies communistes dirigées par l'État a conféré une plus grande légitimité au néolibéralisme.

Quelle santé pour le monde ?

Dans leur définition de la santé mondiale, Koplan et ses collaborateurs ont écrit en 2009 : « La santé mondiale est un domaine d'étude, de recherche et de pratiques qui met l'accent sur l'amélioration de la santé et l'atteinte de l'équité en santé pour tous les peuples dans le monde[2] » (p. 1995). De leur côté, Brown, Cueto et Fee (2006) ont présenté, d'un point de vue historique, les raisons qui permettent de comprendre pourquoi l'OMS a proposé, il y a une douzaine d'années, de passer du concept de « santé internationale » à celui de « santé globale ». Je recommande aussi fortement la « Lancet Series on Global Health[3] » de même que l'article de Frenk et autres (2010) dans lequel les auteurs présentent les principaux termes du débat actuellement en cours autour de la « santé mondiale ».

Il m'apparaît aussi intéressant de prêter une attention spéciale à la réflexion de Hans Rosling, un épidémiologue suédois, qui a mis au point un « *software* » pour recueillir les statistiques dans une perspective de santé mondiale[4]; de plus, Rosling dénonce, avec pertinence, tout un ensemble de mythes qui circulent relativement à la place marginale que le « Tiers-Monde » occupe dans la mondialisation[5]. Le recensement d'articles que Craig Janes et Kitty Corbett ont fait paraître, en 2009, sous le titre « Anthropology and Global Health » est particulièrement utile pour penser la santé mondiale de manière anthropologique. Je dois aussi reconnaître que le récent texte (paru en 2011 dans le *Journal of Global Health*) que Oliver-James Dyar et Ayesha de Costa ont dédié à un examen critique des différentes définitions de la santé mondiale ne peut que stimuler l'élaboration anthropologique de cette question.

C'est dans cette direction qu'il faudrait poursuivre la réflexion de manière à donner un contenu nouveau à ce que nous appelons la santé mondiale. Je me limite à dire la misère du capitalisme et l'impact de destruction qu'il peut avoir sur les personnes en m'appuyant sur une œuvre de fiction. Dans son roman intitulé *Capital*, l'écrivain britannique John Lanchester situe l'action dans la ville de Londres au lendemain de la crise financière de 2008. Le décor est Pepys Road, une rue quelconque de

2. Traduction libre.
3. Disponible en ligne: www.thelancet.com/global-health
4. www.gapminder.org
5. Disponible en ligne : www.ted.com/speakers/hans_rosling.html

la rive sud de la Tamise où toutes les maisons ont soudainement vu leur valeur grimper pour atteindre des millions de livres. Tous les habitants de Pepys Road ont reçu la même carte portant ce message : « Nous voulons acheter votre propriété. » La suite fait intervenir un large éventail de personnages : Roger, un banquier d'affaires surendetté, et Arabella, son épouse dépensière; Freddy, un footballeur sénégalais, et son père; Petunia, une vieille habitante du quartier à la santé défaillante, et son petit-fils artiste; les Kamal, une famille originaire du sous-continent indien qui tient l'épicerie du coin; Quentina, une réfugiée politique zimbabwéenne qui travaille comme contractuelle; et Zbigniew, le plombier polonais. Ce sont là des personnages aussi réalistes que passionnants.

Aucune autre métropole n'est aussi ouverte que la ville de Londres aux flux transfrontaliers de personnes et d'argent. Là encore, même si les histoires que raconte le livre se déroulent l'année où la crise a frappé, il ne s'agit pas d'en mesurer les effets sur les personnes et les familles. *Capital* est plutôt une réflexion romanesque sur les réalités humaines du capitalisme lui-même – un thème bien plus éternel que la crise financière, même si celle-ci n'en est sans doute qu'à ses débuts. Initialement considérée comme une pause dans la marche inéluctable du capitalisme, la crise en vient à présent à être envisagée par certains analystes dans des termes quasi apocalyptiques : il ne s'agirait pas d'un simple accident de parcours dans le cycle économique, mais d'un véritable défaut structurel. Dans le roman de John Lanchester, tout le monde doit de l'argent à tout le monde et personne n'est en mesure de le rembourser. Cela se passe sur l'horizon de l'insolvabilité des États souverains du monde développé et de la nouvelle classe de prolétaires qui émerge des vestiges de ce qui était la classe moyenne. Pourtant, le capitalisme n'est pas en train de mourir; peut-être est-il simplement, pense le romancier, en train de changer de forme, comme il l'a souvent fait par le passé.

Le romancier laisse entendre que le monde occidental va devoir s'habituer à être relativement plus pauvre et certains pays, en raison de leur colossale dette souveraine, devront accepter de voir leur niveau de vie baisser substantiellement. Tout ce que nous tenons pour acquis aura très vraisemblablement disparu dans les années qui viennent : le mode de vie éternellement provisoire, extrêmement individualiste que décrit Lanchester perdurera néanmoins, quoique sous des formes un peu différentes. Les beaux discours sur la solidarité et le vivre-ensemble apparaissent à l'auteur très éloignés de la réalité : les gens ne vivent pas ensemble, les vies des voisins se croisent et se séparent continuellement, on passe d'un emploi à un autre. Malgré la solitude et la tristesse qui en découle, il semble que c'est ainsi que les gens souhaitent vivre, nous laisse penser l'auteur du roman *Capital*.

Références bibliographiques

Brown, T., M. Cueto et E. Fee, 2006. « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 1, p. 62-72.

Dyar, O.-J. et A. de Costa, 2011. « What is Global Health? », *Journal of Global Health*, Spring 2011. www.ghjournal.org/jgh-print/spring-2011-issue/ [consulté le 10 janvier 2012].

Frenk, J., L. Chen, Z. Bhutta, J. Cohen, N. Crips et autres, 2010. « Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world », *The Lancet*, vol. 376, n° 9756, p. 1923-1958.

Janes, C. et K. Corbett, 2009. « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, n° 1, p. 167-183

Koplan, J.P., T. Christopher Bond, M.H. Merson, K. Srinath Reddy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo et J.N. Wasserheit, 2009. « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, vol. 373, n° 9679, p. 1993-1995.

Lanchester, J., 2012. *Capital*, Londres, Faber & Faber.

Restrepo, E. et A. Escobar, 2005. « Other Anthropologies and Anthropology Otherwise. Steps to a World Anthropologies Framework », *Critique of Anthropology*, vol. 25, n° 2, p. 99-129.

Ribeiro, G.L., 2005. *World Anthropologies : Cosmopolitics for a New Global Scenario in Anthropology*, Brasilia, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasilia.

LA SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE : CE QUE C'EST, CE QUE CE N'EST PAS...

Véronique Lapaige

La processuelle et contextuelle globalisation constitue aujourd'hui l'un des défis majeurs adressés au champ de la santé publique ainsi qu'à ses praticiens, soucieux d'une santé éco-socio-efficiente, ainsi que de l'amélioration de la santé durable et équitable des populations. Ce défi processuel macro incorpore lui-même de multiples enjeux de globalité (enjeux transnationaux), souvent imbriqués, qui s'actualisent sous forme de grandes questions contemporaines supra-territorialisées en lien - direct ou indirect - avec le champ de la santé publique et/ou avec son sous-champ ou domaine de la santé globale (ex-santé internationale). Transversalement à ces enjeux de globalité se profile un défi de « théorisation du complexe » (voir figure 1).

Ce chapitre est adapté de la première partie du livre *La santé publique globalisée* (Lapaige, 2009), et sa visée sera essentiellement de différencier la « santé publique globalisée » de la « santé globale », à laquelle elle est fréquemment assimilée.

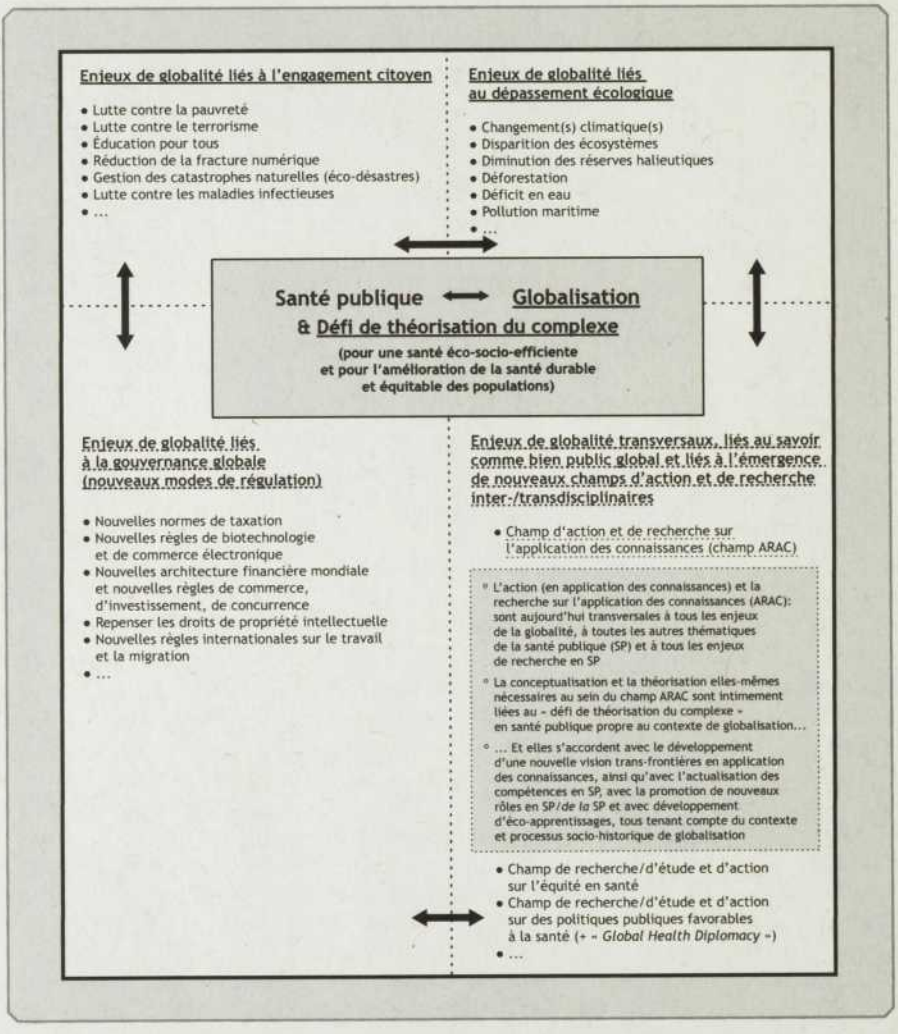
Le présent chapitre est divisé en trois sections. Dans la première, la santé publique est présentée comme un champ en crise : la santé publique est d'abord définie comme étant un champ; ensuite nous tenterons de comprendre en quoi ce champ est en état de crise, ici au Québec et au Canada, comme dans d'autres sociétés dites développées. Nous verrons ensuite que le contexte global (de globalisation) est le contexte le plus qualifiant qui nous permette d'ancrer socio-historiquement cette crise. Dans la seconde section, vient, brièvement, la définition et la délimitation de ce contexte ou de ce processus socio-historique de globalisation. Nous verrons ensuite, précisément, en quoi l'on peut qualifier la globalisation de défi « à double tranchant » pour la santé publique. Enfin, dans la troisième section, nous pénétrons au cœur du défi théorique et pratique auquel la globalisation confronte le champ de la santé publique. Deux types de modèles conceptuels, reflétant chacun la complexité des interrelations entre la globalisation et la santé publique, y sont présentés. Nous concluons avec l'utilité, pour les chercheurs, professionnels et décideurs, de chacun des modèles-types, en tant que carte heuristique ou comme outil de transfert de connaissances en santé publique. Il nous est dès lors possible de poser la distinction fondamentale existant entre la « santé publique globalisée » et la santé globale.

La santé publique : un champ en crise

En quoi et comment pouvons-nous avancer que la santé publique est un « champ » ?... Qu'elle est un « champ en crise » ?... Qu'elle est un « champ en crise en contexte global » ?

Figure 1

Le défi de théorisation du complexe, transversal aux autres enjeux de globalité liés à la santé publique



Tout le monde a bien une petite idée de ce qu'est la santé publique. Pourtant, force est de constater que définir la santé publique n'est pas chose aisée. Une telle difficulté de conceptualisation admet diverses explications, par exemple :

- la santé collective est plus difficile à définir et à mesurer que la santé d'un individu;
- la santé dans sa dimension collective est aussi une construction sociale;
- du point de vue des connaissances, la santé publique n'est pas une discipline;
- du point de vue des pratiques, on y observe une variété et des divergences importantes.

La santé publique n'a que fort peu été étudiée sous l'angle d'un champ, Gagnon et Bergeron inaugurant cette perspective en 1999. Le plus souvent, la santé publique a été étudiée sous l'angle des domaines d'intervention (la santé et la sécurité au travail, la santé environnementale, les habitudes de vie) ou encore sous l'angle d'un problème particulier (comme par exemple : le suicide, le cancer du sein, etc.). Gagnon et Bergeron (1999) proposent de dépasser le découpage sectoriel, organisationnel, professionnel et disciplinaire dont la santé publique fait l'objet et de considérer cette même santé publique sous l'angle d'un champ.

La notion de champ est une notion bourdieusienne, reflétant avant tout un lieu de luttes, de rapports de force, qui traduit l'esprit de la sociologie des classes. Mais la caractérisation faite ici par les auteurs dépasse largement la perspective bourdieusienne. Selon leur perspective, le champ de la santé publique apparaît comme « le lieu et le système de rapports entre les divers acteurs institutionnels et individuels, qui évoluent dans l'un et l'autre des domaines d'intervention de la santé publique » (Gagnon et Bergeron, 1999, p. 233). Le terme « domaine » fait lui-même référence à un espace-temps professionnel et organisationnel d'interventions délimité autour d'un objet ou d'un problème particulier. Ces différents *domaines* – maladies infectieuses, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc. – peuvent être associés à différents *modes* d'intervention (par exemple : prévention, promotion de la santé, surveillance épidémiologique, protection à l'égard des risques environnementaux et infectieux, évaluation des services de santé). Enfin, chacun de ces modes d'intervention se différencie des autres modes par un *type* spécifique d'intervention. Pour la protection des maladies, les types d'intervention sont la vaccination, l'inspection, le contrôle épidémiologique. Pour la promotion de la santé, ce sont le marketing social, l'éducation sanitaire, etc.

Dans ce livre intitulé *La santé publique globalisée* (Lapaige, 2009) comme dans ce chapitre et dans le modèle théorique du même nom, je réactualise cette notion de champ, non accréditée jusque-là. Je considère la santé publique comme un champ de connaissances, de recherche et

d'action collective (d'interventions complexes) qui incorpore différents *domaines*, différents *modes* et *types* d'intervention. Il s'agit encore d'un :

- champ qui confère une importance prédominante aux pratiques (« *practice-based* »);
- champ transdisciplinaire qui soutient des activités intégrées, qui promeut des partenariats intersectoriels ainsi que le développement de connaissances et d'innovations de différents types[1];
- champ dont les pratiques et les politiques sont éthiques et se fondent sur les données probantes.

Ce champ, qui a pour finalité le développement d'une santé durable et équitable des populations, regroupe huit fonctions essentielles (de surveillance; de protection; de prévention contre les maladies; de promotion de la santé; de soutien à l'élaboration des lois; de recherche; de développement de l'expertise professionnelle; d'évaluation). C'est encore un champ qui, comme le rappelle Massé (2003), est en constante évolution et au sein duquel les acteurs sociaux jouent un rôle déterminant.

Enfin, ce champ est largement sous-théorisé d'une part (Bibeau et Fortin, 2008) et, d'autre part, il se transforme, il se structure dans le temps et dans l'espace. Le champ de la santé publique est en effet socialement, culturellement et historiquement construit (Chiffoleau, 2002). Et précisément, en lien avec sa structuration socio-historique, on peut ajouter, avec Bibeau et Fortin (2008) ainsi que Kelly (2006), que le champ de la santé publique se trouve aujourd'hui à un tournant de son histoire. « *Public health is at a crossroads* », affirment Beaglehole et Bonita (2004, p. 250) ou, comme le précise davantage Roy (1999, p. 16) : « [...] les idées

1. Les neuf types d'innovations sont présentés comme suit par Landry et autres (2007) : i) les innovations technologiques de produits (correspondant à l'introduction de nouveaux produits ou de produits améliorés eu égard aux caractéristiques techniques ou technologiques; par exemple : l'introduction d'un scanner à positrons dans un hôpital); ii) les innovations dans les services (correspondant à l'offre de nouveaux services; par exemple : les chirurgies ambulatoires); iii) les innovations dans les prestations de services (correspondant à l'introduction de nouvelles manières de livrer le service ou d'interagir avec la clientèle; par exemple, les formulaires en ligne); iv) les innovations de procédés (correspondant à des innovations introduites sur les activités et les processus de production des services offerts; par exemple, l'implantation d'un intranet); v) les innovations organisationnelles ou administratives (portant sur la structure organisationnelle et les procédures de gestion; par exemple : la création d'une nouvelle unité administrative); vi) les innovations stratégiques ou de gouvernance (portant sur la mission, les buts, les objectifs stratégiques de l'organisation; par exemple, la création de fondations pour les hôpitaux); vii) les innovations conceptuelles ou rhétoriques (correspondant au développement de nouveaux concepts ou langages; par exemple, « Écotaxe » pour les taxes écologiques); viii) les innovations marketing (portant sur les moyens de communication et de promotion des services auprès des citoyens; par exemple, l'implantation d'un Web informationnel); ix) les innovations dans les systèmes d'interactions (correspondant aux nouvelles manières d'interagir avec d'autres organisations; par exemple, une nouvelle philosophie de coopération).

postmodernes ou la mondialisation sont à la croisée des chemins avec la santé publique, sa mission et ses buts. » Par-delà l'acception figurée de « croisée des chemins » des deux précédents auteurs et en accord avec d'autres (Contandriopoulos, 2000; Dixneuf, 2003; Kelly, 2006; Labonte et Torgerson, 2005; Lee, 2003a; Woodward et autres, 2002), notre hypothèse est que le champ de la santé publique traverse à l'heure actuelle une profonde crise, voire une importante transmutation évolutive.

Et en quoi ce champ est-il en crise ?

Ce champ de la santé publique – qui varie dans le temps et dans l'espace – est situé aux confins des sciences de la vie et des sciences sociales. Or, les sciences de la vie sont aujourd'hui soumises à une technologisation croissante tandis que les sciences sociales sont elles-mêmes en grande mouvance. Les sociétés sont en évolution permanente : ne parle-t-on pas, diversement, de société du risque, de société du savoir, de société de marché, de société technoscientifique, de société organisée en réseaux ? Et comme les sociétés se transforment; parallèlement, la santé publique change, et se transforme aussi[2]... L'état de crise du champ de la santé publique est spécifiquement lié à cette transformation; la crise est la manifestation symptomatique de cette transformation évolutive du champ qui se heurte à un manque de repères, qui est confrontée à l'insuffisance des cadres de pensée traditionnels (en termes de fondements de la santé publique et de vision, de missions, voire de développement de nouvelles compétences). Les fondements de la santé publique sont aujourd'hui ébranlés; on assiste également au déploiement de nouveaux acteurs en santé publique; on y fait appel à de nouveaux savoirs, de plus en plus concurrentiels, à de nouveaux types d'interventions collectives. Et n'oublions pas non plus que le champ de la santé publique est *sous-théorisé* et que cette sous-théorisation fonctionne comme un catalyseur de crise.

---

2. En aval de la perspective liant sujets, activités et environnements (perspective adoptée dans ce chapitre) et de ma participation en tant qu'auteur à définir les objets et à interpréter les résultats en termes dynamiques de processus, de mouvement, de transformation, on pourrait avancer que les sociétés se complexifient, notamment sous l'égide de logiques, comme la logique marchande (qui prône la négociabilité de tout et de n'importe quoi), la logique productive (qui sous-tend les changements organisationnels du nouveau monde global, telles la production au plus juste, la qualité totale), la logique cyber (qui est liée à la révolution des technologies de la communication et de l'information [TICs] et au paradigme technologique, la logique dromocratique (du grec *dromos* [accélération], qui rassemble les nouvelles formes d'expression du rapport humain au temps [vitesse, instantanéité, immédiateté]), la logique épidémique (qui souligne l'effacement des limites [propagation de virus informatiques, montée des extrémismes politiques, crises des États-providence, etc.]), la logique technoscientifique. Cette transformation des sociétés, en même temps que la complexification de ses objets et des outils conceptuels à leur image (par exemple, les concepts d'intentionnalité interactive, d'intentionnalité émergente, d'agentivité distribuée, etc.) s'exprime entre autres sous forme de crises, telles que notamment et dites très simplement : la crise du capitalisme fordiste, la crise de l'État-providence, la crise sociale, la crise sociétale, la crise environnemento-sanitaire, la crise de la santé publique.

Le champ de la santé publique se situe donc à un point tournant de son histoire tout comme il demeure, parallèlement, sous-théorisé. Il est confronté à un manque d'outils conceptuels et, concomitamment, à une urgence de repenser la santé publique comme une science de la société, soulignent Kelly (2006), Galea (2007), Bibeau et Fortin (2008). Le champ de la santé publique est aujourd'hui confronté à l'urgence de renforcer la réflexion autour des liaisons entre les processus macroscopiques (sociaux, culturels, politiques, économiques) et ce qui se passe dans les sujets individuels, tant dans leur corps que dans leur esprit (Bibeau et Fortin, 2008).

Ces derniers auteurs attirent ici notre attention à trois niveaux. « Attention ! » conseillent-ils d'abord (p. 135), attention aux préférences explicites de la santé publique à s'appuyer sur certaines théories non critiques du social (par exemple : la théorie de l'intérêt, la théorie du choix rationnel), théories qui conduisent les chercheurs en santé publique à désarticuler l'étude du macro de l'étude du micro, à désarticuler le contexte et les agents sociaux, des conditions de vie, des existences des personnes concrètes. « Attention ! » poursuivent les mêmes auteurs, au pragmatisme conceptuel cher à la santé publique (on transforme les théories sociales en boîtes à outils). Et « attention ! », enfin, à la priorité quasi exclusive donnée (en santé publique) aux études empiriques, descriptives, quantitatives, ainsi qu'au manque de questionnement relativement au social. Remémorons-nous ici Wittgenstein (1953, p. 287) qui, pour sa part, met en garde contre « l'une des causes principales des maladies philosophiques », qui est la « diète unilatérale » venant du fait que l'on ne nourrit pas théoriquement sa pensée, ou qu'on ne la nourrit que par un seul genre d'exemple, le cadre interprétatif théorique demeurant minimal.

Mais cette crise de la santé publique, comment se manifeste-t-elle dans les pays du Nord ou pays dits développés ? C'est d'abord une crise ressentie (perçue) à différents niveaux : micro, méso et macro. C'est une crise perçue par nous tous, en tant que professionnels de la santé publique; perçue également par les organisations de santé, par les instituts nationaux de santé publique, etc. C'est une crise qui s'exprime de manière protéiforme et complexe, dans le sens où les enjeux qui en témoignent sont imbriqués. On y constate une supra-territorialisation des enjeux sociosanitaires (par exemple, la propagation des maladies infectieuses : sida, SRAS, H5N1, H1N1; la dégradation environnementale et l'altération concomitante des éco-socio-systèmes, les changements climatiques, etc.). Parallèlement, de grandes questions contemporaines émergent, en lien direct ou indirect avec le champ de la santé publique (voir figure 1 ci-dessus).

De telles questions demandent la coopération de différents acteurs et vont aussi transformer le contexte de collaboration des acteurs de santé publique. Par ailleurs, cette crise prend aussi la forme d'une croissance des inégalités de santé (au sein des pays et entre les pays). La crise s'exprime également par l'émergence de nouveaux champs interdisciplinaires de savoirs, comme par exemple : le champ du transfert de connaissances, le

champ de l'équité en santé, le champ des politiques publiques favorables à la santé.

Sachant que le champ de la santé publique est en crise et connaissant ses manifestations, quel est le contexte qui va nous permettre d'ancrer socio-historiquement cette crise pour mieux la comprendre et la dénouer ? S'agit-il du contexte de « modernité avancée » (de Giddens), de « modernité réflexive » (de Beck) ? Du contexte post-industriel (de Bell) ? De la postmodernité (Freitag) ? Quel serait le contexte le plus qualifiant (le plus riche et pertinent) qui permettrait d'ancrer cette crise ? Contexte qui permettrait, par exemple, d'inter-relier : les changements climatiques, le fardeau grandissant de l'obésité, le transfert technologique de connaissances, le défi d'un système de santé efficace et durable, les nouveaux partenariats public/privé, l'émergence de champs de recherche et de pratiques comme ceux du transfert de connaissances et de l'équité en santé, etc. ?

Ce contexte, c'est le contexte global, le contexte socio-historique de globalisation.

Le double défi posé par la globalisation

La globalisation est un phénomène plurivoque, distinct des phénomènes et concepts de : a) occidentalisation, américanisation (expansion mondiale des compagnies); b) internationalisation (*politique* : croissance par-delà les frontières de l'activité économique et politique); c) libéralisation (*économique* : stratégies de libre marché). Il est ici appréhendé comme un phénomène anthropomorphique de « destruction créatrice » couvrant la périodisation de 1980 à nos jours, qui transcende les frontières territoriales. C'est encore un phénomène processuel, socio-historique, qui favorise la croissance de réseaux économiques, politiques, sociaux ou culturels entre les gouvernements, les sociétés, les individus, un tel processus étant actuellement inféodé au paradigme épistémique néolibéral.

La globalisation (contexte et processus socio-historiques) peut être appréhendée dans une double perspective synchro-diachronique (voir tableau 1).

Tableau 1

CONTEXTUELLE ET PROCESSUELLE GLOBALISATION : DÉFINITION ET DOUBLE MISE EN PERSPECTIVE SYNCHRO-DIACHRONIQUE

LA GLOBALISATION

- Phénomène processuel et contextuel réel (non mythique) et nouveau dans l'histoire contemporaine et dans l'histoire des mondialisations, ne correspondant ni à l'internationalisation (politique), ni à la libéralisation (économique), ni à l'américanisation ou l'occidentalisation, ni à l'universalisation (culturelle)

- Processus anthropomorphique (c'est-à-dire non naturel) et multidimensionnel
  - De transformation du monde, c'est-à-dire
    - des sociétés
    - des politiques
    - des milieux
      - culturels
      - professionnels
      - institutionnels
      - et organisationnels
  - Succédant et en lien avec les précédentes mondialisations (même s'il s'en distingue fondamentalement par des caractéristiques organisationnelles)
  - Caractéristique d'une périodisation historique (après 1980) et marquant un contexte socio-historique précis
  - Apparaissant comme la force centrale de transformation des sociétés et englobant les autres appellations contextuelles (avec utilisation du préfixe « post- »)
  - Étayé par deux piliers majeurs :
    - La globalisation financière (spéculation)
    - Les TICs (technologies de l'information)
    - Eux-mêmes en lien avec un troisième pilier : celui des connaissances (savoirs)
  - S'extériorisant par une hyperconnectivité qui transcende les frontières (géographiques, temporelles et cognitives), c'est-à-dire par une vélocité couplée à une intensification de flux transnationaux de différents types :
    - Flux de capitaux et d'argent
    - Flux d'idées, d'information (factice ou non), de savoirs (probants ou non), de connaissances
    - Flux de personnes, d'individus, de groupes
    - Flux de produits, de services
  - Comportant des dimensions davantage objectives/objectivables (écoles de pensée; grandes approches de la globalisation; théories sociologiques de la globalisation) et d'autres dimensions plus subjectives (positionnement pro- ou anti-/alter-globalisation; importance des impacts positifs/négatifs de la globalisation)
    - Les deux types dimensionnels étant souvent imbriqués et alimentant de nombreux débats autour de la globalisation, de son influence et de ses impacts

>>> fin du Tableau 1

PERSPECTIVE SYNCHRONIQUE DE LA GLOBALISATION	PERSPECTIVE DIACHRONIQUE DE LA GLOBALISATION
Matrice de significations, système d'interactions sociales « Société *globale* » = société *de marché*, société *du risque*, société *technoscientifique*, société organisée *en réseaux et détemporalisée*, société du savoir ou société dite cognitive ou encore société *d'apprenance*[3] ▪ Formes de globalisation (facettes multiples et variées de la globalisation) • **f1:** Globalisation du secteur financier (du capital) • **f2:** Globalisation des marchés et stratégies • **f3:** Globalisation de la technologie, de la R&D et des connaissances • **f4:** Globalisation des modes de vie et des modèles de consommation ainsi que globalisation de la culture • **f5:** Globalisation des compétences en matière d'autorité et de réglementation • **f6:** Globalisation à titre d'instrument d'unification politique planétaire • **f7:** Globalisation des conditions humaines • **f8:** Globalisation de la communication (globalisation communicationnelle-médiatique) ▪ Logiques de globalisation (logique = raisonnement abstrait et schématique permettant de comprendre la complexité du réel) • **l1:** logique dromocratique (du grec *dromos* = accélération) • **l2:** logique épidémique • **l3:** logique technoscientifique • **l4:** logique cyber • **l5:** logique productive • **l6:** logique marchande	La périodisation 1980-2009 est marquée par l'accélération de l'histoire. Pensons à la chute du Mur, à la montée de l'idéologie néolibérale, à la révolution technologique, au creusement des inégalités Nord-Sud, à la propagation des pandémies, etc. Même si pour Fukoyama (1997), c'est la fin de l'Histoire, on observe que c'est aussi un temps pour de nombreuses et nouvelles histoires, vécues en accéléré. C'est surtout un véritable « temps de crises ». ▪ Les crises spécifiques ayant marqué la réalité socio-historique du dernier quart de siècle sont : • **C1** : la crise du capitalisme fordiste (qui correspond à l'émergence du capitalisme actionnarial) • **C2** : la crise de l'État-providence (c'est-à-dire le déclin de l'État social keynésien) • **C3** : la crise institutionnaliste (c'est la crise de la pensée institutionnelle couplée à la pensée de normalisation; elle caractérise l'ascension fulgurante du pouvoir managérial) • **C4** : la crise sociale/sociétale (que traduit l'émancipation croissante vis-à-vis des institutions et des traditions) • **C5** : la crise environnemento-sanitaire (que signent : l'entrée dans l'âge nucléaire, la dégradation des écosystèmes et les changements climatiques, l'indignation croissante vis-à-vis des inégalités de santé) • **CSP** : la crise de la santé publique ▪ Les Histoires spécifiques ayant marqué la réalité socio-historique du dernier quart de siècle (périodisation 1980-20...) sont : • **h1** : l'histoire du concept de santé et des déterminants de santé (intérêt croissant pour inégalités de santé) • **h2** : l'histoire du sida/VIH-1 • **h3** : l'histoire de la saillance sociale du risque • **h4** : l'histoire de la démarche évaluative et de l'irruption de l'*Evidence-based Medicine* en santé • **h5** : l'histoire de la recherche, de la formation et de l'*Advocacy* en santé publique

3. L'apprenance (traduction française de l'anglais *Learning Readiness* [Carré, 2005]) désigne une attitude d'ouverture aux connaissances et au développement des connaissances et compétences; elle se distingue de l'apprentissage en tant que tel qui désigne le fait même d'apprendre.

Tableau 2

LES DEUX TRANCHANTS DU DÉFI QUE LANCE LA GLOBALISATION AU CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

GLOBALISATION ET SANTÉ PUBLIQUE : UNE CRISE À DOUBLE TRANCHANT	DÉFI DE COMPLEXITÉ LIÉ À LA NAISSANCE DE DEUX ENTITÉS INDISSOCIABLES QUOIQUE DISTINCTES	
	SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE	**SANTÉ GLOBALE**
TRANCHANT-GLOBALISATION ↔ ON S'INTERROGE QUANT AUX INTERRELATIONS ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA GLOBALISATION, QUANT À LA GLOBALISATION DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ	▪ La santé publique globalisée touche à la transformation évolutive du champ de recherche, de connaissances, d'action de santé publique en contexte socio-historique de globalisation; elle touche à la manière dont le changement social global affecte les mondes de la vie des sujets éthiques et acteurs sociaux, et dont ce même changement global structure l'identité de la santé publique ▪ **Exemple de modèle théorique** : Lapaige (2009) qui vise à : ▪ Comprendre la transmutation du champ de la santé publique en mettant en lien cette transmutation avec le changement social global et la globalisation (ses manifestations, ses formes, ses logiques, ses imaginaires, etc.) ▪ La globalisation est vue comme contexte socio-historique et processus dynamique ▪ Le même modèle pourrait être appelé « santé publique gloc-alisée » et vaut essentiellement pour les pays du Nord	▪ La santé globale touche à la manière dont la globalisation influe sur les déterminants de santé et sur les résultats de santé ▪ Elle correspond à l'ex-santé internationale ▪ C'est un domaine particulier de la santé publique/santé des populations ▪ **Exemple de modèle théorique** : Labonte et Torgerson (2005), dans la lignée des travaux de Woodward et autres (2002), qui visent à : ▪ Comprendre comment les déterminants de santé se globalisent; comment la globalisation affecte les déterminants de santé, les résultats et états de santé ▪ La globalisation est vue comme un macrodéterminant ▪ Les mêmes modèles pourraient être qualifiés de modèles de santé gloc-ale et valent essentiellement pour les pays du Sud
TRANCHANT-GOUVERNANCE GLOBALE ↔ ON S'INTERROGE QUANT À LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE RÉGULATION DES ACTEURS AU NIVEAU GLOBAL (MONDIAL) ET AU NIVEAU LOCAL; IL S'AGIT D'UNE RÉFLEXION NORMATIVE POUR UNE SANTÉ DURABLE DES POPULATIONS	▪ Attention particulière portée aux points suivants : ▪ Complexité, collaborations dites complexes, et transdisciplinarité ▪ Éco-socio-efficience et application des connaissances (« transfert de connaissances ») intégrée (participative) ou non ▪ Transfert technologique de connaissances et nouvelles compétences en santé publique (face aux nouveaux enjeux et compte tenu du processus et contexte de globalisation) ▪ Qualité des services et financement; imputabilité et responsabilité ▪ Innovations de différents types ▪ Durabilité ▪ Éthique publique	▪ Attention particulière portée aux points suivants : ▪ Réflexivité ▪ Équité en santé (inégalités de santé et construction sociale des inégalités de santé) ▪ *Empowerment* ▪ Participation (collaboration) ▪ Durabilité ▪ Éthique sociale

La globalisation est sans précédent historique étant donné sa vélocité (son caractère intensif) et son impact (son caractère extensif). Même si elle jette ses racines dans cinq siècles de mondialisations et qu'elle partage subséquemment certains de ses traits avec des mondialisations antérieures, la globalisation s'en distingue fondamentalement par différentes caractéristiques organisationnelles. En effet, le nouveau monde global est structuré par les TIC et le paradigme technologique, par une économie globale, par le développement de dispositifs régionaux et planétaires de gouvernance, par l'apparition de problèmes systémiques à l'échelle du globe (sida, blanchiment d'argent, terrorisme de masse, changements climatiques, etc.).

Quel est donc ce double défi, le défi « à double tranchant », que pose le contexte global (de globalisation) au champ de la santé publique ?

Depuis 25 à 30 ans, le champ de la santé publique subit l'influence du contexte global. La globalisation sévit aujourd'hui dans un secteur public en crise, dans un secteur de santé en crise et, plus spécifiquement encore, dans un champ de santé publique en crise. La processuelle et contextuelle globalisation est d'ailleurs présentée par certains comme équivalant à un véritable « temps des crises », le champ de la santé publique n'y échappant donc pas. Outre le fait qu'elle supra-territorialise les enjeux sociosanitaires et qu'elle fait croître notablement les inégalités/iniquités de santé, la globalisation fait apparaître de nouveaux enjeux de santé intrinsèquement liés à la globalité tandis que d'autres enjeux, préexistants à la globalisation, se révèlent fondamentalement transformés par elle. Deux entités, associées mais cependant distinctes (distinctes comme concepts et comme « choses »), naissent en lien avec la crise de santé publique et avec la contextuelle globalisation : l'entité « santé globale-locale » et l'entité « santé publique globalisée » (voir tableaux 2 et 3). Ainsi la globalisation, d'une part, rend-elle incomplète voire obsolète l'ancienne « santé internationale », tandis que, d'autre part, elle rend caduque une vision strictement territorialisée de la pratique de la santé publique. Une « santé globale » et « santé glocale » (santé « globale » vécue localement; une santé globale à consonance émique) des populations apparaissent d'un côté, tandis que de l'autre une « santé publique globalisée » (une « santé publique sans frontières », diraient certains) émerge, ces deux entités appelant, de manière imbriquée, au développement de nouvelles pratiques (d'intervention, de recherche et de formation), de nouvelles normes et de nouvelles théories, ou appelant plus explicitement :

1) au développement et à la mise en place d'interventions et de types d'intervention modifiés voire radicalement nouveaux en santé publique,
2) au changement des paradigmes d'apprentissage en santé publique (passage à l'approche par compétences et développement de nouveaux référentiels de compétences),
3) au développement d'innovations conceptuelles en lien avec la santé publique et sa pratique, sa recherche, son curriculum de formation,

Tableau 3

La santé publique globalisée versus la santé globale
Comparaison de deux modèles théoriques et/ou cadres conceptuels

	Cadre conceptuel de la globalisation et de la santé (Labonte et Torgerson, 2005)	Modèle théorique de santé publique globalisée (de la globalisation et de la santé publique) (Lapaige, 2009)
Contexte socio-historique de globalisation → « entité » considérée	« Santé globale » : effets de la globalisation sur les états de santé ▪ Approche « santé des populations » ▪ Pays du Sud; développement humain ▪ « IGHIs » (*Inherently Global Health Issues*; enjeux de globalité liés à la santé publique) ▪ Équité; aspect inégalités/iniquités de santé ▪ Éthique sociale ▪ Action politique; gouvernance publique ▪ Responsabilité, participation citoyenne	« Santé publique globalisée » : (re)structuration (re-fondement) du champ de la santé publique dans le temps et l'espace sous l'influence du contexte global ▪ Approche « santé des populations » ▪ Pays du Nord (aspect local, territorialisé) ▪ Enjeux de globalité « IGHIs »; enjeux locaux pré-existants transformés par globalisation + apparition de nouveaux enjeux glocaux (traduction locale d'enjeux globaux) ▪ Systèmes de santé efficaces, responsables et durables, organisation responsable des services et application des connaissances ▪ Éthique publique (éthique globale); gouvernance globale participative
Globalisation appréhendée comme ...	Phénomène multidimensionnel de « destruction créatrice » Macrodéterminant de santé (Spiegel et autres, 2004)	« Destruction créatrice » (terme inaugural de Schumpeter [1939], adapté selon Cowan [2004]) *Contexte* socio-historique (processus dynamique et protéiforme)
Inscription du modèle dans la lignée des travaux de ...	Woodward et autres (2002) (promotion de la santé globale) Domaine concerné = santé mondiale, ex-santé internationale devenue santé globale	Woodward et autres (2002), Kelly (2006), Lee (2003a, 2003b), Labonte et Torgerson (2003, 2005) (MAIS ne concerne pas seulement le domaine de la santé mondiale; porte sur la « santé publique » et rejoint les pays dits développés) + Champ de recherche en application des connaissances

>>> suite du Tableau 3

	CADRE CONCEPTUEL DE LA GLOBALISATION ET DE LA SANTÉ	MODÈLE THÉORIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE
BESOIN DE THÉORISER EN TENANT COMPTE DE...	▪ La complexité des liens globalisation ↔ déterminants sociaux de santé et états de santé ▪ Le rôle des acteurs sociaux ▪ Le dépassement de l'unidisciplinarité et l'unisectorialité	▪ La complexité des liens globalisation ↔ transformation évolutive du champ de santé publique (changements de normes, de compétences requises au sein du champ; changement au niveau de la recherche; changement de l'identité du champ) : ▪ Renforcement ou réaménagement identitaire du champ en lien avec le contexte; ▪ Fondement pour des changements de pratique; ▪ Ancrer l'orientation publique de la nouvelle gouvernance globale et participer à sa mise en place compte tenu du contexte socio-historique de globalisation ▪ Émergence d'une globo-agentivité, d'une vulnérabilité globo-agentive (exemple : les vulnérabilités de santé en contexte d'adaptation de la santé publique aux changements climatiques) ▪ Le rôle des acteurs sociaux (sujets éthiques) ▪ La transdisciplinarité et un nouveau type de collaboration, les « collaborations complexes » ▪ L'intégration, le transfert et l'application des connaissances (la *science* et les *pratiques* de l'application des connaissances)
TYPE DE LIENS ET/OU TYPE DE QUESTION(S) POSÉE(S) DANS CE TYPE DE MODÈLE	Comprendre comment les déterminants se globalisent; comprendre comment la globalisation affecte les déterminants de santé, les résultats de santé et les états de santé; comprendre jusqu'où les états de santé et résultats de santé deviennent globalisés	Comprendre la transmutation du champ (recherche, connaissances et action) de la santé publique en mettant cette transformation évolutive du champ en lien avec le changement social global, la contextuelle et processuelle globalisation (ses manifestations, ses formes, ses logiques, ses « imaginaires ») Participer à la mise en place d'une gouvernance globale en santé publique

>>> suite du Tableau 3

	CADRE CONCEPTUEL DE LA GLOBALISATION ET DE LA SANTÉ	MODÈLE THÉORIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE
POSITIONNEMENT (PARADIGMATIQUE, SOCIAL, ETC.) DES AUTEURS	Positionnement paradigmatique et social : « *Critical public health* » (paradigme de théorie critique) ▪ Découvrir comment des structures sociales spécifiques, dans leur contexte historique et politique, à la fois construisent et recréent des conditions qui menacent la santé des populations ▪ La santé publique critique = une praxis (≠ académique) Tenir compte de la complexité des liens +++	Paradigme de complexité et non-linéarité (paradigme de recherche : Morin [1990, 1994], Sève [2005]) + « Engagement critique » de l'auteur (Arendt, 2002; Rioux, 2005) (= engagement intellectuel plus évaluation sans complaisance de l'état d'un phénomène : « sens critique ») Appartenance de l'auteur au courant dit « pragmatique » de la globalisation (« réconcilier » le marché et l'équité) (représentants : Craft, Dervis, Krugman, Radelet, Roububi, Sachs, Stiglitz) Positionnement social et politique de l'auteur (par rapport aux ≠ écoles et approches de la globalisation) : école dite transformationnaliste (heldienne) avec valeurs cosmopolitiques
CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE (ATTENTION : CES CARACTÉRISTIQUES NE PEUVENT ÊTRE COMPRISES SANS RECOURIR DIRECTEMENT ET AVOIR SOUS LES YEUX CHACUN DES DEUX MODÈLES RESPECTIFS)	Modèle multi-niveaux (5) de déterminants sociaux de la santé 25 éléments opérationnalisés // Action politique (gouvernance participative)	Système historico-social à cinq caractéristiques 30 « concepts intégrateurs » pour une structure synchronique du modèle (« concepts intégrateurs » pour saisir théoriquement la réalité sociale et historique du dernier quart de siècle et replacer la crise évolutive de la santé publique dans son contexte : 6 « crises », 5 « filtres », 8 « formes », 5 « imaginaires », 6 « logiques ») + 114 éléments-parties du modèle Propositions pour une gouvernance globale en santé publique (équitable, imputable, responsable et participative)
UTILITÉ	Heuristique	Outil de réflexivité et d'application des connaissances

>>> fin du Tableau 3

	Cadre conceptuel de la globalisation et de la santé	Modèle théorique de santé publique globalisée
Exemples	▪ Sida, étude des impacts sur le développement international et mise en place de politiques à l'échelle internationale (Piot, 2010) ▪ Santé mentale dans les pays à revenu faible ou modéré, avec mise en place du programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale » (OMS, 2011)	▪ Adaptation du secteur de la santé aux changements climatiques et vulnérabilités de santé publique liées aux changements climatiques (Gosselin et autres, 2008; Lapaige, 2011a; Ouranos, 2010) ▪ Création de nouveaux programmes de développement de compétences en écosanté, destinés aux professionnels de santé publique et à différents publics cibles issus d'autres secteurs (sécurité publique, développement durable, etc.) (Lapaige, 2010, 2011a, 2011b; Lapaige et Essiembre, 2010)
	▪ (exemple pouvant servir dans l'un ou l'autre cas) : lutte contre les changements climatiques (c'est-à-dire mise en place de stratégies d'atténuation et d'adaptation[4]), développement et équité (Stern 2010)	

4. L'atténuation est l'intervention anthropique cherchant à réduire les sources ou augmenter les puits de gaz à effet de serre; elle cible les causes des changements climatiques. Elle se réalise suivant une échelle spatio-temporelle mondiale et de siècles. L'adaptation désigne toute activité qui réduit ou prévient les impacts négatifs des changements climatiques sur les systèmes naturels et humains. Elle cible les conséquences des changements climatiques. Son échelle spatiale est locorégionale; son échelle temporelle se compte en termes d'années voire de siècles.

4) au développement de cadres théoriques/cadres conceptuels qui permettent/permettraient de :

   a) comprendre la transmutation du champ (de recherche, de connaissances et d'action) de la santé publique en mettant en lien cette transmutation avec le changement social global et avec la globalisation (ses manifestations, ses formes, ses logiques, ses « imaginaires »),

   b) comprendre comment les déterminants de la santé se globalisent; comprendre comment la globalisation affecte les déterminants de la santé, les résultats de santé et les états de santé; comprendre jusqu'où les états de santé et les résultats de santé deviennent globalisés,

   c) établir des liens entre les cadres théoriques et/ou conceptuels ressortant de -a- et ceux ressortant de -b- et développer des méta-modèles prenant en compte les aspects de -a- et ceux de -b-.

Par ailleurs, la thématique de globalisation étant intimement liée à celle de gouvernance globale, on peut d'emblée mentionner que ledit processus de globalisation implique aujourd'hui, en santé publique, d'autres acteurs que les États, des acteurs qui puissent prendre le relais des rôles traditionnellement occupés par les ministères de la Santé et parvenir à leur coordination au travers des divers programmes de l'Organisation mondiale de la santé. La gouvernance globale - traduisant le changement de rôle des acteurs et leur interdépendance croissante - s'avère consubstantielle à la globalisation. La globalisation, qui est façonnée par des acteurs économiques aux stratégies parfois concordantes, parfois conflictuelles, va effectivement mettre à l'avant-scène les « *concernements* collectifs du monde entier » (Fontanel, 2005, p. 15), sachant que les problèmes de santé vont tout autant diviser que réunir. Tandis que les organisations internationales prolongent le caractère public de la globalisation, l'émergence des organisations non gouvernementales, l'essor d'organismes financiers puissants ou la puissance de firmes multinationales modifient l'expression des rapports de force sur le système de marché « globalisé ». Pourtant, ces forces repérées ne sont pas toujours clairement identifiables, les rôles des acteurs s'avérant parfois confus. Ainsi s'exerce-t-il aujourd'hui une tension croissante entre de nouvelles règles, de nouveaux acteurs et de nouveaux marchés - qui caractérisent la globalisation -, et la capacité des pays à protéger et promouvoir la santé.

La contextuelle et processuelle globalisation confronte doublement le champ de la santé publique, s'y manifestant sous forme de crise à double tranchant, en ce qu'elle y incarne une problématique à double tranchant :

- Le premier tranchant de la problématique ou tranchant-globalisation en tant que tel, qui porte sur la nature des interrelations entre la santé publique et la globalisation ainsi que sur la globalisation des déterminants de santé;

- Le second tranchant de la problématique, le tranchant-gouvernance globale, qui concerne le déploiement de nouveaux acteurs et la mise en place d'une nouvelle régulation des acteurs au niveau global (et au niveau local).

Le défi de complexité (et de théorisation du complexe en santé publique) est lié au fait de l'émergence des deux entités distinctes, la *santé globale* (ex-santé internationale) et la *santé publique globalisée*, et à leurs liens avec chacun des deux tranchants précités. Les deux entités ne correspondent pas aux mêmes « choses » quoique chacune d'elles ait partie liée avec la crise de la santé publique, avec le tranchant-globalisation et avec le tranchant-gouvernance globale. Les deux entités s'intéressent au développement d'une réflexion normative pour une santé durable des populations. Les deux entités ont leurs propres outils conceptuels ou modèles théoriques qui leur permettent d'être mieux comprises. Il est intéressant de noter que les deux entités et leurs modèles aboutissent aux mêmes conclusions quant à l'absolue nécessité de se positionner par rapport aux enjeux de globalité.

La « santé publique globalisée » : ce que c'est, ce que ce n'est pas comparativement à la santé globale

La « santé publique globalisée » est une innovation conceptuelle selon la typologie de Landry et autres (2007) : c'est à la fois le nom d'un modèle et la « chose » en elle-même, l'entité « santé publique globalisée » (entité qui ne veut pas dire littéralement « globalisation de la santé publique », qui équivaudrait seulement à une supraterritorialisation, géographiquement parlant, de la santé publique et qui ne refléterait pas la complexité des liens existant entre la globalisation et le champ de la santé publique). Par ailleurs, le modèle dont on parle ici ne correspond aucunement à un modèle de santé globale ou de santé communautaire gloc-ale ou de promotion de la santé globale, cela même s'il s'inscrit dans la lignée des travaux de Woodward et autres (2002) et de Labonte et Torgerson (2003, 2005) (voir tableau 3).

La « santé publique globalisée », qui répond à la double définition de modèle théorique et de cadre conceptuel selon Labonte et Torgerson (2005), porte sur la transformation du champ de la santé publique en contexte socio-historique de globalisation. Les notions de « globalisation », « contexte » et « santé publique » y reçoivent une définition précise. Le modèle s'inscrit dans un mode de pensée socio-anthropologique (anthropo-philosophique ou socio-phénoménologique, dans la lignée du projet schützien) qui permet d'aborder les faits globaux sur la base de l'être-au-monde du sujet social, acteur social et sujet éthique.

Notre modèle résulte d'une recherche originale théorique menée de 2005 à 2008 (recherche contextualisée, selon le mode II de production des connaissances [Lapaige, 2010]), reposant sur un devis méthodologique

mixte séquentiel QUAL-quant (recherche qualitative [menée en 2005-2007] avec « analyse qualitative en mode écriture » de Paillé et Mucchielli [2003], suivie d'une revue systématique de littérature sur le transfert de connaissances et la santé globale [2007-2008] afin de transformer ledit modèle en outil de transfert de connaissances). C'est un modèle qui offre diverses particularités à ses utilisateurs : a) il est transdisciplinaire; b) il est interactif[5]; c) il est non linéaire (non-linéarité des interrelations existant entre la processuelle et contextuelle globalisation et le champ de la santé publique); d) il est synchro-diachronique (grâce à une double mise en perspective croisée, dite mise en perspective synchro-diachronique, le modèle permet d'analyser, dans la complexité/non-linéarité de leurs interrelations, le changement social global, l'émergence d'une « globo-agentivité » et la transmutation du champ de la santé publique); e) il présente cinq caractéristiques en tant que système auto-éco-organisé d'interactions sociales ou système dynamique non linéaire historico-social. C'est à la fois un outil de transfert de connaissances et une carte heuristique interactive destinés aux étudiants, professionnels et chercheurs de la santé publique/santé communautaire/santé des populations ainsi qu'aux décideurs de la santé.

Conclusion

En guise de conclusion, soulignons l'importance déterminante de poursuivre le travail de conceptualisation entourant le champ de recherche, de connaissances et d'action de la santé publique dans le contexte de globalisation, ceci compte tenu des logiques prédominantes de cette globalisation, de crises afférentes, et des enjeux de santé émergents qui requièrent de nouvelles façons de penser, de communiquer et d'agir. Une telle réflexion portant sur la santé mondiale ou globale ainsi que sur la « santé publique globalisée », sur leurs enjeux de plus en plus imbriqués (par exemple : l'enjeu d'adaptation de la santé publique aux changements climatiques; ou encore l'enjeu d'une santé équitable et durable dans le cadre du Plan Nord, spécifique au Québec, qui est promu... en Inde [Bolduc, 2012]) demeure encore aujourd'hui l'apanage du « domaine » de l'ancienne santé internationale. Celle-ci a en effet longuement forgé son expérience et mûri sa réflexion quant aux enjeux Nord-Sud, et elle est prête, aujourd'hui, à entrer dans le jeu de telles problématiques complexes. Parallèlement, il est un peu dommage que jusqu'à ce jour, dans le Nord et au Canada par exemple, une sacro-sainte éviction de la « complexité » des enjeux (parfois faite au nom de la « simplicité volontaire » nécessaire à l'intervention en santé publique [?]) et une crainte de devoir s'adapter prochainement à ces « problématiques complexes » liées à la globalisation

5. Dans le livre du même nom, le modèle de « la santé publique globalisée » se présente sous la forme d'un CD-ROM : il est étayé par une figuration visuelle (5 figures interreliées) et une charpente structurelle synchronique, comporte 30 « concepts intégrateurs », intègre 114 autres « éléments-parties » via quelques 1300 liens hypertexte (Lapaige, 2009).

ne soient pas encore entièrement surmontées... sauf peut-être pour les auteurs du présent collectif, pour Hoffman et Lavis (2011) ou encore, pour certains auteurs d'avant-garde comme Roy et autres (2010) qui, précisément, chacun dans leur domaine d'étude et suivant leurs intérêts, soulignent l'importance déterminante de tenir compte de la « complexité » (de l'« émergence ») en santé publique.

Références bibliographiques

Arendt, H., 2002. *Les origines du totalitarisme. Eichmann à Jérusalem*, Paris, Quarto Gallimard.

Beaglehole, R. et R. Bonita, 2004. *Public health at the crossroads. Achievements and prospects (2nd ed.)*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press.

Bibeau, G. et S. Fortin, 2008. « Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique », dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités de santé au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 111-139.

Bolduc, Y. (Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec), 2012. *Plan Nord – Building Northern Quebec together. The project of a generatio*, Session interactive avec Monsieur le Ministre Bolduc et Monsieur Suresh H. Shelty, dans le cadre de la signature de l'entente Québec-Maharastra portant sur le Plan Nord, Mission Québec-Inde 2012, Mumbaï, Inde, 30 janvier 2012.

Carré, P., 2005. *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*, Paris, Dunod.

Chiffoleau, S., 2002. « Santé et inégalités Nord-Sud : la quête d'un bien public équitablement mondial », dans F. Constantin (dir.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective ?*, Paris, L'Harmattan, p. 245-268.

Contandriopoulos, A.-P., 2000. « À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé du XXe siècle », dans M.-P. Pomey, J.-P. Poullier et B. Lejeune (dir.), *Santé publique*, Paris, Masson, p. 637-664.

Cowan, T., 2004. *Creative destruction: How globalization is changing the world's cultures*, Princeton, Princeton University Press.

Dixneuf, M., 2003. « La santé publique comme observatoire de la mondialisation », dans J. Laroche (dir.), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 213-225.

Fontanel, J., 2005. *La globalisation « en analyse ». Géoéconomie et stratégie des acteurs*, Paris, L'Harmattan.

Fukoyama, F., 1997. *La fin de l'histoire ou le dernier homme*, Paris, Flammarion.

Gagnon, F. et P. Bergeron, 1999. « Le champ contemporain de la santé publique », dans C. Bégin, P. Bergeron, P. Gerlier-Forest et V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 229-258.

Galea, S., 2007. *Macrosocial determinants of population health*, New York, Springer.

Gosselin P., D. Bélanger et B. Doyon, 2008. « Les effets du changement climatique sur la santé au Québec », dans Santé Canada (J. Séguin, éd.), *Santé et changements climatiques : Évaluation des vulnérabilités et de la capacité d'adaptation au Canada*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, p. 241-342.

Hoffman, S.J. et J.N. Lavis, 2011. *Synthèse d'information : s'attaquer aux incidences des enjeux mondiaux émergents sur la santé au Canada*, Hamilton, Canada, McMaster Health Forum, 12 mai 2011.

Kelly, M.P., 2006. « Mapping the life-world : A future research priority for public health», dans A. Killoran, C. Swann et M. P. Kelly (eds), *Public health evidence tackling health inequalities*, New York, Oxford University Press, p. 553-573.

Labonte, R. et R. Torgerson, 2005. « Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action », *Critical Public Health*, vol. 15, n° 2, p. 157-179.

Labonte, R. et R. Torgerson, 2003. *Frameworks for analyzing the links between globalization and health*, Genève, Suisse, World Health Organization.

Landry, R., N. Becheikh, N. Amara, N. Halilem, J. Jbilou, E. Mosconi et H. Hammami, 2007. *Innovations dans les services publics et parapublics à vocation sociale. Rapport de la revue systématique des écrits*, Québec, Université Laval, Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert des connaissances et l'innovation.

Lapaige, V., 2011a. *Les vulnérabilités de santé face aux aléas climatiques : concept-pivot, concept valise ?*, Rapport de synthèse de littérature, non publié (synthèse réalisée en 2010-2011).

Lapaige, V., 2011b. *L'intégration et le transfert de connaissances transfrontières en adaptation aux changements climatiques (santé et systèmes naturels avec l'eau comme thématique intégratrice)*, École Mohammadia d'Ingénieurs (ÉMI), Laboratoire d'Analyse de Systèmes Hydrauliques, Rabat, Maroc (11 octobre 2011).

Lapaige, V., 2010. « "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision », *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 3, p. 33-47. www.dovepress.com/ldquointegrated-knowledge-translationrdquo-for-globally-oriented-publi-peer-reviewed-article-JMDH [consulté le 4 avril 2012].

Lapaige, V., 2009. *La santé publique globalisée*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, (livre avec CD-ROM interactif du modèle de « la santé publique globalisée »).

Lapaige, V., et H. Essiembre, 2010. « Innoversity in knowledge-for-action and adptation to climate change: The first steps of an "Evidence-based Climatic Health" transfrontier training program », *Advances in Medical Education and Practice*, vol. 1, p. 89-105. www.dovepress.com/innoversity-in-knowledge-for-action-and-adaptation-to-climate-change-t-peer-reviewd-article-AMEP-recommendation1 [consulté le 4 avril 2012].

Lee, K., 2003a. *Health impacts of globalization: Towards a global governance*, Basingstoke, Royaume-Uni, Palgrave Macmillan.

Lee, K., 2003b. *Globalization and health: An introduction*, Basingstoke, Royaume-Uni, Palgrave Macmillan.

Massé, R., 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normalité*, Saint-Nicolas, Québec, Presses de l'Université Laval.

Morin, E., 1994. *La complexité humaine*, Paris, Flammarion.

Morin, E., 1990. *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2011. *Guide d'intervention mfGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548068_fre.pdf [consulté le 16 janvier 2012].

Ouranos [C. Desjarlais, M. Allard, A. Blondot, A. Bourque, D. Chaumont, P. Gosselin, D. Houle, C. Larrivée, N. Lease, R. Roy, J.P. Savard, R. Turcotte et C. Villeneuve], 2010. *Savoir s'adapter aux changements climatiques*, Montréal, Ouranos.

Piot, P., 2010. *L'épidémie du sida. Mondialisation des risques, transformations de la santé publique et développement*, Paris, Collège de France / Fayard.

Paillé, P. et A. Mucchielli, 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.

Rioux, M., 2005. *Globalisation et pouvoir des entreprises*, Outremont, Québec, Athéna.

Roy, D.A., E. Litvak et F. Paccaud, 2010. *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Québec, Le Point en Administration de la Santé et des Services sociaux.

Roy, M., 1999. « Les enjeux en santé publique exigent une éthique pour la complexité », dans *Actes du colloque « Les enjeux éthiques en santé publique »*, Montréal, ASPQ Éditions, p. 16.

Schumpeter, J., 1939. *Business cycles*, New York, McGraw Hill.

Sève, L., 2005. *Émergence, complexité et dialectique. Sur les systèmes dynamiques non linéaires*, Paris, Odile Jacob.

Spiegel, J.M., R. Labonte et A.S. Ostry, 2004. « Understanding globalization as a determinant of health determinants : A critical perspective », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 10, nº 4, p. 360-367.

Stern, P., 2010. *Gérer les changements climatiques. Climat, croissance, développement et équité*, Paris, Collège de France / Fayard

Wittgenstein, L., 1953. *Investigations philosophiques*, Paris, Aubier.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole et D. Lipson, 2002. « Mondialisation et santé : un cadre pour l'analyse et l'action », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 6, p. 36-42.

RÉFLEXIONS CONCEPTUELLES SUR LES RAPPORTS ENTRE LA DIVERSITÉ ET LA SANTÉ HUMAINE

Jean-Claude Moubarac

Introduction

L'épidémiologie nous dévoile une réalité fondamentale de la vie humaine : les maladies sont inégalement distribuées entre les groupes humains, et ce, peu importe la façon dont on les caractérise. En effet, les disparités de santé existent entre et au sein des groupes raciaux, des classes sociales, des groupes ethniques et des populations nationales. Par exemple, en 2002, chez les 15-19 ans, le taux de suicide pour 100 000 habitants variait entre 4,7 % en Roumanie et 23,9 % en Lituanie (Wasserman et autres, 2005). Chez les populations autochtones canadiennes, Chandler et Lalonde (2000) ont rapporté qu'entre 1987 et 1992 la prévalence du suicide était inexistante au sein de certains groupes tandis qu'elle était jusqu'à 800 fois plus élevée dans d'autres. Si l'on prend le cas d'une maladie chronique, comme le diabète type 2, on observe des écarts importants dans sa prévalence nationale qui variait, en 2011, entre 2,4 % au Mali et 25,3 % dans la République de Kiribati (Whiting et autres, 2011). La qualité des soins et les conséquences du diabète sont également réparties distinctivement : le fardeau du diabète engendre de plus lourdes conséquences sur la santé des peuples autochtones, peu importe leur provenance dans le monde (Naqshbandi et autres, 2008). D'autre part, les études migratoires dévoilent une concordance entre le développement de maladies chroniques et le degré d'acculturation des migrants au monde occidental (Nakanishi et autres, 2004). Enfin, les groupes raciaux Noirs sont plus touchés par les maladies chroniques, comparativement aux Blancs (Frieden, 2011).

Ces faits épidémiologiques ne sont que quelques exemples d'un large corpus de données issues des recherches en santé publique et mondiale, en épidémiologie sociale et culturelle, en anthropologie et en sociologie médicale, qui nourrissent une question essentielle : comment expliquer ces disparités au sein de l'espèce humaine ? Il y a plus de trente ans, Michael Marmot démontrait l'existence d'un gradient social de santé entre et au sein des classes sociales britanniques (Marmot et autres, 1978). Aujourd'hui, il appelle à une action globale concertée afin d'aborder ces inégalités sociales de santé (Marmot, 2011). Or, outre les disparités issues de la diversité sociale (éducation, revenu, emploi), l'on doit se demander si les disparités de santé peuvent être expliquées par des différences biologiques ou culturelles qui existeraient entre les groupes humains. En quoi les concepts de race, de classe socioéconomique et d'ethnicité qui renvoient à ces types de diversité nous renseignent-ils sur les déterminants fondamentaux de la santé humaine ? Si l'on considère que les êtres humains sont unis sur le plan de la biologie, pourrait-on penser que les disparités de santé s'expliqueraient surtout par des variations sociales et culturelles

distinguant les groupes humains ? Ces questions sont intéressantes et je crois qu'elles peuvent être considérées par les chercheurs en santé mondiale qui étudient les rapports entre la diversité et la santé humaine.

Ce texte vise à réfléchir sur quelques considérations conceptuelles qui doivent être abordées avant d'orienter les recherches en santé mondiale portant sur les rapports entre la diversité humaine et la santé. Il abordera d'abord l'enjeu que soulève la caractérisation de la diversité dans les recherches en santé mondiale. Je soutiendrai qu'il est important de distinguer les dimensions biologique, sociale et culturelle de la diversité. Il s'agira ensuite de voir comment ces dimensions interagissent entre elles, sous la forme de rapports entre les individus, les groupes humains et leurs environnements. En m'inspirant de travaux en sociologie, en anthropologie et en santé publique, je proposerai d'aborder la question de la diversité humaine dans une approche relationnelle. Le texte décrira ensuite deux types de rapports humains qui joueraient un rôle essentiel dans la détermination des problématiques de santé. Je soulignerai enfin qu'une approche transdisciplinaire permettrait de réfléchir sur un modèle intégratif en matière de déterminants de la santé humaine.

Les multiples dimensions de la diversité humaine

Au cours du XX^{e} siècle, deux concepts de base ont été largement utilisés dans les recherches épidémiologiques afin d'étudier les rapports entre la diversité humaine et la santé : la race et l'ethnicité (Smedley, 1993). Ces concepts renvoient à deux dimensions essentiellement distinctes de la diversité humaine. La race traite de la dimension biologique et repose sur l'idéologie qu'une sous-division de l'espèce humaine en groupes biologiquement distincts serait possible (Smedley, 1993). Or, sa validité scientifique a été sévèrement critiquée en anthropologie (Bibeau, 2004; Dressler et autres, 2005; Gravlee, 2009; Smedley, 1993), en biologie (Jorde et Wooding, 2004; Shriver et Kittles, 2004), en épidémiologie et en santé publique (Fullilove, 1998; Potvin et Lamarre, 2009; Stolley, 1999). L'ethnicité, quant à elle, réfère à la dimension culturelle de la diversité humaine. Il s'agit d'un concept complexe et dynamique, à la fois défini par son caractère subjectif et objectif (Juteau, 1999). Or, de nombreux chercheurs en sciences de la santé, surtout étatsuniens, confondent les concepts de race et d'ethnicité (Ahdieh et Hahn, 1996; Comstock et autres, 2004; Cooper et David, 1986). Également, la race est souvent utilisée comme variable proxy aux dépens de mesures plus précises portant sur la discrimination raciale ou sur la diversité sociale, empêchant ainsi une compréhension réelle des mécanismes sous-jacents aux disparités de santé (Muntaner, 1999). Pour ces raisons, il m'apparaît primordial de distinguer les dimensions multiples de la diversité humaine pour ensuite s'attarder à leurs rapports complexes.

Dimension biologique

D'abord, la diversité humaine existe sur le plan de la biologie et inclut les variations du code génétique, de l'expression des gènes et des traits physiques (polymorphisme) qui peuvent être observées et mesurées au sein de l'espèce humaine. La génétique humaine et la paléoanthropologie nous enseignent que les variations génétiques actuelles sont les vestiges de l'histoire des migrations humaines (Gravlee, 2009; Rosenberg et autres, 2002). Selon Gravlee (2009), ces variations s'expliquent par un modèle d'effet fondateur depuis l'Afrique et de variations subséquentes qui se sont établies en fonction de l'isolation géographique des peuples émigrants. Ainsi, des variations de phénotypes, comme la couleur de la peau, varient graduellement au sein de l'espèce humaine plutôt qu'en termes absolus, et ce, en fonction du degré de latitude où divers groupes ont migré.

Bien que des différences phénotypiques et génotypiques ont été maintenues par des barrières géographiques, le partage d'un bagage génétique ancestral et le constant flux génétique entre les groupes ont assuré un partage des gènes. En effet, tous les êtres humains partagent 99,9 % du génome humain et sont unis au sein de l'espèce *Homo Sapiens Sapiens* (Gravlee, 2009). Les regroupements génétiques font donc partie de la variation humaine, bien qu'ils expliquent relativement peu la variation totale : entre 3 et 15 % des gènes des groupes raciaux conventionnels, initialement fondés sur l'appartenance continentale (Europe, Afrique, Asie, Amériques, Îles du Pacifique), diffèrent, selon les méthodes utilisées pour mesurer les différences (Romualdi et autres, 2002; Rosenberg et autres, 2002). Il existe donc davantage de variation génétique à l'intérieur des races conventionnelles qu'entre celles-ci. En outre, la plupart des variations génétiques humaines sont non concordantes : les traits phénotypiques n'ont aucune valeur dans la prédiction d'autres aspects de la biologie (Gravlee, 2009). Des chercheurs suggèrent aujourd'hui que l'évaluation de la variation génétique au niveau individuel pourrait être plus précise et plus bénéfique dans la compréhension des disparités de santé que l'étude des variations au niveau des groupes (Jorde et Wooding, 2004). En somme, la diversité biologique au sein de l'espèce humaine doit se concevoir au niveau individuel, plutôt qu'à l'échelle des groupes.

Dimension culturelle

L'ethnicité correspond au fait même de la diversité culturelle au sein de l'humanité. Cette variation témoigne de l'incroyable élasticité de l'espèce humaine à créer des formes de vie diverses en s'adaptant à des environnements divers. Comme le soulignait Lévi-Strauss dans *Race et Histoire* (1952), les cultures humaines développent des méthodes différentes pour arriver à des objectifs communs. L'identité ethnique, quant à elle, se rapporte à l'expression de l'ethnicité propre à chaque groupe humain. Comme l'a décrit Weber (1971), cette identité se construit à travers un processus de communalisation qui naît des relations sociales et se fonde sur la croyance en une origine et une histoire communes.

Précisément, il est possible de distinguer trois grandes composantes de l'identité ethnique : le culturel, l'ancestral et le référentiel (Dressler et autres, 2005). Le culturel comprend des modèles portant sur le mondain (la langue, l'alimentation, l'habillement) et le symbolique (les croyances, la vision du monde, etc.). L'ancestral se réfère à une croyance en une origine et une histoire communes, un territoire partagé et des liens de parenté, tandis que le référentiel implique la définition d'une frontière établie entre un groupe et le reste du monde. C'est sur ce dernier aspect qu'insistait Barth (1969) dans son étude des rapports ethniques et de l'existence des frontières culturelles. Dans une même approche, Juteau (1999) insiste sur le fait que le processus de communalisation se fonde sur la délimitation d'une frontière interne, qui définit le groupe d'après la croyance en une histoire commune et le partage d'une culture, et une frontière externe qui caractérise les rapports de force entre les groupes ethniques. Juteau (1999) insiste également pour dire que même si l'identité ethnique est construite socialement, il en demeure que l'ethnicité est une réalité indissociable de l'humanité et nécessaire à la compréhension des dynamiques sociales.

Enfin, les catégories ethniques sont des entités construites par les chercheurs qui s'intéressent à l'ethnicité (Meintel, 1993). Il existe un débat à l'égard des marqueurs spécifiques qui devraient être utilisés pour identifier les catégories ethniques, y compris la langue, la religion, la nativité, etc. (Chaturvedi, 2001). Or, les frontières qui définissent les groupes ethniques sont dynamiques dans le temps et l'espace, et fluctuent en fonction des circonstances sociohistoriques (Juteau, 1999). Plutôt que de définir une méthode standard et universelle de catégorisation des formes de la diversité culturelle, il serait plus logique d'adopter des définitions et des méthodes spécifiques aux objets de recherche. D'autre part, comme le souligne Meintel (1993), les chercheurs doivent prendre soin de ne pas prétendre l'existence ou la forme des groupes ethniques. Il m'apparaît cependant primordial de ne pas confondre race et ethnicité, et d'éviter l'utilisation des traits biophysiques dans la définition de l'ethnicité (Smedley, 1993). Pour moi, l'ethnicité se rapporte essentiellement à la dimension culturelle de la diversité humaine. Pour insister sur ce point, je privilégie l'utilisation du terme « groupe ethnoculturel » (Massé, 1995).

Dimension sociale

Je crois qu'il est nécessaire d'établir une distinction entre les dimensions sociales et culturelles de la diversité humaine. Dans le contexte des sociétés contemporaines, la coexistence de divers groupes ethnoculturels au sein d'un espace social commun requiert cette différenciation. Ceci permet de mieux comprendre les déterminants fondamentaux de la santé et d'aborder les inégalités de santé qui relèveraient strictement du fait social (Marmot, 2011; Muntaner, 1999). La dimension sociale de la diversité humaine serait le produit de la vie collective et relèverait de l'économie, de l'éducation et de la politique propres à chacun des pays et des régions du globe. Des groupes sociaux peuvent être identifiés en utilisant des marqueurs politico-socio-économiques comme le pays de résidence, le niveau

d'éducation, ou le niveau de revenu. Ainsi, je pense que la nationalité devrait être considérée comme un marqueur de la diversité sociale plutôt que culturelle, puisque l'environnement social spécifique d'un pays peut être caractérisé par ses conditions politiques, sociales et économiques et que divers groupes ethnoculturels y cohabitent. Cette distinction entre le social et le culturel m'apparaît d'actualité pour traiter de problématiques qui traitent d'identité globalisante, comme celle de l'Union Européenne ou même de la citoyenneté mondiale.

Rapports entre les dimensions de la diversité

Il existe des rapports complexes entre la diversité sociale, culturelle et biologique. Les choses en ce point se complexifient. Par exemple, le concept de *race humaine* est interprété en tant que construction socioculturelle de la diversité et sert à étudier les rapports complexes entre les groupes qui sont générateurs de comportements discriminatoires et racistes (Krieger, 1999). Comme Gravlee (2009) l'explique, la réalité socioculturelle de la race a des conséquences biologiques pour des groupes raciaux définis par deux mécanismes de renforcement : les inégalités sociales façonnent la biologie des groupes racialisés et les inégalités perpétuent une vision racialisée de la biologie humaine.

Un autre exemple de l'interaction complexe du biologique, du social et du culturel est le fait que certaines pratiques culturelles, comme l'endogamie (la règle selon laquelle les individus peuvent se marier seulement avec un partenaire de leur groupe ethnoculturel), exercent des effets sur le potentiel de variation génétique à l'intérieur d'un groupe. Ainsi, certaines maladies à transmission génétique peuvent être plus fréquentes dans certains groupes endogames (Polednak, 1989). Or, l'union est régie par des règles de parenté, d'éducation et de socialisation propres à chacun des groupes. L'endogamie n'est qu'une variante de ces règles. Il n'existe donc pas de rapports absolus entre la diversité biologique et culturelle, même si la fréquence d'un marqueur biologique coïncide parfois avec une aire linguistique ou culturelle (Boas, 1940).

Les rapports complexes entre les dimensions de la diversité sont aussi illustrés par les recherches dans le domaine de l'épigénétique. Par exemple, des recherches menées sur le suicide montrent que le niveau d'attention parentale vouée à l'enfant exerce des effets importants sur l'expression des gènes associés aux hormones régularisant l'humeur (McGowan et autres, 2009). Ainsi, la qualité de l'environnement social détermine, en partie, la qualité des mécanismes biologiques régissant les facteurs psychologiques de l'individu qui, ultimement, ont des impacts importants sur la santé mentale. Or, des marqueurs de diversité sociale, comme le niveau d'éducation ou de revenu, déterminent, en partie, la qualité de l'environnement familial et, par conséquent, celui de l'attention parentale (Marmot, 2011). Une lecture transdisciplinaire des recherches menées en sciences biologiques et sociales supporte l'idée d'une interconnexion fondamentale entre la diversité culturelle, sociale et biologique, ainsi

que leurs effets sur la santé. Aucune de ces facettes de l'humain n'est indépendante; elles sont toutes interdépendantes et agissent de concert sur la santé. Dans cette interconnexion, il est nécessaire de privilégier une vision relationnelle et dynamique de la diversité humaine.

Une approche relationnelle de la diversité

Dans l'élaboration de sa théorie des goûts et des styles de vie, le sociologue Pierre Bourdieu (1979) a privilégié une vision relationnelle de l'espace social. Selon Bourdieu, la constitution des groupes sociaux et des pratiques qui leur sont propres s'établit dans une dialectique de divulgation, d'imitation et de recherche de distinction entre les classes sociales. Dans une même perspective, l'anthropologue Fredrik Barth (1969) a proposé d'étudier la question de l'ethnicité en se concentrant sur la notion de frontières ethniques et de l'interaction des groupes ethniques au sein de sociétés plurales. De plus, Barth (1969) a insisté sur le fait que l'interaction de groupes ethniques au sein d'une société ne mène pas nécessairement à leur annihilation identitaire à travers les processus de changement et d'acculturation. Plutôt, les différences culturelles peuvent persister en dépit des contacts interethniques et de l'interdépendance des groupes. Différents groupes ethnoculturels réagiraient donc différemment au contact culturel dans l'espace social. Cette notion de persistance culturelle dans le contexte du contact culturel est intéressante à explorer pour aborder des questions d'intégration sociale, d'exclusion et de discrimination et leurs effets sur la santé.

Bourdieu (1979) et Barth (1969) ont contribué à faire valoir le caractère dynamique et interactif des groupes humains, qui contrastait avec l'approche davantage monolithique de leurs prédécesseurs qui considéraient les groupes humains comme étant des entités absolues. Aussi, ils ont insisté sur les notions de frontières, de distanciation sociale et de rapports de pouvoirs entre les groupes. Ces notions ont été étudiées par la suite, entre autres par Juteau (1999) qui a synthétisé une lecture à la fois subjective et objective de l'ethnicité. Bien qu'elle reconnaisse le caractère relatif et subjectif de l'identité ethnique, elle insiste sur l'importance de reconnaître le fait que la frontière externe caractérise les rapports de domination entre les groupes ethniques. Je crois que la question de la diversité humaine en santé mondiale pourrait se concevoir dans une telle approche relationnelle. Pour développer davantage cette idée, les travaux de chercheurs en santé publique seront considérés.

Dans un premier temps, Ford et Harawa (2010) ont proposé d'examiner la dimension relationnelle de l'ethnicité qui rend compte de la position d'un groupe à l'intérieur de la hiérarchie sociale. Or, cette définition ne tient pas compte des relations différentielles des individus au sein d'un même groupe et du fait que la culture est inégalement distribuée au sein des groupes humains (Barth, 1969). Ainsi, je crois qu'une approche relationnelle de l'ethnicité ou du groupe social devrait tenir compte des dynamiques entre les groupes et celles au sein même des groupes. Dans

un sens, comme l'environnement de quartier, le groupe ethnoculturel constitue un milieu qui offre des ressources à ses membres (par exemple, le support social, un sentiment d'appartenance, des valeurs). Cependant, chaque individu usera de diverses façons ces ressources.

Dans cette perspective, les réflexions de Cummins, Curtis, Diez-Roux et McIntyre (2007) suggèrent que les recherches qui examinent l'influence des lieux sociaux sur la santé des individus devraient privilégier une approche relationnelle pour tenir compte des dynamiques de renforcement mutuel entre les individus et les lieux. Tel qu'explicité par Potvin et Lamarre (2009, p. 77), « les définitions relationnelles tentent de rendre compte de la réalité sociale qui se construit dans un rapport à l'espace. Ceci, afin de rendre compte que dans les sociétés modernes, non seulement plusieurs lieux sont significatifs pour les individus mais aussi que les trajectoires entre les lieux acquièrent aussi une signification qui leur est propre ». De plus, une définition relationnelle du lieu impliquerait que « les lieux sont produits et maintenus par l'activité des acteurs qui opèrent individuellement ou de concert » (Potvin et Lamarre, 2009, p. 77). Le groupe social ou culturel pourrait donc être vu comme un lieu dynamique et mouvant, un espace qui offre des ressources, des opportunités et dont l'affiliation par l'individu peut impliquer, pour ce dernier, un lot de difficultés. En appliquant les éléments d'une approche relationnelle au concept de la diversité humaine, on pourrait ainsi affirmer que : a) plusieurs appartenances à des groupes sociaux ou culturels sont significatives pour chaque individu et peuvent varier en fonction des moments dans leur trajectoire de vie; b) les trajectoires entre ces identités ont aussi une signification qui leur est propre; et c) ces identités sont produites et maintenues par l'activité proximale ou distale des acteurs qui opèrent individuellement ou de concert.

En somme, les réflexions de Cummins et autres, (2007) et de Potvin et Lamarre (2009) m'amènent à reconnaître l'importance de tenir compte du caractère dynamique des groupes socioculturels dans l'espace et le temps, de même que du caractère plural des identités ethniques. Aussi, une approche relationnelle insisterait sur le fait que le groupe culturel ou social est en constante mouvance, et que les individus peuvent adopter une position proximale ou distale par rapport à leur groupe à divers moments de leur vie, dans diverses circonstances. Ces considérations m'apparaissent essentielles dans un monde interconnecté, où les frontières ethniques et nationales sont de plus en plus perméables. Dans le contexte des phénomènes migratoires, l'idée que les individus puissent adopter plusieurs identités socioculturelles m'apparaît aussi important. Ceci concorde avec l'idée que l'appartenance ethnique est souvent utilisée en tant qu'instrument de revendication sociale et politique en fonction des circonstances sociohistoriques (Juteau, 1999). Une approche relationnelle de la diversité humaine m'amène à développer l'idée que ce seraient les rapports entre les individus et les groupes, plutôt que la nature même de ces groupes, qui seraient davantage déterminants dans la production des disparités de santé humaine.

Rapports entre diversité humaine et santé

En santé publique, l'existence de la diversité au sein de l'espèce humaine constitue la base de divers modèles pour expliquer les disparités de santé. Un de ces modèles impute les disparités de santé à des facteurs comportementaux, cognitifs ou symboliques qui différeraient entre les groupes humains (Dressler et autres, 2005). Ce modèle porte en somme sur les attributs propres des groupes, *ce qu'ils sont et ce qu'ils font*. Un second modèle explique que les disparités de santé sont le produit des changements et des défis rencontrés par les groupes lors des processus d'acculturation et de migration (Hyman, 2004). Ce modèle porte plutôt sur les rapports entre les groupes. En reprenant ces deux modèles, je propose que les déterminants de la santé humaine relèveraient de deux types de rapports : le rapport qui s'établit dans la distanciation entre l'humanité et l'environnement naturel dans lequel elle évolue, et le rapport des individus et des groupes sur le plan des différences socioculturelles.

Rapport entre l'humanité et l'environnement naturel

D'abord, si l'on réfléchit aux attributs propres des groupes sociaux et culturels, et que l'on se demande si ceux-ci sont des déterminants de santé, l'on risque de tomber dans le piège de l'ethnocentrisme, c'est-à-dire la valorisation de sa culture par rapport aux autres groupes culturels. Je crois en effet, comme le soulignait Lévi-Strauss (1952), que toutes les formes sociales et culturelles de l'espèce humaine doivent être comprises en tenant compte des circonstances historiques particulières des peuples et interprétées comme des adaptations distinctes à des environnements différents. Or, il me semble que ce relativisme culturel pose un certain problème lorsque vient le temps de réfléchir sur les déterminants de la santé humaine. L'idée ne serait pas de comparer les groupes ethnoculturels entre eux sur la base de valeurs ou de principes moraux, mais plutôt de rechercher à travers la diversité sociale et culturelle les éléments qui seraient les déterminants d'un objectif précis et fondamental : la santé humaine. Si l'on prend l'espèce humaine, pourrait-on affirmer que toutes les manières de s'alimenter ont un même rapport avec quelque chose d'aussi fondamental que la santé ? Existerait-il des façons de faire qui seraient essentielles pour le bien-être de l'humain dans sa manière de se nourrir, d'élever ses enfants ou de se protéger des intempéries de la nature ? Il me semble que l'unique capacité de l'être humain de créer et modifier son milieu peut lui être fatale lorsque le rapport étroit entre la nature et l'humanité est brisé. Je peux pour l'instant illustrer ce point en prenant pour exemple l'alimentation humaine.

L'humain altère et transforme sa propre nourriture. Or, loin d'être un animal qui raisonne, l'humain est animé de passions et de désirs, de haines et de tourments. Le motif de ses créations n'est donc pas uniquement dirigé par la raison, mais aussi par l'ensemble de ces pulsions. Il ne produira pas forcément une nourriture saine et équilibrée qui serait bonne pour la santé, mais qui lui sera bonne pour d'autres raisons : elle

lui procurera du plaisir, de la gloire, de la reconnaissance ou de la fortune. D'autre part, l'être humain en tant que créateur est aussi en constante expérimentation et celle-ci est limitée par les moyens et les méthodes qu'il développe. Le développement de la nanotechnologie et de la génétique, par exemple, a permis à l'humain d'œuvrer à un niveau infiniment petit de la molécule et du gène. Dans cette entreprise incroyable, le potentiel d'altération des aliments est considérable, et les risques de destruction des éléments nutritifs le sont autant. Fondamentalement, ce pouvoir d'altérer et de détruire les aliments naturels via l'expérimentation devient problématique pour la santé humaine à mesure que le niveau d'altération et de destruction augmente.

Je crois que la distanciation prononcée entre l'alimentation humaine et l'alimentation naturelle est le plus grand risque de santé qu'encourt aujourd'hui l'espèce humaine. Au fil du temps, le système d'alimentation global produit des quantités toujours plus grandes d'aliments transformés qui sont essentiellement différents des aliments issus de la nature (Swinburn et autres, 2011). L'effet délétère d'une surconsommation d'aliments ultra-transformés sur la prise de poids et le développement de maladies chroniques préoccupe aujourd'hui des chercheurs en santé mondiale (Monteiro et autres, 2010). Ainsi, on pourrait juger que, dans l'ensemble, la culture alimentaire propre à la civilisation occidentale est dénaturée et malsaine, alors que celles de nombreuses cultures traditionnelles à travers le monde qui conservent un rapport étroit avec la nature seraient par conséquent plus saines.

Rapports entre les groupes humains

Le second type de rapports qui exerceraient des effets déterminants sur la santé comprendrait les relations dynamiques qui existent entre les groupes humains dans l'espace social. Il s'agit des rapports qui se fondent sur la frontière externe de l'ethnicité (Juteau, 1999). Les relations entre les groupes dans l'espace social caractérisent la lutte des classes socioéconomiques, l'intégration des immigrants au sein de la communauté d'accueil, les comportements racistes et discriminatoires des individus, les tensions interethniques, etc. Ces relations se basent sur les différences qui existent entre les groupes humains sur les plans biologique, social et culturel : différences de physionomie, de comportement, de style, de langage, de classe socioéconomique ou de croyance religieuse. Ces relations forment la pauvreté, l'exclusion sociale, la discrimination et la violence, qui sont tous des déterminants fondamentaux de santé. Elles produisent des différences entre les groupes, notamment en matière d'accès aux services de santé, à la nourriture, aux ressources et aux opportunités sociales, et de compréhension, de participation et d'adhésion aux modèles médicaux dominants.

Les relations entre les groupes humains sont produites et maintenues, comme le disent Potvin et Lamarre (2009), par les activités des individus qui agissent seuls ou de concert, sciemment ou par ignorance. Il serait

important à notre avis de mettre l'accent sur le fait que les disparités de santé naissent de ces rapports entre les groupes, et pas toujours de la nature même des groupes. La différence de raisonnement implique un choix particulier de méthode et enfin d'action en matière de santé publique. Par exemple, lorsqu'une étude rapporte des différences de santé entre les Noirs et les Blancs, elle démontre l'effet d'un phénomène qui relève des rapports ethnoraciaux entre ces groupes qui sont empreints de discrimination, de racisme ou d'exclusion. Dans ce cas, il faudrait développer des mesures précises qui rendent compte réellement du phénomène mesuré, car souvent les études épidémiologiques utilisent la variable de la race pour étudier les effets de la discrimination sur la santé plutôt qu'une mesure réelle de discrimination (Muntaner, 1999). Plusieurs études qui rapportent des disparités de santé entre les groupes ethnoraciaux concluent en recommandant des interventions spécifiquement axées sur les groupes affectés, alors qu'en réalité ce sont les rapports mêmes qu'il faudrait considérer. Le fait d'être Noir ou Blanc n'a rien à voir avec la problématique de santé; ce sont plutôt des rapports entre les groupes au sein de l'espace social que naissent les inégalités. La diversité de langage est un autre excellent exemple de l'importance d'examiner les rapports entre expressions socioculturelles, plutôt que leur nature en soi. Aux États-Unis, on rapporte qu'une faible compétence langagière est associée à une plus grande prévalence de problèmes de santé chez les immigrants (Levine et autres, 2009). Or, le fait de parler une langue distincte est uniquement un facteur problématique en contexte d'immigration ou de contact culturel.

L'importance des rapports ethniques en matière de santé humaine peut être davantage illustrée en prenant le cas de l'actuelle pandémie mondiale de maladies chroniques. Par exemple, à l'heure où l'industrie agroalimentaire occidentale envahit et transforme les marchés alimentaires locaux à travers le monde, comment s'effectuent les rapports de pouvoir entre cette industrie occidentale et les traditions culinaires locales en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud ? L'impact de la diète occidentale, dont les effets délétères sur la santé sont de plus en plus démontrés, est-il le même pour les individus issus de divers groupes humains ? Pour reprendre l'idée de la résistance culturelle de Barth (1969), comment divers groupes d'immigrants réagissent-ils face à cette occidentalisation des pratiques alimentaires ? Comment expliquer que certains individus ou certains groupes maintiennent leurs traditions alimentaires dans ce contexte, alors que d'autres accueillent le changement avec positivisme (Satia-Abouta et autres, 2002) ? Comment l'acte alimentaire est-il utilisé comme un symbole de distinction ou d'intégration sociale à la modernité (Roy, 2003) ? Ces questions sont toutes d'actualité et renvoient aux rapports socioculturels entre les individus et les groupes. Comme le souligne Juteau (1999), il faut étudier le dynamisme, la persistance, l'expansion, la contraction, l'érosion et la multiplication des frontières ethniques au sein de l'espace social.

Conclusion

En tant que chercheurs réfléchissant sur des problématiques de santé mondiale, nous sommes appelés à ouvrir les frontières de nos champs d'expertise respectifs et à adopter une perspective transdisciplinaire, celle qui constituerait une des bases de l'*Universidade Nova* (Filho, 2007). Cette ouverture devient incontournable en ce début du XXIe siècle, puisque l'hyperspécialisation des sciences au cours du siècle précédant a engendré la production d'une multitude de connaissances qui démontrent plus que jamais que les phénomènes de santé humaine relèvent de l'intersection de la biologie, du social et du culturel. Une lecture strictement biologique ou culturelle de la diversité et de ses rapports à la santé humaine serait incomplète. Il faudrait aussi éviter de racialiser systématiquement toutes les problématiques de santé comme c'est présentement le cas aux États-Unis (Cloos, 2010).

Pour ce qui est de la diversité biologique, nous devons partir de l'idée que celle-ci doit se concevoir à l'échelle individuelle, plutôt qu'au niveau des groupes. Les avancées en épigénétique suggèrent que les distinctions individuelles sur le plan biologique naissent de l'expression différentielle des gènes sous l'influence d'environnements socioculturels distincts. En somme, l'expression socioculturelle peut engendrer une expression biologique à travers les mécanismes épigénétiques. J'en déduis que l'interaction entre la diversité socioculturelle et la biologie humaine serait un objet d'étude important du rapport entre la diversité et la santé humaine.

Cependant, l'objet d'étude qui m'apparaît le plus fondamental serait l'examen des rapports entre les individus au sein du groupe, et entre les groupes sociaux et ethnoculturels. Les inégalités sociales, économiques et politiques doivent servir de fondement à l'analyse des rapports entre les groupes humains (Juteau, 1999). Je pense aussi qu'il est possible de réfléchir sur des déterminants universels de santé humaine, qui se fonderaient sur une analyse des rapports entre l'humanité dans son ensemble et l'environnement naturel dans lequel elle évolue. Enfin, je crois qu'une vision positive de la diversité humaine pourrait amener des avancements considérables à la compréhension des disparités de santé à l'échelle globale. Par exemple, est-ce que la diversité de plats culinaires propres aux traditions culturelles pourrait faire avancer les recherches sur le plan de la nutrition humaine ?

Références bibliographiques

Ahdieh, L. et R.A. Hahn, 1996. « Use of the terms 'race', 'ethnicity', and 'national origins': a review of articles in the American Journal of Public Health, 1980-1989 », *Ethnicity & Health*, vol. 1, n° 1, p. 95-98.

Barth, F., 1969. *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference. (Results of a symposium held at the University of Bergen, 23rd to 26th February 1967)*, Bergen / London, Universitetsforlaget / Allen & Unwin.

Bibeau, G., 2004. *Le Québec Transgénique: science, marché et humanité*, Montréal, Boréal.

Boas, F., 1940. *Race, language and culture*, New York, The Macmillan Company.

Bourdieu, P., 1979. *La Distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.

Chandler, M.J. et C. Lalonde, 2000. « Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth », *Lifenotes : A Suicide Prevention and Community Health Newsletter*, vol. 5, nº 1, p. 10-11.

Chaturvedi, N., 2001. « Ethnicity as an epidemiological determinant - crudely racist or crucially important ? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, nº 5, p. 925-927.

Cloos, P., 2010. *La racialisation comme constitution de la différence : une ethnographie documentaire de la santé publique aux États-Unis*, Ph.D. en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal.

Comstock, R.D., E.M. Castillo et S.P. Lindsay, 2004. « Four-year review of the use of race and ethnicity in epidemiologic and public health research », *American Journal of Epidemiology*, vol. 159, nº 6, p. 611-619.

Cooper, R. et R. David, 1986. « The biological concept of race and its application to public health and epidemiology », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 11, nº 1, p. 97-116.

Cummins, S., S. Curtis, A.V. Diez-Roux et S. Macintyre, 2007. « Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach », *Social Science & Medicine*, vol. 65, nº 9, p. 1825-1838.

Dressler, W.W., K.S. Oths et C.C. Gravlee, 2005. « Race and ethnicity in public health research: Models to explain health disparities », *Annual Review of Anthropology*, vol. 34, p. 231-252.

Filho, N.A., 2007. *Universidade nova: textos criticos e esperancosos*, Bahia, Universidade de Brazil.

Ford, C.L. et N.T. Harawa, 2010. « A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research », *Social Science & Medicine*, vol. 71, nº 2, p. 251-258.

Frieden, T.R., 2011. « Forward: CDC Health Disparities and Inequalities Report - United States, 2011 », *MMWR Surveillance Summary*, vol. 60 Suppl., p. 1-2.

Fullilove, M.T., 1998. « Comment: abandoning "race" as a variable in public health research - an idea whose time has come », *American Journal of Public Health*, vol. 88, nº 9, p. 1297-1298.

Gravlee, C.C., 2009. « How race becomes biology: embodiment of social inequality », *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 139, nº 1, p. 47-57.

Hyman, I., 2004. « Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants: what is the evidence and where are the gaps ? », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, nº 3, p. 14-8.

Jorde, L.B. et S.P. Wooding, 2004. « Genetic variation, classification and 'race' », *Nature Genetics*, vol. 36, nº 11 Suppl., p. S28-33.

Juteau, D., 1999. *L'ethnicité et ses frontières*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Krieger, N., 1999. « Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination », *International Journal of Health Services*, vol. 29, nº 2, p. 295-352.

Lévi-Strauss, C., 1952. *Race et Histoire*, Paris, Unesco.

Levine, D.A., J.J. Allison, A. Cherrington, J. Richman, I.C. Scarinci et T.K. Houston, 2009. « Disparities in self-monitoring of blood glucose among low-income ethnic minority populations with diabetes, United States », *Ethnicity& Disease*, vol. 19, nº 2, p. 97-103.

Marmot, M., 2011. « Global action on social determinants of health », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, nº 10, p. 702.

Marmot, M.G., G. Rose, M. Shipley et P.J. Hamilton, 1978. « Employment grade and coronary heart disease in British civil servants », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 32, nº 4, p. 244-249.

Massé, R., 1995. *Culture et Santé Publique*, Montréal, Gaëtan-Morin.

McGowan, P.O., A. Sasaki, A.C. D'Alessio, S. Dymov, B. Labonte, M. Szyf, G. Turecki et M.J. Meaney, 2009. « Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse », *Nature Neuroscience*, vol. 12, nº 3, p. 342-348.

Meintel, D., 1993. « Introduction : nouvelles approches constructivistes de l'ethnicité », *Culture*, vol. 13, nº 2, p.10-16.

Monteiro, C.A., R.B. Levy, R.M. Claro, I.R. Castro et G. Cannon, 2010. « A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing », *Cadernos de Saude Pública*, vol. 26, nº 11, p. 2039-2049.

Muntaner, C., 1999. « Invited commentary: social mechanisms, race, and social epidemiology », *American Journal of Epidemiology*, vol. 150, nº 2, p. 121-126; discussion p. 127-128.

Nakanishi, S., M. Okubo, M. Yoneda, K. Jitsuiki, K. Yamane et N. Kohno, 2004. « A comparison between Japanese-Americans living in Hawaii and Los Angeles and native Japanese: the impact of lifestyle westernization on diabetes mellitus », *Biomedical Pharmacotherapy*, vol. 58, nº 10, p. 571-577.

Naqshbandi, M., S.B. Harris, J.G. Esler et F. Antwi-Nsiah, 2008. « Global complication rates of type 2 diabetes in Indigenous peoples: A comprehensive review », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 82, nº 1, p. 1-17.

Polednak, A.P., 1989. *Racial and ethnic differences in disease*, New York, Oxford University Press.

Potvin, L. et M.C. Lamarre, 2009. « [Coordination between national and local initiatives in order to strengthen health promotion] », *Global Health Promotion*, vol. 16, nº 4, p. 75-82.

Romualdi, C., D. Balding, I.S. Nasidze, G. Risch, M. Robichaux, S.T. Sherry, M. Stoneking, M.A. Batzer et G. Barbujani, 2002. « Patterns of human diversity, within and among continents, inferred from biallelic DNA polymorphisms », *Genome Research*, vol. 12, nº 4, p. 602-612.

Rosenberg, N.A., J.K. Pritchard, J.L. Weber, H.M. Cann, K.K. Kidd, L.A. Zhivotovsky et M.W. Feldman, 2002. « Genetic structure of human populations », *Science*, vol. 298, nº 5602, p. 2381-2385.

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, Presses de l'Université Laval.

Satia-Abouta, J., R.E. Patterson, A.R. Kristal, C. Teh et S.P. Tu, 2002. « Psychosocial predictors of diet and acculturation in Chinese American and Chinese Canadian women », *Ethnicity & Health*, vol. 7, nº 1, p. 21-39.

Shriver, M.D. et R.A. Kittles, 2004. « Genetic ancestry and the search for personalized genetic histories », *Nature Reviews Genetics*, vol. 5, nº 8, p. 611-618.

Smedley, A., 1993. *Race in North America : origin and evolution of a worldview*, Boulder, Colo., Westview Press.

Stolley, P.D., 1999. « Race in epidemiology », *International Journal of Health Services*, vol. 29, nº 4, p. 905-909.

Swinburn, B.A., G. Sacks, K.D. Hall, K. McPherson, D.T. Finegood, M.L. Moodie et S.L. Gortmaker, 2011. « The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments », *Lancet*, vol. 378, nº 9793, p. 804-814.

Wasserman, D., Q. Cheng et G.X. Jiang, 2005. « Global suicide rates among young people aged 15-19 », *World Psychiatry*, vol. 4, nº 2, p. 114-120.

Weber, M., 1971. « Les relations communautaires ethniques », *Économie et Société* (Tome 1), Paris, Plon.

Whiting, D.R., L. Guariguata, C. Weil et J. Shaw, 2011. « IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030 », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 94, nº 3, p. 311-321.

PARTIE 2

APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

Y A-T-IL UNE PLACE POUR LES ANALYSES ORGANISATIONNELLES DANS LE CHAMP DES APPROCHES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES EN RECHERCHE EN SANTÉ MONDIALE ?

Daniel Reinharz

Introduction

Il n'est nullement besoin de s'étendre sur l'intérêt de se préoccuper du bon usage des ressources dans les pays à bas ou moyen revenu (PBMR). Le bon usage est vu comme un facteur clef d'optimisation des indicateurs de santé (Behague et autres, 2009). Par bon usage des ressources, on admet communément des décisions sur les allocations de ressources disponibles basées sur des données probantes, c'est-à-dire des données provenant d'études réalisées avec des approches reconnues comme valides dans les milieux scientifiques.

Les données probantes recherchées pour la prise de décision sont alors essentiellement de trois types : 1) sur les besoins; 2) sur l'efficacité des interventions susceptibles de répondre à ces besoins; 3) sur l'implantabilité et la fonctionnalité de ces interventions.

Les deux premiers types relèvent principalement d'une discipline, l'épidémiologie. Quant au troisième, il fait plutôt référence à des approches qui se rattachent à plusieurs disciplines, mais qu'on identifie sous un vocable : les analyses organisationnelles. On peut définir les analyses organisationnelles comme étant des études portant sur la dynamique des acteurs et son impact sur l'efficacité et l'efficience de l'organisation.

La dynamique des acteurs est effectivement au cœur de la fonctionnalité d'un programme ou d'une intervention. Lutter contre la malnutrition, par exemple, requiert de pouvoir la prévenir, la dépister et de savoir la corriger (UNICEF, 1998). Les expertises et ressources requises sont donc diverses et nombreuses. Elles impliquent, entre autres, l'agriculture, la santé publique, la santé clinique, l'éducation. Ces disciplines ont alors à collaborer, car chacune détient une expertise propre dont la complémentarité avec celles des autres disciplines est le garant de sa pleine efficacité. Effectivement, si ces disciplines agissent de manière isolée, elles sont peu efficaces : dépister sans répondre à un besoin ou offrir des services sans dépister est peu utile. La collaboration est la clef de l'optimisation des programmes visant l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Pour les pays les plus pauvres qui ont peu de ressources, se préoccuper de ce point est sans doute un contributeur-clef de l'amélioration des indicateurs de santé. C'est à travers les analyses organisationnelles que les chercheurs peuvent étudier les facteurs qui influencent les collaborations.

Le fait que les organisations sont fondamentalement au cœur de toute activité humaine amène toutes les disciplines scientifiques à s'y intéresser, mais avec l'angle particulier qui est le leur (Hatch, 2006; Tompkins et Jonathan, 2005). Les diverses écoles de pensée qui ont cours dans les disciplines scientifiques apportent ainsi chacune des éléments d'interprétation des organisations, qui sont originales et qui s'avèrent complémentaires les unes des autres.

On peut émettre l'hypothèse que la plénitude et la diversité des approches utilisées dans les analyses organisationnelles expliquent, en partie tout au moins, pourquoi, dans les PBMR avant tout, les analyses organisationnelles sont moins fréquentes que les études de besoins ou celles portant sur l'efficacité des interventions. Comme elles se réfèrent à un éventail de paradigmes, les résultats de telles études ne sont pas toujours facilement interprétables par un preneur de décision, surtout lorsqu'il n'est pas familier avec les concepts à la base de l'approche méthodologique utilisée.

Et pourtant, l'apport des analyses organisationnelles à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des interventions n'est pas marginal. On ne peut apprécier une intervention lorsqu'on ne sait pas si cette intervention fonctionne tel qu'attendu. Les analyses organisationnelles sont en fait incontournables dans une optique de recherche d'efficacité des interventions.

Ce chapitre vise à soutenir, sans prétention aucune, l'intérêt pour les analyses organisationnelles, en présentant une approche communément utilisée par l'auteur, qui est simple et qui ne nécessite pas la maîtrise d'un bagage théorique en sciences sociales pour se l'approprier. L'approche qui sera décrite ne prétend pas être originale ni être plus pertinente que les nombreuses autres qui sont utilisées dans de telles analyses. Elle cherche simplement à être assez simple et informative pour éveiller un désir de l'utiliser tant dans les milieux des scientifiques que dans ceux des décideurs, quelles que soient leurs formations.

Un abord conceptuel pour une approche empirique

L'approche décrite ci-dessous se rattache à une école de pensée, l'école néo-institutionnelle. L'école néo-institutionnelle s'intéresse aux organisations dans leurs interrelations et sous l'influence d'un environnement social. Elle résulte d'une synthèse entre la « vieille » école, qui s'intéressait avant tout aux notions de coalitions, de pouvoir, de valeurs en compétition dans les organisations, et la « nouvelle » école institutionnelle qui elle met l'emphase sur les notions de recherche de légitimité sociale et d'interrelations dans un environnement donné (DiMaggio et Powell, 1983, 1991; Meyer et Rowan, 1991; Powell, 2007; Scott, 2001; Scott et autres, 2000). Vues d'une telle perspective, les organisations sont le produit non seulement de dynamiques internes qui découlent des rapports de force et d'influences dans l'organisation, mais également d'une interaction entre l'organisation et son environnement

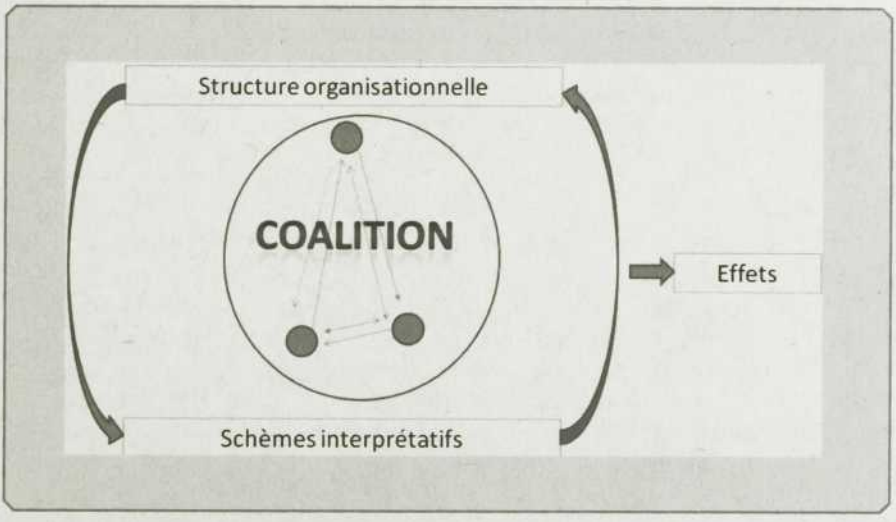
dont le moteur premier est une recherche de légitimité sociale. Les valeurs qui se côtoient dans l'organisation et les valeurs qui se côtoient dans l'environnement sont alors des déterminants de la capacité de l'organisation de mener des activités.

On note que cette perspective conceptuelle apporte une interprétation à un constat : les organisations semblent souvent peu efficaces et peu efficientes, et ce, en dépit du système économique dans lequel elles évoluent et qui les pousse à toujours plus produire à moindres coûts. L'optique néo-institutionnelle permet en effet de mettre en évidence les compromis que l'organisation doit faire pour que ses activités soient en phase avec les valeurs dominantes. Effectivement, cette mise en phase est garante de sa légitimité sociale, et donc de sa capacité de survivre, car il est socialement attendu que l'organisation respecte ces valeurs. Cette recherche de survie pousse donc l'organisation à privilégier cette mise en phase, même si celle-ci implique des activités qui influencent négativement son efficacité et son efficience (DiMaggio et Powell, 1991).

L'outil présenté ci-dessous qui s'inspire de deux théories, la théorie des coalitions et la théorie de la dialectique entre structure organisationnelle et schèmes interprétatifs, tente d'opérationnaliser ces concepts (voir figure 1). Il vise à décrire les organisations à travers le concept de coalition, ainsi que les facteurs organisationnels sous-tendant ce concept.

Figure 1

APPROCHE CONCEPTUELLE POUR DES ANALYSES ORGANISATIONNELLES



Les coalitions sont définies comme des alliances, en général temporaires, entre des acteurs qui ont des intérêts divers, mais qui poursuivent, autour d'un leader unique ou collectif, un but partagé perçu comme pouvant être mieux atteint, si l'utilisation de leurs ressources est coordonnée (Roberts-DeGennaro, 1997). Elles sont caractérisées par trois grandes dimensions qui permettent de décrire les facteurs associés à l'intérêt de participer ou non à la coalition : les transactions, les liens et le contrôle (Lemieux, 1998).

- Les transactions sont liées d'une part aux bénéfices recherchés par les acteurs lorsqu'ils se joignent à la coalition et d'autre part aux atouts ou à la contribution que chacun des acteurs peut apporter à la coalition et qui rend leur participation souhaitable pour les autres;
- Les liens (ou préférences non utilitaires) désignent les relations intangibles, comme les relations professionnelles ou amicales entre les acteurs, qui les amènent à trouver des affinités les conduisant à vouloir collaborer entre eux;
- Le contrôle consiste en la capacité d'un acteur à imposer l'engagement d'autres acteurs dans la coalition.

Les facteurs organisationnels qui sous-tendent ces relations sont, quant à eux, décrits à travers une dialectique qui lie les *structures organisationnelles* (les lois et règlements ainsi que les ressources disponibles) dans lesquelles évoluent les acteurs concernés, et les *schèmes interprétatifs* (les valeurs, les idées et les croyances dominantes chez ces acteurs) (Greenwood et Hinings, 1993, 1996).

Opérationnellement, la *structure organisationnelle* s'appréhende par l'étude des trois dimensions suivantes : a) les rôles et responsabilités des groupes d'acteurs; b) les mécanismes de décision utilisés par ces groupes d'acteurs; c) les modalités de gestion des ressources humaines et matérielles propres à ces groupes d'acteurs. Quant aux *schèmes interprétatifs*, ils sont décrits à travers trois dimensions : a) la perception des groupes d'acteurs de ce que devrait être le domaine d'activités de chaque membre d'une coalition; b) les principes sous-jacents souhaités par ces groupes d'acteurs pour le fonctionnement de la coalition; c) les procédures et les critères d'évaluation les plus pertinents, selon eux, pour pouvoir atteindre les objectifs de la coalition.

L'abord d'une problématique organisationnelle à partir de ces deux approches conceptuelles permet de considérer l'organisation comme étant le résultat d'interactions entre de nombreux groupes d'acteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Ces interactions sont contraintes et facilitées par une dialectique qui lie les structures (la structure organisationnelle) dans lesquelles chacun agit et les idées, les croyances et les valeurs (les schèmes interprétatifs) qui prédominent chez eux. Cette dialectique les amène ainsi à plus ou moins collaborer.

Avec une telle approche, il est possible d'étudier :

- L'état de collaboration entre les différents acteurs concernés;
- L'état de convergence des schèmes interprétatifs des groupes d'acteurs concernés, soit la convergence des idées, des croyances et des valeurs par rapport à une problématique donnée, ainsi que les facteurs (à travers les dimensions des schèmes interprétatifs) qui favorisent ou contrarient ces collaborations;
- L'état de cohérence entre la structure organisationnelle et les schèmes interprétatifs, c'est-à-dire le degré de satisfaction des acteurs quant à la manière dont les ressources sont organisées, ainsi que les facteurs (à travers les dimensions de la structure organisationnelle) qui favorisent ou contrarient leur niveau de satisfaction.

Ces trois aspects permettent de décrire les relations entre groupes d'acteurs concernés et de définir les éléments de la structure organisationnelle et des schèmes interprétatifs, qui sont susceptibles de devenir des cibles d'action réalistes, car elles tiennent compte de la spécificité du cas étudié, pour renforcer les collaborations. Effectivement, une non-convergence de schèmes mène à des désaccords et à un jeu de pouvoir entre les acteurs divergents : elle nécessite des stratégies pour les amener à partager une vision et ainsi collaborer. Et une non-cohérence amène à des insatisfactions quant aux conditions dans lesquelles les acteurs ont à remplir leur mission. Connaître les dimensions de la dialectique, c'est-à-dire celles qui sont associées à une non-cohérence, permet d'identifier où agir pour amener l'organisation vers une cohérence, et donc un état de satisfaction de tous par rapport à la manière de travailler ensemble.

Comment s'insère alors une telle approche dans le champ de la socio-anthropologie de la santé ? Essentiellement par le rôle-clef des schèmes interprétatifs, puisque ceux-ci font référence aux croyances, idées et valeurs des différents groupes concernés, qui sont des concepts fondamentaux du ressort de cette perspective.

Une illustration

L'exemple qui suit présente une application de l'approche présentée ci-dessus à une problématique de pays à bas revenu. Il porte sur une analyse organisationnelle des efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle à Madagascar (Harimanana et autres, 2011).

Madagascar, avec un taux de mortalité maternelle estimé à 469/100 000 naissances vivantes en 2003, a pour objectif d'atteindre un taux inférieur à 127/100 000 en 2015 (UNFPA Madagascar, 2008). La mise en œuvre de son programme de lutte contre cette mortalité implique de nombreux acteurs, tant publics que privés, nationaux

qu'internationaux. Les acteurs concernés sont nombreux car les cibles à atteindre pour réduire la mortalité maternelle sont diverses et exigent plusieurs expertises et expériences qu'une seule organisation ne peut détenir. On peut raisonnablement présumer que l'impact propre à ces diverses ressources devrait être potentialisé si ces ressources fonctionnaient de concert, de manière coordonnée et de façon à exploiter au mieux leurs complémentarités. Cet aspect est d'autant plus crucial que Madagascar est un des pays les plus pauvres de la planète et qu'il vit des crises politiques qui contraignent profondément l'action des acteurs sur le terrain.

C'est dans ce contexte qu'en 2010 une analyse organisationnelle de la lutte contre la mortalité maternelle à Madagascar a été réalisée (Harimanana et autres, 2011). La collecte de données a consisté à rassembler des documents pertinents et à réaliser 53 entrevues avec des personnes ressources appartenant à des organisations concernées aux niveaux central, régional et local. L'information recueillie a été analysée à partir d'une matrice permettant d'identifier l'information relative à chacune des dimensions du cadre conceptuel décrit ci-dessus. Cette matrice a permis d'identifier, dans une première étape, les groupes d'acteurs principaux ainsi que l'état des relations entre eux grâce aux trois dimensions du cadre théorique des coalitions. Dans une deuxième étape, elle a permis d'identifier, pour chaque acteur, l'état de la structure organisationnelle dans laquelle il évolue et celui de ses schèmes interprétatifs. Le croisement de l'information de ces deux étapes a amené à devoir distinguer deux moments clefs : l'élaboration des politiques de réduction de la mortalité maternelle et leurs implantations sur le terrain.

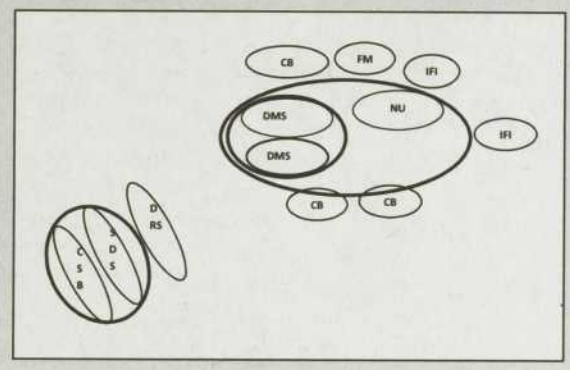
Les acteurs impliqués et l'état de leurs collaborations au moment de l'élaboration des politiques sont schématisés dans la figure 2.

Cette figure permet de mettre en évidence deux premiers constats : le leadership de la lutte contre la mortalité maternelle à Madagascar est éclaté entre deux unités du ministère de la Santé et une agence des Nations Unies. D'ailleurs, les autres acteurs ont de la difficulté à identifier où se trouve le réel pouvoir de mener l'élaboration des politiques. D'autre part, il y a un fossé qui sépare le terrain du leadership. Au sein du leadership éclaté et avec son environnement immédiat, les liens sont essentiellement de types *transactions*. En périphérie, les liens sont de type *contrôle*. Mais dans les deux cas, les liens sont faibles.

Quant aux acteurs impliqués dans l'implantation de la politique de réduction de la mortalité maternelle, ils sont représentés dans la figure 3.

Figure 2

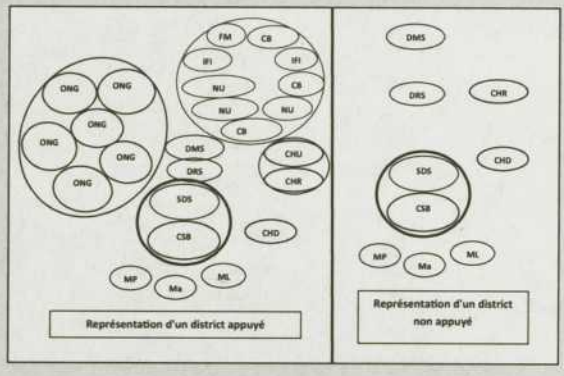
Acteurs et relations entre eux, lors de l'élaboration de politiques visant la réduction de la mortalité maternelle à Madagascar



CB : coopération bilatérale; FM : Fonds mondial; IFI : Institution financière internationale; NU : agence des Nations Unies; DMS : département/unité du ministère de la Santé; CSB : centre de santé de base; SDS : service de district de la santé; RDS : direction régionale de la santé. Les cercles gras représentent des acteurs ayant des liens forts entre eux.

Figure 3

Acteurs et relations entre eux, lors de l'implantation des politiques visant la réduction de la mortalité maternelle à Madagascar



ONG : Organisation non gouvernementale; FM : Fonds mondial; CB : coopération bilatérale; IFI : institution financière internationale; NU : agence des Nations Unies; CHU : centre hospitalier universitaire; CHR : centre hospitalier régional; CHD : centre hospitalier de district; ; DMS : département/unité du ministère de la Santé; CSB : centre de santé de base; SDS : service de district de la santé; DRS : direction régionale de la santé; MP : médecine privée; Ma : matrones privées; ML : services pour militaires.

Ce schéma illustre deux situations-types que l'on retrouve dans le pays : la première situation est celle de districts soutenus. La deuxième est celle de districts dans une large mesure laissés à eux-mêmes. Le soutien, lorsqu'il est présent, est financier *et* technique et est apporté en général par des ONG locales *et* internationales. Il y a effectivement dans cette situation une tendance à la convergence de l'aide. L'implication des quelques ONG amène d'autres organismes, nationaux et internationaux, à également vouloir s'impliquer. Cependant, l'offre de services reste fractionnée en des regroupements d'acteurs qui par affinités collaborent entre eux, mais sans leadership clair pour forcer l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles localement. Dans le deuxième cas, c'est essentiellement des liens intangibles, c'est-à-dire basés sur des relations interpersonnelles, qui assurent, là où ce lien peut être mis en évidence, une certaine collaboration entre des acteurs appartenant à des organisations différentes.

À l'étape d'élaboration des politiques, les analyses montrent que le peu de liens qui existent entre le terrain et le ministère de la Santé contraint ce dernier dans sa capacité d'assumer un leadership, essentiellement du fait qu'il est largement dépourvu d'information sur la santé maternelle au niveau local. En conséquence, les politiques édictées sont perçues comme menant à des programmes trop généraux, mal conçus, sans grande considération pour les synergies à exploiter entre les ressources existantes. Le fossé entre les niveaux central et régional/local s'explique avant tout par un problème de ressources humaines : des compétences minées par le favoritisme et la corruption, et un fort roulement d'un personnel qui trouve peu d'incitatifs pour rester dans le système public. C'est la dimension « gestion des ressources humaines et matérielles » de la structure organisationnelle qui s'avère l'élément à particulièrement considérer. Aussi, cette dimension est à mettre en relation avec les trois dimensions des schèmes interprétatifs, qui toutes sont perçues comme étant problématiques : les rôles et responsabilités ne sont pas distribués selon les compétences existantes. Les principes d'organisation ne reposent pas sur des connaissances des dynamiques locales. Et le leadership gouvernemental est peu préoccupé par la recherche d'information provenant du terrain. Ces trois dimensions des schèmes interprétatifs peuvent être considérées comme des cibles stratégiques à considérer en préalable à tout changement de structure, et donc à tout renforcement des collaborations.

À l'étape de l'implantation et du fonctionnement des programmes, on peut mettre en évidence une faible mobilisation des ressources de terrain, surtout lorsqu'il n'y a pas de soutien d'ONG ni d'organismes des Nations Unies. Cette faible mobilisation touche tout particulièrement les médecins et les matrones qui travaillent en dehors du système public, et qui se sentent peu interpellés pour s'investir dans des programmes mis en place par le gouvernement. Par rapport à la structure organisationnelle, cette faible participation interpelle deux dimensions : les rôles et responsabilités et la gestion des ressources. Ces deux dimensions sont à mettre en lien avec deux dimensions des schèmes interprétatifs : la perception du domaine d'activité de chacun (les acteurs ne partagent pas les vues des autorités

quant à une obligation morale de participer à un effort collectif) et les principes sous-jacents à la gestion de l'ensemble des ressources (les acteurs n'ont pas d'incitatifs pour s'impliquer dans des programmes gérés par le secteur public). Dans ce cas, les données laissent supposer que ce sont les structures qui doivent en premier lieu être considérées pour renforcer les collaborations : sans incitatifs pour amener les membres du secteur privé à collaborer à un effort collectif, les schèmes interprétatifs ont peu de chance de changer.

Les conséquences de ces dynamiques entre acteurs concernés sont que le ministère n'a pas les moyens pour assumer un leadership pourtant nécessaire, que les programmes nationaux ne sont pas assez adaptés aux particularités locales, et que les collaborations indispensables au niveau local sont déficientes. La diminution de la mortalité maternelle à Madagascar est non seulement un possible problème de manque de ressources, financières, matérielles et humaines, mais également un problème organisationnel. L'atteinte des objectifs du millénaire pour ce qui a trait à la diminution de la mortalité maternelle dans le pays émerge comme peu réaliste tant que les aspects organisationnels n'auront pas été abordés.

Conclusion

L'exemple présenté ci-dessus tente d'illustrer, d'une part, l'apport des analyses organisationnelles à la compréhension de la capacité des systèmes de santé de répondre à un objectif visé et, d'autre part, l'intérêt d'intégrer de telles analyses dans le champ de la socio-anthropologie de la santé. Dans un pays comme Madagascar, l'impact du manque de ressources sur la capacité de lutter contre la mortalité maternelle ne peut être nié. Mais beaucoup peut être fait avec les ressources et des expertises existant. Or, l'exploitation de ces ressources est souvent peu rationnelle. En conséquence, l'efficacité et l'efficience des efforts mis en place sont faibles. Et pourtant, c'est d'efficacité et d'efficience dont le pays a besoin pour affronter avec les ressources qui sont les siennes et dans la situation politique qu'il connaît, des taux de mortalité maternelle qui sont encore 40 fois plus élevés que ceux trouvés dans les pays occidentaux.

Repenser l'organisation des services est dès lors difficilement contournable. Repenser l'organisation des services implique de devoir considérer non seulement les structures, mais également le système de valeurs et de croyances, qui interagit avec les structures pour contraindre et habiliter les acteurs à collaborer entre eux. Vues à travers une telle lunette, les analyses organisationnelles ne peuvent être entreprises sans s'insérer dans le vaste champ de la socio-anthropologie de la santé. Cette insertion est nécessaire pour amener l'organisation vers la voie de l'optimisation, et ce, pour le bénéfice d'une population qui meurt trop encore de causes évitables, justement parce que la dialectique entre structures organisationnelles et schèmes interprétatifs n'est encore pas assez présente dans l'esprit des décideurs.

Références bibliographiques

Behague, D., C. Tawiah, M. Rosato, T. Some et J. Morrison, 2009. « Evidence-based policy-making: the implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries », *Social Science & Medicine*, vol. 69, n° 10, p. 1539-1546.

DiMaggio, P.J. et W.W. Powell, 1983. « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, vol. 48, p. 147-160.

DiMaggio, P.J. et W.W. Powell, 1991. « Introduction », dans W.W. Powel et P.J. DiMaggio (ed.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press, p. 1-38.

Greenwood, R. et C.R. Hinings, 1993. « Understanding strategic change: the contribution of archetypes », *The Academy of Management Journal*, vol. 36, n° 5, p. 1052-1081.

Greenwood, R. et C.R. Hinings, 1996. « Understanding radical organizational change: bringing together the old and new institutionalism », *Academy of Management Review*, vol. 21, n° 4, p. 1022-1054.

Harimanana, A., H. Barennes et D. Reinharz, 2011. « Organizational analysis of maternal mortality reduction programs in Madagascar », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 26, n° 3, p. e186-e196.

Hatch, M.J., 2006. *Organization Theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives*, Oxford, N.Y., Oxford University Press, 2nd ed.

Lemieux, V., 1998. *Les coalitions - Liens, transactions et contrôles*, Paris, Presses universitaires de France.

Meyer, J. et B. Rowan, 1991. « Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony », dans W.W. Powel et P.J. DiMaggio (ed.),*The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.

Powell, W.W., 2007. « The New Institutionalism », *The International Encyclopedia of Organization Studies The International Encyclopedia of Organization Studies*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publishers.

Roberts-DeGennaro, M., 1997. « Conceptual framework of coalitions in an organizational context », *Journal of Community Practice*, vol. 4, n° 1, p. 91-107.

Scott, R.W., 2001. *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 2nd ed.

Scott, R.W., M. Ruef, P. Mendel et C. Caronna, 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Tompkins, J.R. et R. Jonathan, 2005. *Organization Theory and Public Management*, Independence, Ky., Thomson Wadsworth.

UNFPA Madagascar, 2008. *Analyse de situation*, UNFPA. http://madagascar.unfpa.org/SR.html

UNICEF, 1998. *The State of the World's children 1998*, New York, UNICEF.

MÉTHODES MIXTES ET SANTÉ MONDIALE

Pierre Pluye

Introduction

Les méthodes mixtes sont de plus en plus fréquemment utilisées en sciences de la santé. Une recherche qui utilise les méthodes mixtes peut être définie de la manière suivante : dans ce type de recherche, un chercheur ou une équipe de chercheurs combinent les méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives et quantitatives. Les chercheurs utilisent les méthodes mixtes pour approfondir la compréhension, ou interpréter, ou corroborer des résultats de recherche par la combinaison d'approches ou devis méthodologiques, de techniques de collecte et d'analyse de données.

Depuis le début des années 2000, les méthodes mixtes sont l'objet de livres de références, de journaux spécialisés, de manuels pédagogiques et de lignes directrices (Creswell et Plano Clark, 2010; Pluye, Nadeau et autres, 2009). Cette forme de combinaison des méthodes a été développée notamment en éducation et en recherche évaluative. Elle est utilisée en santé mondiale dès les années 1950. Dans ce chapitre, notre objectif est de présenter un aperçu du développement des méthodes mixtes en santé mondiale. Cet aperçu est fondé sur les principales caractéristiques des méthodes mixtes, notamment les types de devis de recherche, que nous résumons ci-dessous.

Méthodes mixtes

Utiliser des méthodes mixtes vise à conjuguer les forces des méthodes qualitatives et quantitatives. Les premières fournissent des descriptions approfondies de phénomènes complexes, qui font une large part aux aspects contextuels et qui peuvent, théoriquement, être applicables dans d'autres situations. Les types de devis les plus courants concernant les méthodes qualitatives sont les recherches ethnographiques, phénoménologiques, biographiques, et narratives, aussi les études de cas et les études fondées sur la théorisation ancrée. Les méthodes quantitatives examinent habituellement la force des associations entre des variables, et produisent des résultats qui peuvent être généralisés à une population grâce à des inférences statistiques. Les méthodes quantitatives peuvent être classifiées selon qu'elles utilisent des devis expérimentaux, quasi expérimentaux ou observationnels (analytiques ou descriptifs).

Les trois principales raisons de combiner méthodes qualitatives et quantitatives sont les suivantes. Les chercheurs peuvent avoir besoin des méthodes qualitatives pour interpréter des résultats quantitatifs. Ils peuvent avoir besoin des méthodes quantitatives pour généraliser des résultats qualitatifs. Enfin, ils peuvent avoir besoin d'explorer ou

de mieux comprendre un phénomène nouveau (méthodes qualitatives) et d'en mesurer l'ampleur, l'évolution, les causes et les effets (méthodes quantitatives).

Pour en savoir plus, les lecteurs peuvent consulter Pluye (2012) ou le livre de Creswell et Plano Clark (2010). Toute combinaison de devis et de techniques de collecte ou d'analyse de données peut être considérée comme méthode mixte lorsque cette combinaison (a) comprend au moins une méthode qualitative et une méthode quantitative comme par exemple une composante ethnographique et une composante quasi expérimentale, (b) utilise chaque méthode de façon rigoureuse par rapport aux critères généralement admis, et (c) se traduit par une intégration des approches méthodologiques, des devis, des données et des résultats.

La classification usuelle des méthodes mixtes est fondée sur trois types de devis de recherche qui correspondent chacun à un type d'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives. Premièrement, les devis de recherche *séquentiels exploratoires* qui utilisent une méthode qualitative suivie d'une méthode quantitative. En termes d'intégration, les résultats quantitatifs sont mobilisés pour confirmer ou généraliser les résultats qualitatifs. Deuxièmement, les devis *séquentiels explicatifs* qui utilisent une méthode quantitative suivie d'une méthode qualitative. Concernant l'intégration, les résultats qualitatifs sont mobilisés pour interpréter ou expliquer des résultats quantitatifs. Troisièmement, les *devis concomitants* combinent les méthodes quantitatives et qualitatives dès la planification de la recherche, ou au moment de la collecte et de l'analyse des données. Par exemple, ces méthodes peuvent étudier les mêmes phénomènes de manière complémentaire. L'intégration s'effectue au moment de la collecte et de l'analyse des données.

Les techniques de collecte et d'analyse des données peuvent combiner toute technique habituellement utilisée pour la collecte et l'analyse de données qualitatives et quantitatives. L'intégration des données ou des résultats peut s'effectuer (a) en transformant des données qualitatives en données quantitatives ou inversement, ou (b) en présentant séparément les résultats qualitatifs et quantitatifs puis en les intégrant lors de l'interprétation. Par ailleurs, les divergences entre données ou résultats qualitatifs et quantitatifs ne sont pas rares, et trois stratégies principales permettent d'y faire face : réconciliation, initiation, et exclusion (Pluye, Grad et autres, 2009).

Il n'existe pas encore d'outil standard généralement admis pour évaluer la qualité méthodologique des recherches utilisant des méthodes mixtes. Il existe des recommandations pour bien rédiger un rapport de recherche (O'Cathain, Murphy et Nicholl, 2008), et des lignes directrices pour bien planifier une telle recherche. Nous avons proposé ailleurs une procédure et un ensemble minimum de critères pour évaluer la qualité des méthodes mixtes (Pluye, Gagnon et autres, 2009). Ces critères sont disponibles sur internet (Pluye et autres, 2011). Il s'agit : (a) d'évaluer la qualité méthodologique des composantes qualitatives des méthodes

mixtes à partir de critères utilisés pour évaluer les méthodes qualitatives, (b) d'évaluer les composantes quantitatives des méthodes mixtes à partir de critères utilisés en épidémiologie pour évaluer les méthodes quantitatives expérimentales, quasi expérimentales et observationnelles, et (c) d'évaluer la qualité générale des méthodes mixtes en fonction de critères spécifiques, par exemple l'intégration des méthodes.

Comme dernière caractéristique des méthodes mixtes, citons les recensions mixtes des écrits. Dans toute recherche, la recension des écrits constitue un élément essentiel qui permet de préciser les objectifs en fonction de ce qui est déjà connu, ou de discuter les résultats. On connaît les *méta-synthèses* d'études qualitatives, telles les méta-ethnographies, et les *revues systématiques* d'études expérimentales comme les revues Cochrane en santé et les revues Campbell en éducation. On connaît cependant moins les revues mixtes, c'est-à-dire les recensions et synthèses des écrits qui incluent des études qualitatives, quantitatives et mixtes (Pluye, Gagnon et autres, 2009). Par exemple, effectuer une revue mixte permet de faire la synthèse de tout type de connaissances empiriques sur les effets des technologies de recherche de l'information en santé (Pluye et autres, 2005).

Développement des méthodes mixtes en santé mondiale

Pour examiner le développement des méthodes mixtes en santé mondiale, nous présentons un aperçu des recherches pionnières et des publications contemporaines. Nous avons cherché les premiers écrits qui rapportent des méthodes pionnières des méthodes mixtes, c'est-à-dire des méthodes que nous considérons comme « mixtes » (post hoc) alors même que ce concept n'existait pas à l'époque. Avec un documentaliste spécialisé en santé mondiale, nous avons identifié et sélectionné ces recherches pionnières dans les bibliographies fournies par les publications sur les méthodes mixtes en santé mondiale (« *citation tracking* »). Pour recenser ces publications, nous avons cherché dans la banque de données bibliographiques Global Health (de 1973 à février 2011). En utilisant la requête « qualitative AND quantitative » OR « mixed method* » OR « multiple method* », nous avons identifié 204 titres de publications dont 55 rapportaient une recherche utilisant les méthodes mixtes.

Les pionniers

Nous avons trouvé trois types de travaux pionniers en santé mondiale qui préfigurent, entre 1950 et 1970, ce que seront les méthodes mixtes, leur justification, et les difficultés de mise en œuvre. Nous n'avons trouvé aucune recherche qui combinait les méthodes qualitatives et quantitatives avant 1950. Ceci suggère que, jusqu'en 1950, les données qualitatives et quantitatives étaient collectées et analysées de manière séparée. Par exemple, Rowntree (1901) a étudié les effets de la pauvreté sur la santé dans la ville de York en présentant (a) d'une part les résultats d'une analyse

statistique descriptive des données quantitatives issues d'un recensement, puis (b) d'autre part des types de famille en situation de pauvreté, cette classification résultant d'une analyse des données qualitatives collectées via des observations et des entrevues avec les familles. Les données et résultats quantitatifs et qualitatifs n'étaient pas combinés ou intégrés.

Dans les années 1950, Epstein a étudié le monde rural et décrit son travail comme « le mariage idéal entre les approches macro des économistes, et les approches micro des anthropologistes » (1975, p. 29). Il bénéficiait pour cela d'une formation en anthropologie sociale et en économie : la première permettant de générer des hypothèses ancrées sur l'expérience vécue par quelques communautés rurales, et la deuxième permettant de tester ces hypothèses à l'échelle des populations rurales. Sans ce mariage, Epstein déclare : « J'aurais été incapable de comprendre les processus du développement économique rural; mon analyse aurait manqué de profondeur et aurait été largement stérile » (*id.*). En termes contemporains, ce mariage correspond à un devis séquentiel exploratoire.

Cet argument est ensuite généralisé par Lipton (1970) qui propose des améliorations possibles en recherche sur le développement. Pour ce faire, il prône les recherches interdisciplinaires. « Les problèmes de développement dominants des années 1970 ne peuvent pas être résolus sans des études interdisciplinaires » (1970, p. 17). Par exemple, il propose de conduire des études ethnographiques pour générer des hypothèses, suivies d'études économiques pour tester ces hypothèses.

Cette généralisation est nuancée par Lipton et Moore (1972) qui ont examiné les études centrées sur le développement communautaire dans les villages des pays en développement (« *village studies* »). Ces auteurs suggèrent qu'il « y a plus d'échecs que de succès dans les [rares] recherches qui tentent de combiner l'économie et l'anthropologie » (1972, p. 35). En dépit de ces difficultés, ils font état du manque de recherches interdisciplinaires, c'est-à-dire de la polarisation ou du manque d'intégration entre (a) d'une part les recherches qualitatives en anthropologie (par ex., l'observation participante des rituels), et (b) d'autre part les recherches quantitatives en économie (par ex., les enquêtes transversales sur les foyers).

Recension des écrits contemporains

Notre recension des publications suggère que la santé mondiale est un domaine d'application des méthodes mixtes. Les ouvrages méthodologiques de références qui sont cités dans ces publications proviennent principalement de la littérature en évaluation ou en sciences sociales. Les publications en santé mondiale rapportent rarement des travaux méthodologiques sur les méthodes mixtes. Nous avons trouvé cinq publications méthodologiques principales. Elles concernent le développement d'instruments, les évaluations de programmes, et les études de cas internationales. Nous avons analysé ces publications en utilisant notamment les trois types de devis résumés dans la section précédente.

Développement d'instruments

Les travaux de Camfield et autres (2009) portent sur le bien-être. Ces auteurs proposent deux types de devis mixtes. D'une part, les devis séquentiels exploratoires (utilisation d'une méthode qualitative suivie de l'utilisation d'une méthode quantitative) permettent par exemple de générer les facteurs à mesurer (validité de contenu) puis de mesurer la validité de construit des facteurs (analyse factorielle). « Les méthodes qualitatives peuvent être utilisées [...] pour développer des mesures quantitatives pertinentes; [...] [elles] sont essentielles pour comprendre l'expérience des gens en terme de bien-être » (2009, p. 5). D'autre part, les devis séquentiels explicatifs (utilisation d'une méthode quantitative suivie de l'utilisation d'une méthode qualitative) permettent « d'améliorer le pouvoir explicatif, par ex. [de mieux expliquer les résultats] des enquêtes auprès des ménages » (*id.*).

Évaluations

Les rapports de la Banque mondiale proposent les trois types de devis mixtes pour évaluer les programmes en santé mondiale (Carvalho et White, 1997; Chung, 2000; White, 2008). Ces rapports mettent notamment l'emphase sur l'intégration des méthodes qualitatives et quantitatives dans une politique ou un ensemble de recommandations. Par exemple, ils proposent trois types d'intégration des résultats obtenus par une méthode avec les résultats obtenus par une autre méthode. Les devis séquentiels exploratoires permettent « d'enrichir » des résultats statistiques (utilisation d'une méthode qualitative suivie de l'utilisation d'une méthode quantitative). Les devis séquentiels explicatifs permettent « d'expliquer » des résultats statistiques (utilisation d'une méthode quantitative suivie de l'utilisation d'une méthode qualitative). Les devis convergents ou concomitants permettent de « confirmer ou réfuter » des résultats obtenus par une méthode avec des résultats obtenus par une autre méthode.

Études de cas internationales

Enfin, le rapport du *Economic and Social Research Council* (Hulme, 2007) mentionne les forces de la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives pour conduire des études de cas internationales, notamment pour comparer des pays, et une principale limite. L'utilisation des méthodes mixtes engendre des coûts additionnels comparés aux études « solo » pour trois raisons. Ces méthodes nécessitent plus de chercheurs, c'est-à-dire des co-chercheurs expérimentés en méthodes qualitatives et quantitatives. Elles mobilisent des équipes de recherche plus nombreuses (transdisciplinaires). Elles requièrent plus de temps pour être menées à bien.

Conclusion

Fondé sur les principales caractéristiques des méthodes mixtes, le présent chapitre décrit succinctement le développement des méthodes mixtes en santé mondiale, notamment les types de devis de recherche avec des illustrations issues de la littérature. En santé mondiale, les méthodes mixtes semblent fécondes par leur capacité à être informées par les multiples points de vue des acteurs sociaux impliqués dans les projets de recherche en misant sur la complémentarité entre méthodes qualitatives et quantitatives. D'ailleurs, selon notre expérience et la littérature, les méthodes mixtes doivent être planifiées et implantées par au moins deux experts ayant des compétences complémentaires en méthodes qualitatives et quantitatives. Enfin, ce chapitre suggère des références complémentaires pour en savoir plus sur les méthodes mixtes, et il propose des critères pour évaluer la qualité méthodologique des recherches qui utilisent ces méthodes.

Remerciement

L'auteur tient à remercier Jim Henderson, Bibliothèque des sciences de la vie, Université McGill, pour sa précieuse contribution à la recherche des publications pionnières en méthodes mixtes et santé mondiale.

Références bibliographiques

Camfield, L., G. Crivello et M. Woodhead, 2009. « Wellbeing Research in Developing Countries: Reviewing the Role of Qualitative Methods », *Social Indicators Research*, vol. 90, n° 1, p. 5-31.

Carvalho, S. et H. White, 1997. « Combining the quantitative and qualitative approaches to poverty measurement and analysis », *World Bank Technical Paper Number 366*, Washington, World Bank.

Chung, K., 2000. « Issues and Approaches in the Use of Integrated Methods », dans M. Bamberger (dir.), *Integrating Quantitative and Qualitative Research in Development Projects*. Washington, The World Bank, p. 337-363.

Creswell, J.W. et V.L. Plano Clark, 2010. *Designing and conducting mixed methods research*, Thousand Oaks, Calif., Sage.

Epstein, T. S., 1975. « The Ideal Marriage between the Economist's Macroapproach and the Social Anthropologist's Microapproach to Development Studies », *Economic Development & Cultural Change*, vol. 24, n° 1, p. 29-46.

Hulme, D., 2007. *Integrating quantitative and qualitative research for country case studies of development, Economic and Social Research Council* (ESRC) report GPRG-WPS-063. www.gprg.org/pubs/workingpapers/pdfs/gprg-wps-063.pdf [consulté le 31 mars 2011].

Lipton, M., 1970. « Interdisciplinary studies in less developed countries », *Journal of Development Studies*, vol. 7, n° 1, p. 5-18.

Lipton, M., et M. Moore, 1972. « The Methodology of Village Studies in Less Developed Countries », *IDS Discussion Paper 10,* Brighton, University of Sussex.

O'Cathain, A., E. Murphy et J. Nicholl, 2008. « The quality of mixed methods studies in health services research », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 13, n° 2, p. 92-98.

Pluye, P., M.P. Gagnon, F. Griffiths et J. Johnson-Lafleur, 2009. « A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods studies in mixed studies reviews », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 46, p. 522-546.

Pluye, P., R.M. Grad, L. Dunikowski et R. Stephenson, 2005. « The impact of clinical information-retrieval technology on physicians: a literature review of quantitative, qualitative and mixed-method studies », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 74, n° 9, p. 745-768.

Pluye, P., R.M. Grad, A. Levine et B. Nicolau, 2009. « Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies », *International Journal of Multiple Research Approaches*, vol. 3, n° 1, p. 58-72.

Pluye, P. 2012. « Les méthodes mixtes », dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 125-143.

Pluye, P., E. Robert, M. Cargo, G. Bartlett, A. O'Cathain, F. Griffiths, F. Boardman, M.P. Gagnon et M.C. Rousseau, 2011. *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews,* McGill University. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com [consulté le 31 mars 2011].

Rowntree, B. S., 1901. *Poverty: A Study of Town Life,* London, MacMillan.

White, H., 2008. « Of probits and participation: The use of mixed methods in quantitative impact evaluation », *IDS Bulletin [World Bank],* vol. 39, n° 1, p. 98-109.

FARDEAU LIÉ À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ CHEZ LES FEMMES EN QUÊTE DE SOINS : APPORTS D'UNE RECHERCHE MIXTE AU BURKINA FASO

Béatrice Nikiema

Introduction

Les approches quantitatives et qualitatives en recherche sont traditionnellement décrites comme irréconciliables parce qu'elles présenteraient des différences essentielles tant sur le plan ontologique, épistémologique, méthodologique que téléologique (Gendron, 1996; Slevitch, 2011). Cette cristallisation dichotomique a des implications profondes pour le chercheur qui devrait se positionner dans un camp ou dans un autre. Au cours des deux dernières décennies cependant, de plus en plus de chercheurs défendent l'idée que ces deux approches peuvent être stratégiquement et harmonieusement combinées dans une même recherche pour enrichir la capacité de répondre à des questions substantives propres à des phénomènes complexes (Casebeer et Verhoef, 1997; Frances, 1995; Greene, 2007; Morgan, 1998; Reichardt et Rallis, 1994). Nous partageons cette manière de penser et l'avons mise à profit dans un projet de recherche réalisé au Burkina Faso. Notre contribution consiste à décrire les stratégies combinatoires privilégiées dans la poursuite de nos objectifs de recherche.

But et objectifs du projet de recherche

Le but du projet était de développer une meilleure compréhension de l'influence particulière des relations de genre sur l'accès des femmes aux services et soins de santé. Il s'agissait, d'une part, d'évaluer le fardeau de l'utilisation des services de santé modernes et, d'autre part, d'analyser de quelle manière et avec quelle importance les systèmes de genre, c'est-à-dire les logiques qui régissent les rapports sociaux entre hommes et femmes, contribuent à ce fardeau. Ces deux objectifs spécifiques doivent être mis en contexte pour en faire ressortir la pertinence.

Depuis la fin des années 1980, le système de santé au Burkina Faso, comme ceux de plusieurs autres pays de l'Afrique subsaharienne, fonctionne selon les principes de l'Initiative de Bamako incluant le recouvrement des coûts, la participation communautaire et la politique des médicaments essentiels génériques (MEG). Le recouvrement des coûts a substitué au financement public le financement privé à travers la tarification des actes et la vente des MEG. Le principe de participation communautaire s'est matérialisé par la participation de membres élus de la population à la gestion locale de leurs structures sanitaires (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 1992). Après une vingtaine d'années

sous l'Initiative de Bamako, les effets négatifs semblent surpasser les effets positifs. Contrairement aux attentes, dans la majorité des districts, les recettes générées ne sont pas suffisantes pour couvrir les frais de fonctionnement. Malgré les MEG, les frais de médicaments sont élevés pour les utilisateurs (Ridde et Girard, 2003, 2004). Par ailleurs, des systèmes probants de prise en charge des indigents n'ont pas été mis en place par les comités de gestion et à peu près rien n'a été fait au niveau de l'État pour compenser ce vide (Ridde et autres, 2010). Sous un tel régime, la prise en charge des soins et services modernes de santé incombe aux individus et à leurs familles qui doivent s'en acquitter sans l'appui d'un système de protection collective. Déjà limités par des conditions de vie contraignantes, les ménages adoptent des comportements stratégiques de soins pour minimiser l'impact de la maladie sur leur bien-être et sur le fonctionnement du ménage. En cela, ils peuvent compter sur de multiples offres et pratiques thérapeutiques qui coexistent aux côtés des services de soins modernes. Les possibilités incluent les services offerts par des tradipraticiens, des devins et des soigneurs religieux ainsi que l'automédication médicamenteuse ou phytothérapique. Les services de santé restent donc sous-utilisés et des cas de dépenses catastrophiques sont rapportés (Chuma et autres, 2007; Su et autres, 2006).

Plusieurs études publiées sur l'accès des femmes africaines aux soins de santé indiquent que le recours aux services de santé modernes peut devenir une épreuve pour plusieurs d'entre elles en raison de la multiplicité des barrières potentielles qu'elles devraient affronter (Björn, 2007; Gage, 2007; Mbonye et autres, 2010; Soh, 2007; Thaddeus et Maine, 1994; Tipke et autres, 2009; Xu et autres, 2007). L'objectif d'évaluer le fardeau de l'utilisation des services modernes de santé pour les femmes s'est imposé pour combler le manque d'information sur l'ampleur des difficultés d'accès quand les différentes barrières potentielles sont prises en compte; le corollaire étant d'évaluer l'importance des risques d'exclusion des soins, à différents niveaux d'accumulation de ces barrières prises ensemble. Cette information est capitale pour guider le développement d'initiatives de santé publique appropriées, soutenir la mise en œuvre de ces initiatives et guider l'évaluation de leur efficacité.

Des rapports sociaux de sexe (le genre) déséquilibrés en défaveur des femmes compliqueraient davantage l'accès des Africaines aux services modernes de santé (Arbache et autres, 2010; Madhavan, 2001; Sen et autres, 2007; Soh, 2007). Malgré une modernisation de plus en plus croissante, la vie sociale au Burkina Faso, particulièrement en milieu rural, demeure largement organisée en fonction du sexe et le respect des normes sexospécifiques reste essentiel. Le fait que la gestion des crises liées à la maladie se délibère en famille soulève d'emblée la question de l'impact de la dynamique familiale sur l'accès des femmes aux services de santé. Les études à ce sujet sont très limitées dans le contexte de l'Afrique subsaharienne et traitent majoritairement des soins prodigués aux enfants (Molyneux et autres, 1999; Tolhurst et Nyonator, 2006) ou aboutissent à des conclusions divergentes. De cette lacune découle le deuxième objectif de notre projet, celui d'approfondir la compréhension des mécanismes

explicatifs et dans la mesure du possible quantifier la contribution spécifique du genre à l'accès des femmes aux soins modernes. Une meilleure compréhension du rôle des rapports sociaux de genre dans l'accès aux services de santé permettrait d'affiner les politiques et interventions de santé publique visant l'augmentation de l'utilisation desdits services.

Ancrage conceptuel

La démarche méthodologique s'inspire à la fois du cadre conceptuel des *capabilités* et des *théories féministes* sur les rapports sociaux de genre. Les *capabilités* d'une personne représentent les libertés réelles qu'elle a de choisir entre différents modes de vie; c'est sa capacité réelle de poser les actes qu'elle souhaite poser ou de mener le type de vie qu'elle souhaite mener qu'elle a des raisons de valoriser. Les *capabilités* se distinguent des accomplissements qui eux représentent ce que la personne est, les actes qu'elle pose, ou les manières d'être qu'elle déploie (Robeyns, 2005; Sen, 1999). La relation entre l'accès aux services modernes de santé et leur utilisation effective est considérée comparable à celle qui relie les *capabilités* aux accomplissements. À travers l'évaluation du fardeau d'utilisation, nous cherchons ultimement à délibérer sur les capacités des femmes à surmonter les principales barrières à l'utilisation. Suivant la philosophie des *capabilités*, le recours à l'une des options de soins disponibles dans le paysage thérapeutique burkinabé ne devrait pas l'être par manque d'opportunité d'en utiliser une autre.

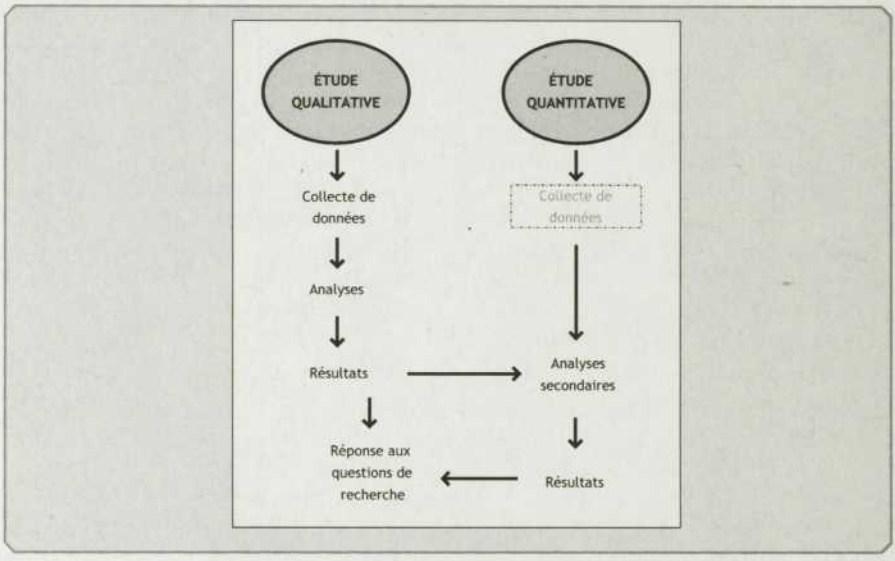
Les *théories féministes* sur la distribution du pouvoir entre hommes et femmes insistent sur le caractère insidieux et profond de l'influence souvent négative du genre sur les opportunités de vie des femmes. Elles situent le désavantage féminin dans le déséquilibre des relations de pouvoir qui se trouvent légitimées par les idéologies de genre existantes dans une société donnée (Browne et Stears, 2005; Hicks, 2002; Sen, 1987). Ces considérations prennent tout leur sens dans le contexte de cette étude vu que la prise en charge des soins de santé est délibérée en privé. Elles nous ont conduit à analyser les valeurs et normes sociales sexospécifiques qui définissent qui peut faire quoi, quand et comment dans le ménage ou en public.

Stratégie de recherche

Nous avons opté pour une démarche mixte à dominance quantitative. Une approche qualitative était nécessaire pour investiguer les normes sociales et les prérogatives sexospécifiques qui légitiment et inspirent les interactions des hommes et des femmes dans le ménage et dans la communauté. En revanche, nous avons emprunté une démarche quantitative pour évaluer l'existence d'avantages différentiels dans les capacités d'accéder aux soins et pour estimer la mesure dans laquelle ces inégalités éventuelles seraient imputables à des différences sociales et économiques dans leur vie de femme. Les deux démarches ont été

combinées de manière séquentielle parce que l'étude qualitative a été réalisée en premier et une partie de ses résultats a instruit la définition et la sélection de certaines variables clés de l'étude quantitative. Les démarches étaient aussi complémentaires puisque les résultats des deux approches ont été mis à contribution pour répondre aux objectifs de recherche. La figure 1 schématise l'agencement des démarches qualitative et quantitative que nous décrivons un peu plus en détail dans les sous-sections suivantes.

Figure 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE



Le rectangle « collecte de données » sous l'étude quantitative est en gris parce que nous n'avons pas collecté nous-mêmes les données, mais les avons extraites d'une base de données existante.

L'approche qualitative[1]

Réalisée entre janvier et avril 2003, l'étude qualitative a exploré les normes qui balisent la prise en charge des besoins de soins. Elle a aussi étudié le processus d'allocation des ressources et les arrangements internes aux ménages face à la prise en charge des besoins de soins, recueilli la définition locale de la notion d'être capable de répondre à ses besoins de soins et exploré les perceptions locales sur les inégalités de genre en matière de soins de santé.

1. La démarche méthodologique est détaillée dans Nikiema et autres (2008). Seuls les points saillants sont présentés ici pour les besoins de l'illustration.

La population burkinabè comprend une soixantaine de groupes ethniques dont les dispositions en matière de droits et devoirs sexospécifiques peuvent différer. Dans une région rurale du nord-ouest du pays, nous avons contrasté les expériences des femmes chez les Bwaba et les Mossi, deux groupes ethniques reconnus dans la littérature ethnographique, comme ayant des normes de genre différentes, voire opposées. Les normes mossi exigeraient une soumission quasi totale de la femme à son époux tandis que les normes bwaba laisseraient à la femme un peu plus de liberté dans sa relation avec son époux (Capron, 1973; Lallemand, 1977). À travers une analyse comparative des normes et pratiques entourant les soins de santé dans ces deux groupes nous avons exploré les similitudes et les différences dans la répartition et l'exercice des droits et devoirs sexospécifiques, dans les accommodements développés et dans l'impact de tout ce qui précède sur les capacités des femmes à surmonter les barrières aux services de soins modernes de santé.

Plusieurs techniques de collecte de données ont été combinées pour capter les expériences individuelles et collectives (tableau 1). Les expériences personnelles des femmes ont été recueillies par entrevues individuelles tandis que les expériences collectives ont été collectées par des discussions dirigées de groupe avec des groupes d'hommes et des groupes de femmes. Ces discussions ont été complétées par des entretiens individuels avec des personnes ressources des deux sexes.

Les participants ont été recrutés dans des villages suivis par le Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN), un laboratoire de surveillance démographique et de santé communautaire actif dans la zone de captage du district sanitaire de Nouna depuis 1992. Au total, 84 et 125 ménages mossi et bwaba respectivement ont été ciblés dans des villages relativement homogènes sur le plan ethnique (villages mossi et villages bwaba). Des enquêteurs du CRSN qui travaillaient déjà dans les villages sélectionnés ont assuré le recrutement avec l'aide des délégués de village. L'implication des travailleurs du CRSN s'est avérée d'une grande valeur pour un accès privilégié aux ménages.

Les entrevues individuelles avec les femmes et l'analyse des données ont suivi une organisation séquentielle. Deux équipes d'enquêtrices, une pour les Mossi et l'autre pour les Bwaba, ont mené les entrevues. Une seule entrevue était réalisée à chaque sortie par chaque équipe. L'entrevue était immédiatement suivie d'un feed-back à chaud, de la consignation des observations non verbales et de la transcription de la langue d'entrevue (Mooré ou Bwamu) au français. Toutes les équipes se réunissaient avec la chercheuse principale pour la lecture, le codage et le regroupement thématique des transcriptions. Au vu de ces résultats, les points à approfondir étaient discutés avant l'entrevue suivante. Chaque enquêtée a été vue deux fois : la première entrevue abordait des questions peu sensibles et était surtout destinée à établir une confiance relative en vue de la deuxième rencontre qui abordait les questions plus sensibles des relations maritales. Les discussions de groupe se sont déroulées dans les villages, les groupes d'hommes étant coordonnés par deux animateurs et les groupes de femmes par deux animatrices.

Tableau 1

TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNÉES UTILISÉES DANS L'ENQUÊTE QUALITATIVE

TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNÉES	CONTENU COUVERT	NOMBRE DE PARTICIPANTS OU DE GROUPES RENCONTRÉS PAR ETHNIE				TOTAL
		BIYARA		MOSSI		
		♀	♂	♀	♂	
ENTREVUES INDIVIDUELLES (FEMMES)	Expériences individuelles des femmes sur : ▪ La prise en charge de leur plus récent besoin de soins ▪ Le processus de négociation ▪ Les principaux facteurs influençant ▪ Les recours existants et leur efficacité ▪ Stratégies personnelles	12 (10)	–	12 (9)	–	24 (19)
ENTREVUES INDIVIDUELLES (PERSONNES RESSOURCES, HOMMES ET FEMMES)	Expériences collectives ▪ Normes sociales spécifiques au groupe ethnique ▪ Mécanismes de contrôle et de rétribution ▪ « Wealth rank » des participantes et de leur ménage	9	9	9	9	36
DISCUSSIONS DE GROUPE DIRIGÉES (GROUPES D'HOMMES ET GROUPES DE FEMMES)	Expériences collectives ▪ Normes sociales spécifiques au groupe ethnique ▪ Mécanismes de contrôle et de rétribution ▪ Stratégies habituelles de réponse aux besoins de soins ▪ Définition locale des capacités de se soigner ▪ Perceptions sur les inégalités de genre dans les capacités à surmonter les difficultés d'accéder aux soins de santé modernes	3	3	3	3	12

NB : Les nombres entre parenthèses décrivent le nombre de femmes rencontrées à la deuxième série d'entrevues

En plus des travailleurs du CRSN, cinq jeunes sociologues (deux femmes et trois hommes) parlant les langues Mooré et Bwamu ont participé à la traduction, la validation et l'amélioration des guides d'entrevue au cours de quatre jours de formation, puis à la collecte de données, à la transcription des enregistrements et aux analyses préliminaires.

L'enquête a été autorisée par le ministère de la Santé burkinabé, le comité d'éthique du CRSN et le comité d'éthique de l'Université de Montréal. La participation des femmes s'est faite sur une base volontaire et chaque participante a signé un formulaire d'information et de consentement. Nous avons aussi obtenu le consentement verbal de l'époux.

Dans chacun des villages sous enquête, nous avons présenté les résultats préliminaires aux participants et en avons discuté avec eux. Ces résultats ont été discutés aussi avec les chercheurs du CRSN et ont été portés à la connaissance des décideurs nationaux, régionaux et à l'équipe-cadre du district de Nouna.

L'approche quantitative

À défaut de pouvoir collecter nos propres données, nous avons réalisé une analyse secondaire de données recueillies par l'édition 2003 de l'enquête démographique et de santé (EDS) du Burkina Faso. Les EDS sont des enquêtes standardisées réalisées à des intervalles de cinq ans sur des échantillons représentatifs à l'échelle nationale et dont les données sont d'accès public. Elles collectent des données destinées au suivi de l'impact des politiques de développement et de santé sur le contrôle démographique, sur la santé des enfants et dans une certaine mesure sur la santé génésique. Les récentes éditions incluent des questions sur les relations de genre, et sur l'accès des femmes aux services de santé.

L'EDS 2003 du Burkina a impliqué 12 477 femmes en âge de procréer (15-49 ans) issues de 7 331 ménages, les ménages eux-mêmes provenant de 400 communautés. Pour notre étude, nous avons aléatoirement sélectionné une femme par ménage pour un total de 7 260 femmes.

Les analyses en elles-mêmes ont comporté deux étapes. La première a été consacrée à la construction et à la validation de trois indices mesurant la capacité à surmonter des barrières à l'utilisation des services de santé et de deux dimensions du pouvoir de négociation des femmes. La deuxième étape a consisté à modéliser la contribution du genre dans des analyses multivariées impliquant les indices validés.

- **Construction et validation des indices**[2]

La capacité à surmonter les barrières à l'utilisation des services de santé tout comme les indices de pouvoir de négociation étant des construits non directement observables, nous les avons imparfaitement mesurés à partir de variables latentes (ou facteurs). Les variables latentes ont été à leur tour indirectement mesurées à l'aide de variables indicatrices (indicateurs) qui, elles, sont observables. La construction et la validation de ces mesures ont été faites par analyse factorielle confirmatoire.

L'indice de capacité à surmonter les barrières est construit à partir de sept items portant sur des situations décrites par les participants de l'étude qualitative et/ou connues de la littérature comme étant des barrières potentielles à l'utilisation des services de santé : trouver de l'argent pour payer les soins; se confronter à l'éloignement géographique des structures sanitaires; régler les questions de transport; avoir la liberté de mouvement; endurer des difficultés d'accommodement tels que l'accès à un professionnel de sexe féminin; savoir où aller pour obtenir les soins nécessaires ou pouvoir se rendre toute seule à une structure de soins. Les participantes de l'EDS 2003 ont indiqué si ces questions constituaient pour elles un gros problème ou pas, si elles étaient malades et avaient besoin de conseil ou de traitement médical (Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et Macro, 2004). Une femme qui percevait qu'une barrière ne constituait pas un gros problème pour elle était considérée comme ayant plus de capacité à surmonter cette barrière qu'une femme qui percevait le contraire. Plus le nombre de barrières ne constituant pas un gros problème était élevé, plus la capacité à surmonter les barrières augmentait.

L'un des indices de pouvoir de négociation caractérise le pouvoir décisionnel défini comme le niveau d'implication de la femme dans les prises de décisions de son ménage. À partir des données EDS, nous avons établi si une femme pouvait avoir le dernier mot ou si la décision finale revenait au mari ou à une tierce personne dans les décisions concernant les éléments suivants : les soins de santé de la répondante; les grandes acquisitions pour le ménage; les dépenses pour les besoins quotidiens du ménage; les visites à des connaissances ou aux parents; et quelle nourriture sera préparée chaque jour. Le pouvoir décisionnel d'une femme est d'autant plus élevé que le nombre de domaines de décision auxquels elle participe est élevé.

Le deuxième indicateur de pouvoir de négociation caractérise l'acceptation de la soumission d'une femme à son époux. Cet indice de soumission reflète la mesure dans laquelle une femme estime légitime qu'un mari batte sa femme dans les situations suivantes : si elle sort sans le lui dire; si elle néglige les enfants; si elle argumente avec lui; si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui; et si elle brûle la nourriture.

---

2 Le processus de validation est davantage détaillé dans un article sous presse dans BMC Public Health (Nikiema et autres, 2012).

Les trois indices ont été spécifiés au départ comme des construits unidimensionnels. Après l'analyse factorielle confirmative, le meilleur ajustement aux données a été obtenu avec un modèle qui décrit l'indice de capacité à surmonter les barrières de l'utilisation comme un facteur de second ordre regroupant trois facteurs de premier ordre, reflets des dimensions de l'indice : pouvoir surmonter les difficultés socioéconomiques, pouvoir se rendre à un établissement de soins et pouvoir surmonter les difficultés psychosociales. L'unidimensionnalité des deux autres indices a été confirmée.

- **Estimation de la contribution du genre**

Après avoir examiné la distribution des indices, nous avons analysé les interrelations entre les capacités à surmonter les barrières, le pouvoir de négociation et l'utilisation des services de santé pour trois besoins différents : l'accouchement, la prophylaxie/traitement contre le paludisme pendant la grossesse et le fait d'avoir un besoin en contraception non satisfait. Un besoin de contraception existait si une femme en âge de procréer affirmait ne plus désirer de grossesse ou vouloir retarder le moment de sa prochaine grossesse. Le besoin a été classé non satisfait si une femme était dans ces deux situations, mais n'utilisait aucun moyen de contraception.

En plus des variables indépendantes principales, les analyses ont pris en compte les effets liés au milieu de résidence (urbain *vs* rural), au statut socioéconomique du ménage, à l'indépendance économique de la femme, à son appartenance ethnique, sa religion, son niveau d'éducation, son âge et sa parité et au régime matrimonial (polygamie *vs* monogamie). Une analyse par équation structurelle a été utilisée pour vérifier l'hypothèse que l'effet des indicateurs du genre (autonomie économique, pouvoir décisionnel et soumission de la femme à l'époux) sur l'utilisation passe par les capacités à surmonter les barrières.

Principaux résultats

Les résultats de l'étude qualitative révèlent que dans les deux groupes ethniques étudiés, la prise en charge des soins de santé des femmes s'opère dans un système de dépendance – protection où des droits sont échangés contre des devoirs. Selon les normes, l'époux a le devoir de subvenir aux besoins des autres membres du ménage dont il a la charge. En revanche, tous les biens du ménage, y compris ceux collectivement produits ou acquis, sont supposés lui appartenir. Par ailleurs, il est en droit d'exiger que son épouse contribue en premier lieu aux activités économiques du ménage, s'acquitte des tâches ménagères, de ses responsabilités de reproduction et respecte l'autorité de son mari investi chef de ménage par le mariage.

La disponibilité des ressources conditionne beaucoup la capacité ou la disposition des époux à en allouer une partie aux soins de santé

des épouses. Les besoins en compétition sont nombreux et les ressources généralement rares. Des choix stratégiques sont faits et tous les problèmes de santé ne sont pas traités sur le même pied d'égalité. Les époux seraient plus prompts et enclins à allouer une partie des ressources du ménage pour les soins quand il s'agit de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement ou de problèmes perçus graves et traitables par la médecine moderne. Pour les autres situations, particulièrement quand la gravité du problème n'est pas observable, les femmes ont souvent besoin de négocier autant pour obtenir des ressources financières que pour obtenir l'autorisation de consulter un prestataire de soins modernes. Dans ce cas, avoir ses propres moyens financiers pour contribuer aux dépenses et savoir « flatter » la fierté du mari constituent des atouts majeurs.

Le mari peut légitimement refuser des soins à sa femme si elle lui a été infidèle, lui a manqué de respect, a défié son autorité ou n'a pas convenablement rempli les responsabilités attendues d'une épouse. Selon les répondants, les époux exercent rarement ce droit au refus de soins par humanisme, pour protéger le fonctionnement du ménage ou par anticipation des conséquences sociales réservées à un mari qui laisserait mourir sa femme sans soins. Par contre, ils peuvent retarder la mobilisation des ressources, retarder la permission d'aller se soigner ou proférer continuellement des paroles blessantes et humiliantes.

Les femmes bwaba étaient plus nombreuses que les femmes mossi à avoir réclamé à leur mari des ressources pour des soins quand elles l'estimaient trop lent à réagir et à avoir réclamé un remboursement après avoir payé elles-mêmes pour se soigner. En cas de litige, des recours existent et impliquent l'arbitrage des hommes des familles alliées ou les ancêtres dans le cas des Bwaba. Les femmes bwaba sont là encore les plus nombreuses à les avoir utilisés. Selon les femmes des deux groupes ethniques, leurs chances de gagner à travers ces recours seraient minimes et le prix à payer en cas d'échec tellement grand qu'elles ne les utilisent que très rarement et à contrecœur.

Les résultats de l'étude quantitative montrent que sur la base de la perception des participantes à l'EDS 2003 du Burkina, 79,3 % des femmes trouvaient qu'au moins une des barrières potentielles constituait pour elles un gros problème d'accès aux soins; 37 % avaient de gros problèmes avec une à deux barrières, 27,4 % avec trois à quatre barrières et 15 % percevaient de gros problèmes avec cinq à sept barrières.

La distribution des facteurs latents montre que les femmes bwaba ont en moyenne de meilleures capacités que leurs consœurs mossi pour surmonter les barrières de l'utilisation des services de santé. Toujours par rapport aux Mossi, les Bwaba ont aussi un score moyen de pouvoir de décision plus élevé, mais endossent plus la légitimité du droit de violence du mari sur sa femme.

Le score de capacité à surmonter les barrières de l'utilisation est positivement associé au statut socioéconomique du ménage et à l'indice de pouvoir décisionnel tandis qu'il est négativement associé à l'indice de

subordination. Par ailleurs, plus la capacité à surmonter les barrières est élevée, plus la probabilité d'accoucher avec un professionnel de santé et la probabilité d'une prophylaxie antipaludique pendant la grossesse sont élevées. La probabilité d'avoir un besoin de contraception non satisfait diminue à mesure que la capacité à surmonter les barrières s'accroît.

Selon les modèles ajustés, avoir plus de pouvoir de décision ou un faible score d'acceptation de la subordination augmente la probabilité de recourir aux services et soins modernes de santé. Toutefois, le profil de ces effets, résumés au tableau 2, varie en fonction de l'indicateur considéré.

Tableau 2

CONTRIBUTION DES INDICES RELIÉS AU GENRE SUR LE RECOURS DES FEMMES AUX SERVICES ET SOINS DE SANTÉ LORS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DE LEUR PLUS JEUNE ENFANT, EDS, BURKINA FASO, 2003

	ACCOUCHÉE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ*		PROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE PENDANT LA GROSSESSE*		BESOIN EN CONTRACEPTION NON SATISFAIT*	
	Coefficient	Coeff./ Erreur standard	Coefficient	Coeff./ Erreur standard	Coefficient	Coeff./ Erreur standard
EFFETS DIRECTS						
Indice de capacité à surmonter les barrières de l'utilisation	0.652	7.2	0.453	6	-0.144	2.1
Indice de pouvoir de décision	NS		NS		-0.098	3.3
Indice de subordination de la femme à son mari	NS		-0.08	2.3	NS	
EFFETS INDIRECTS *VIA* LA CAPACITÉ À SURMONTER LES BARRIÈRES DE L'UTILISATION						
Indice de pouvoir de décision	0.03	2.2	0.022	2.1	NS	
Indice de légitimation de la subordination de la femme à son mari	0.048	3.6	-0.037	3.5	NS	

* Ajustés pour le milieu de résidence, le statut socioéconomique du ménage, accès de la femme à un revenu indépendant, âge, parité, éducation, ethnie, religion, durée de l'union, et régime matrimonial.

Commentaires et conclusion

En entreprenant ce projet de recherche, nous cherchions à développer une meilleure compréhension de l'influence des relations de genre sur l'accès des femmes aux services et soins modernes de santé dans un contexte où la prise en charge des besoins de soins incombe quasi entièrement aux individus et à leurs familles. Nous avons décrit comment nous avons combiné à la fois des démarches qualitatives et quantitatives pour essayer de nous rapprocher le plus possible de cette compréhension.

L'étude qualitative fait ressortir le caractère subtil et insidieux des effets potentiels du genre sur les difficultés des femmes, du milieu rural en particulier, à obtenir des soins et services dans le système moderne de santé. À première vue, la responsabilisation explicite des hommes pour la prise en charge des soins de santé de leurs épouses, les possibilités de recours dont disposent ces dernières et le contrôle social sont des arrangements sociaux qui devraient faciliter l'accès des femmes aux soins si les ressources sont disponibles. Malgré tout, les femmes demeurent exposées à l'arbitraire de l'époux, légitime propriétaire des ressources et ultime décideur non seulement sur leur allocation, mais aussi sur la nécessité ou le moment d'autoriser un recours aux services modernes. Il est possible que ces forces liées au genre influencent davantage les délais de l'utilisation que la probabilité de l'utiliser en soi. Les humiliations et autres agacements répétitifs de même que les heurts à la fierté que les femmes relatent devoir endurer sans pouvoir ouvertement se plaindre – de peur d'être accusées de manquer de respect à leur époux – sont des contraintes plus subtiles dont l'ampleur et la profondeur sont difficiles à cerner par une mesure quantifiée. Dans notre étude, plusieurs femmes rapportent s'être souvent abstenues d'évoquer leur problème de santé tant qu'elles étaient toujours en mesure de fonctionner.

Le fait que l'indice de pouvoir de décision n'ait d'effet direct ni sur l'accouchement par un professionnel ni sur la prophylaxie antipaludique peut être en partie expliqué par les normes sexospécifiques de prise en charge des soins décrites dans l'étude qualitative. Par contre, indépendamment de la capacité à surmonter les barrières, les femmes qui jouissent d'un plus grand pouvoir décisionnel tendent davantage à adopter des mesures modernes de contraception. L'utilisation de la contraception est une pratique sensible qui est plus proche du bien-être personnel de la femme que les deux autres besoins de soins. Son adoption peut se faire en accord avec l'époux, en défi ou à l'insu de l'époux. C'est donc compréhensible que le pouvoir décisionnel y soit associé comme l'ont déjà montré d'autres études en Afrique subsaharienne (DeRose et Ezeh, 2010; Jansen, 2006; Mabsout, 2010).

L'absence d'association statistiquement significative entre la subordination de la femme et la contraception est inattendue. Nous espérons que d'autres études avec du matériel plus approprié pourront réexaminer cette question plus en profondeur. Idéalement, nous aurions dû réaliser les deux études qualitatives et quantitatives dans un même

processus de recherche et sur le même échantillon. Cependant, pour des raisons de disponibilité de fonds, nous avons dû tirer profit de données existantes. Les items dont nous disposions pour la mesure des trois indices bien que définis pour capter les effets du genre ne rendent peut-être pas entièrement le contenu de ce concept dans des contextes africains différents. Par exemple, des éléments jugés importants par les participants de l'étude qualitative (exemple, la capacité à assurer les autres besoins essentiels du ménage, la qualité et l'efficacité du réseau social, le capital temps) n'ont pas pu être pris en compte dans l'indice de capacité à mobiliser les ressources par manque de données. Nous n'avons pas pu non plus évaluer adéquatement l'autonomie économique des femmes. Néanmoins, nous espérons avoir pu montrer l'importance de la contribution et la faisabilité d'une recherche mixte dans l'étude de sujets aussi complexes que l'impact des relations de genre sur l'accès aux soins de santé.

Références bibliographiques

Arbache, J.S., A. Kolev et E. Filipiak (éd.), 2010. *Gender disparities in Africa's labor market*, Washington, D.C.

Björn, E., 2007. « Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country », *Health Policy*, vol. 83, n° 2-3, p. 304-313.

Browne, J. et M. Stears, 2005. « Capabilities, resources, and systematic injustice: a case of gender inequality », *Politics, Philosophy & Economics*, vol. 4, n° 3, p. 355-373.

Capron, J., 1973. *Commmunautés villageoises Bwa (Mali, Haute-Volta)*, Paris, Institut d'Ethnologie.

Casebeer, A.L. et M.J. Verhoef, 1997. « Combining Qualitative and Quantitative Research Methods: Considering the Possibilities for Enhancing the Study of Chronic Diseases », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 18, n° 3, p. 130-135.

Chuma, J., L. Gilson et C. Molyneux, 2007. « Treatment-seeking behaviour, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in Coastal Kenya: an equity analysis », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 12, n° 5, p. 673-686.

DeRose, L. et A. Ezeh, 2010. « Decision-Making patterns and contraceptive use: Evidence from Uganda », *Population Research and Policy Review*, vol. 29, n° 3, p. 423-439.

Frances, B., 1995. « Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate », *Social Science & Medicine*, vol. 40, n° 4, p. 459-468.

Gage, A.J., 2007. « Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali », *Social Science & Medicine*, vol. 65, n° 8, p. 1666-1682.

Gendron, S., 1996. « L'alliance des approches quantitatives et qualitatives », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, n° 2, p. 158-172.

Greene, J.C., 2007. *Mixed methods in social inquiry,* San Francisco, John Wiley and Sons, première édition.

Hicks, D.A., 2002. « Gender, Discrimination, and Capability: Insights from Amartya Sen », *The Journal of Religious Ethics,* vol. 30, n° 1, p. 137-154.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et O. Macro, 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003,* Calverton, Maryland, USA. www.measuredhs.com/publications/publication-FR154-DHS-Final-Reports.cfm [consulté le 14 juillet 2011].

Jansen, I., 2006. « Decision making in childbirth: the influence of traditional structures in a Ghanaian village », *International Nursing Review,* vol. 53, n° 1, p. 41-46.

Lallemand, S., 1977. *Une famille mossi,* Paris, CNRS.

Mabsout, R., 2010. « Capability and Health Functioning in Ethiopian Households », *Social Indicators Research,* p. 1-31.

Madhavan, S., 2001. « Female Relationships and Demographic Outcomes in Sub-Saharan Africa », *Sociological Forum,* vol. 16, n° 3, p. 503-527.

Mbonye, A.K., K.S. Hansen, F. Wamono et P. Magnussen, « Barriers to prevention of mother-to-child transmission of HIV services in Uganda », *Journal of Biosocial Science,* vol. 42, n° 2, p. 271-283.

Ministère de la santé et de l'action sociale, 1992. *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso. Projet de démarrage de l'Initiative de Bamako,* Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako.

Molyneux, C., V. Mung'Ala-Odera, T. Harpham et R. Snow, 1999. « Maternal responses to childhood fevers: a comparison of rural and urban residents in coastal Kenya », *Trop Med Int Health,* vol. 4, p. 836-845.

Morgan, D.L., 1998. « Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research », *Qualitative Health Research,* vol. 8, n° 3, p. 362-376.

Nikiema, B., A. Haddad et L. Potvin, 2012. « Measuring women's perceived ability to overcome barriers to healthcare seeking in Burkina Faso », *BMC Public Health,* (sous presse).

Nikiema, B., S. Haddad et L. Potvin, 2008. « Women Bargaining to Seek Healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso », *World Development,* vol. 36, n° 4, p. 608-624.

Reichardt, C.S. et S.F. Rallis, 1994. « Qualitative and quantitative inquiries are not incompatible: A call for a new partnership », *New Directions for Program Evaluation,* vol. 1994, n° 61, p. 85-91.

Ridde, V. et J.E. Girard, 2003. « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of the World Health Organisation,* vol. 81, p. 532-38.

Ridde, V. et J.E. Girard, 2004. « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique,* vol. 15, n° 1, p. 37-51.

Ridde, V., S. Haddad, B. Nikiema, M. Ouedraogo, Y. Kafando et A. Bicaba, 2010. « Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees », *BMC Public Health*, vol. 10, n° 1, p. 631.

Robeyns, I., 2005. « The Capability Approach: a theoretical survey », *Journal of Human Development*, vol. 6, n° 1, p. 93-117.

Sen, A., 1987. *Gender and cooperative conflicts*, Helzinki, World Institute for Development Economics Research.

Sen, A., 1999. *Development as freedom*, New-York, Alfred, A Knopf, première édition.

Sen, G., P. Östlin et A. George, 2007. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*, Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Stockholm, Karolinska Institutet.

Slevitch, L., 2011. « Qualitative and Quantitative Methodologies Compared: Ontological and Epistemological Perspectives », *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, vol. 12, n° 1, p. 73-81.

Soh, M., 2007. « Access to Healthcare vis-à-vis Women's Reproductive Health in Cameroon », *Journal of International Women's Studies*, vol. 9, n° 1, p. 117-134.

Su, T.T., B. Kouyaté et S. Flessa, 2006. « Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, p. 21-27.

Thaddeus, S. et D. Maine, 1994. « Too far to walk : maternal mortality in context », *Soc Sci Med.*, vol. 38, n° 8, p. 1091-1110.

Tipke, M., V. Louis, M. Ye, M. De Allegri, C. Beiersmann, A. Sie, O. Mueller et A. Jahn, 2009. « Access to malaria treatment in young children of rural Burkina Faso », *Malaria Journal*, vol. 8, n° 1, p. 266.

Tolhurst, R. et F.K. Nyonator, 2006. « Looking within the household: gender roles and responses to malaria in Ghana », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 100, n° 4, p. 321-326.

Xu, B., V. Diwan et L. Bogg, 2007. « Access to tuberculosis care: What did chronic cough patients experience in the way of healthcare-seeking? », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 35, p. 396-402.

PAUVRETÉ, EXCLUSION ET RACISME : MODES D'APPRÉHENSION AU PLURIEL SUR LA SANTÉ DES FEMMES ROMS

Enkelejda Sula-Raxhimi

Introduction

La pauvreté, la violence, l'exclusion, le racisme, parmi d'autres, sont des notions que l'on retrouve souvent imbriquées les unes dans les autres et qui font généralement référence à une réalité complexe, particulièrement difficile à identifier, à décortiquer et à analyser. Afin de rendre compte de cette complexité, ce chapitre se focalise sur les choix méthodologiques à l'œuvre lors d'une recherche en santé mondiale, sur la manière dont ils influencent les résultats et sur la profondeur et les subtilités qu'ils permettent. Le choix de la méthodologie s'avère essentiel. Si l'on considère que les méthodes quantitatives ne nous éclaircissent que partiellement sur les causes de phénomènes comme la pauvreté, l'exclusion et le racisme, il faudrait donc envisager d'autres modèles inspirés par les sciences humaines – et par l'anthropologie en particulier – afin de mieux comprendre les enjeux sociaux liés à la santé dans un contexte social donné et de mieux répondre à la complexité de la recherche en santé mondiale.

Ces approches plutôt qualitatives proposent une analyse qui va au-delà de l'épidémiologie, permettant, entre autres, une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels la pauvreté, l'exclusion et le racisme engendrent la maladie et influencent la santé des populations vulnérables. Partant d'un cas singulier, celui de la violence, de la pauvreté, de l'exclusion et du racisme envers les femmes roms en Europe de l'Est, il s'agira de montrer l'apport spécifique de telles approches. Plus précisément, la santé des femmes roms, et la manière dont elle est affectée à la fois par la violence, la pauvreté et l'exclusion seront les éléments au cœur de la recherche que j'ai entreprise en Albanie et au Kosovo.

En conséquence, la question centrale de ma recherche est de savoir de quelle façon la pauvreté et la violence sociale et structurelle exercées systématiquement sur les populations roms, à la fois par les gouvernements et par les populations majoritaires non roms, influencent la santé des femmes roms en Europe de l'Est, et particulièrement au Kosovo et en Albanie. Dans ce cadre, j'aimerais examiner, documenter, saisir, à partir d'une vue d'ensemble, les conditions de vie de femmes roms dans leurs communautés et dans les camps, ainsi que les problèmes de santé et socioculturels qui y sont associés. Pour ce faire, je me concentre sur deux contextes différents : celui du postcommunisme et de la transition en Albanie et celui de l'après-guerre au Kosovo.

Dans les Balkans, la fin du communisme marque à la fois l'ébranlement de la République fédérale de Yougoslavie et son démembrement en plusieurs États-nations et, en même temps, elle marque le déclenchement

des guerres ethniques en Bosnie et au Kosovo. Les Roms ne sont pas épargnés dans ce contexte, étant devenus sujets d'épuration ethnique.

C'est sur cette toile de fond de transition postcommuniste en Albanie – que l'anthropologue Mariella Pandolfi qualifie de « transition permanente » (Pandolfi, 2002) – et de post-guerre au Kosovo que s'inscrit cette recherche sur la violence et la discrimination raciale envers les populations roms. Afin de fournir une brève contextualisation, présentons d'abord qui sont les Roms, ainsi que leur situation dans les Balkans, et particulièrement en Albanie et au Kosovo.

Les Roms dans les Balkans

Les Roms, estimés entre 10 et 12 millions de personnes, constituent la plus grande minorité d'Europe – dont environ 70 % vit en Europe de l'Est (Liégeois, 1994) – qui a gardé sa langue et son identité, mais qui demeure pourtant sans territoire de référence (Piasere, 1999; Frazer, 1994; Asséo, 1994). Plusieurs documents[1] qui datent des XIV^{e} et XV^{e} siècles montrent que les premiers groupes de Roms ont atteint les Balkans avant l'occupation ottomane[2]. Ils témoignent de leur origine indienne (De Soto et autres, 2005) et leur langue est le Romani, une version orale du sanskrit (De Heusch, 1966; Courthiade, 1994).

Bien qu'ils se soient établis sur ces territoires depuis très longtemps, les Roms ont toujours fait face à des incertitudes et au mépris de la population majoritaire en Albanie (De Soto et autres, 2005; Kolsti 1991), dans les Balkans et ailleurs en Europe de l'Est.

Si durant la période communiste les Roms ont connu, néanmoins, un certain degré de stabilité économique et sociale, en partie en raison des politiques sociales universelles et des méthodes du *Social Engineering*[3] privilégiées par l'État autoritaire – aussi bien en Albanie qu'au Kosovo, faisant alors partie de la Yougoslavie –, ce bien-être social relatif a toutefois été démantelé avec l'effondrement du communisme en 1989 et avec la désintégration de la Yougoslavie. Par conséquent, leur accès à l'éducation, à la santé et à l'emploi s'est particulièrement détérioré. Bukuria[4], une des femmes roms rencontrées lors de mon travail de terrain l'été dernier, me disait que « tous les travaux que l'on faisait pendant le communisme, où l'État était le seul entrepreneur, comme le jardinage, entretien, système

1. Ces documents mentionnent que les premiers Roms sont arrivés en Europe autour de 1300 (après Jésus-Christ), soit après l'arrivée d'un autre groupe d'environ 300 000 guerriers originaires de l'Égypte entre 306 et 327.
2. Du XV^{e} au début du XX^{e} (1923).
3. L'établissement du régime communiste après la Seconde Guerre mondiale en Albanie comme au Kosovo – et en Europe de l'Est d'ailleurs – a notamment donné lieu à la mise en place de réformes visant une assimilation et sédentarisation forcée des Roms (Stewart, 1997; De Heusch, 1966; Kolsti, 1991).
4. Les noms des personnes sont des pseudonymes.

d'égouts, nettoyage des rues, etc., sont maintenant des emplois occupés par les *gadjé*[5] ».

Alors qu'en Albanie il s'agit plutôt d'une exclusion persistante des Roms, d'une mise à l'écart et d'une indifférence de la part de la population majoritaire, au Kosovo la fin de la guerre a placé les Roms dans une situation que l'on peut qualifier d'épuration ethnique. Dans ce « théâtre de violence » (Pandolfi, 2008), les Roms ont été pris au milieu des hostilités à la fois par les Serbes et par les Albanais. La population majoritaire albanaise qui a repris le pouvoir et le contrôle sur la province a cherché à chasser les Roms de ce territoire, les accusant d'avoir collaboré avec les Serbes[6]. C'est pourquoi la majorité d'entre eux ont quitté leurs maisons et propriétés et plusieurs de leurs résidences ont été brûlées.

Ainsi, les Roms se trouvent aujourd'hui au plus bas niveau de la hiérarchie sociale, vivant dans une situation de vulnérabilité et de pauvreté extrême, à la marge de la société et continuant de faire face quotidiennement à la discrimination raciale et à l'exclusion. Ils se voient placés dans une situation de pauvreté et dans un cercle vicieux d'exclusion systématique et, ne trouvant pas leur place dans la société, ils en viennent à s'enfermer dans leurs quartiers *ghetto-like*, accentuant ainsi le fossé qui les sépare de la population majoritaire, soit le fossé des inégalités sociales.

En outre, la reprise des images négatives et l'utilisation systématique de propos racistes par les médias – présentant régulièrement les Roms comme des délinquants qui mettent en « danger » la sécurité de la population majoritaire[7] – perpétuent également ces stéréotypes et les attitudes racistes envers les Roms, qui sont en quelque sorte confinés au statut de citoyens de classe inférieure et de subalternes[8].

---

5. *Gadjé* est le pluriel de *gadjo*. Il s'agit d'un terme utilisé par les Roms pour désigner tous ceux qui ne sont pas Roms.

6. *Council of Europe Report*, 21 September 2010, Committee on Migration, Refugees and Population. Rapporteur : Mr. Milorad Pupovac.

7. Il est à noter que plusieurs rapports du Centre européen des droits des Roms (ERRC) font référence à plusieurs cas d'abus et de violence physiques exercés sur les Roms par la police, ainsi que des cas de crimes non punis. Voir : www.errc.org.

8. La notion de subalterne renvoie ici à celui qui occupe un « rang inférieur ». La notion a été empruntée à Antonio Gramsci, lequel l'a utilisé pour se référer à des groupes sociaux soumis à l'hégémonie des classes dominantes. Gramsci emploi le concept de subalterne pour la première fois dans ses *Cahiers de prison* (1983). Le concept a par la suite été adopté par les protagonistes des *Postcolonial Studies* et particulièrement dans le cadre des travaux des *Subaltern Studies*. Ce groupe a employé la notion de subalternité pour désigner tous les groupes opprimés (classe ouvrière, paysannerie, femmes, les communautés tribales, etc.), ainsi que pour décrire la subordination.

Focus de la recherche et réflexions sur la violence, la pauvreté et l'exclusion

Ce projet de thèse, à travers une enquête empirique et ethnographique, s'articule autour de deux axes théoriques : (1) la gestion de la population (et des Roms en particulier); (2) les effets que cela produit, notamment la violence, l'exclusion et la marginalisation. Comment s'y prendre pour appréhender une réalité d'une telle complexité, tout en sachant que la violence, comme la pauvreté, est un concept « glissant, non linéaire, productif, destructif, reproducteur[9] [...] et mimétique[10] » (Scheper-Hughes et Bourgois, 2004, p. 1).

D'une part, il y aura lieu de considérer cette violence comme étant « structurelle » – dans le sens où Paul Farmer (2004) l'a définie, se référant à ses recherches dans le domaine de la santé à Haïti. Conceptualisée de la sorte, la violence renvoie à une pluralité et à une complexité de violences d'ordre politique et économique, intrinsèquement liées aux politiques coloniales au fil des siècles, ainsi qu'à la négligence de l'État et à la pauvreté. Farmer souligne qu'il est fondamental d'inscrire cette violence à la fois dans le temps et dans l'espace, car elle circule dans un « habitus » (Bourdieu, 1993), en produisant une violence qu'il qualifie de « structurée et contraignante » et qui a un impact direct et profond sur les corps des vulnérables, en se manifestant comme inégalités sociales, comme formes de racisme, d'inégalités de genre et surtout comme une pauvreté brutale (Farmer, 2004).

D'autre part, et intrinsèquement lié à la violence, il y aura lieu de comprendre les mécanismes par lesquels la pauvreté, l'exclusion et le racisme engendrent la maladie et affectent le statut des femmes roms. Il s'agira de décortiquer ces mécanismes et d'« approfondir la notion de pauvreté et d'espace de pauvreté, soit dans la prise en considération de la plus forte exposition des pauvres aux facteurs de risque ou de vulnérabilité engendrés par la misère » (Massé, 1995, p. 125).

Toutefois, si je considère que la conception de Farmer est très importante pour saisir la complexité de la violence exercée envers les Roms, elle ne nous en dit cependant pas plus et demeure difficile à décortiquer. La proposition de Scheper-Hughes et Bourgois consistant à voir la violence comme un *continuum* (2004) allant de la violence pure et physique jusqu'à celle, symbolique (Bourdieu, 1994), qui entre dans un processus de routine en se transformant en une violence « de tous les jours » (Scheper-Hughes et Bourgois, 2004; Kleinman, 2000), me semble être méritoire malgré ses limites.

Bien que les thèmes de la violence et de la pauvreté en tant qu'objets d'étude soient relativement nouveaux en anthropologie, l'apport analytique

---

9. Pour les auteurs « *violence gives birth to itself* ». (Scheper-Hughes et Bourgois, 2004, p. 1).

10. Ma traduction. La citation originale étant la suivante : « Violence is a slippery concept – nonlinear, productive, destructive and reproductive [...] and mimetic. »

de cette dernière demeure incontournable pour la compréhension de multiples formes de la violence et des effets qu'elle induit dans la vie des individus qui en sont en quelque sorte les sujets. Ce n'est qu'en décortiquant les diverses formes de la violence que l'on comprendra ce qu'elle produit sur la vie des individus. D'après l'anthropologue (et médecin) Arthur Kleinman, la violence crée - et/ou réémerge de - la peur, la rage, un sentiment de perte et elle est, en ce sens, un vecteur de processus culturels qui travaillent à travers des images, des structures et des engagements de la vie quotidienne. Plusieurs auteurs (Bourdieu, 1993; Farmer, 2004; Bourgois, 2009) soutiennent également qu'« une telle violence sociale (ou culturelle) est plus clairement vue dans les déprivations brutales que l'on trouve là où il y a une pauvreté extrême[11] » (Kleinman, 2000, p. 238). D'ailleurs, Louise Blais (1998) à travers sa recherche sur la pauvreté des femmes au Québec, montre que « la pauvreté traverse et infléchit tous les domaines de la vie quotidienne et les enserre de toutes parts » (1998, p. 49). De plus - ajoute-t-elle -, la pauvreté « dans une société est, ou devient, un problème de santé mentale dans la mesure où elle renvoie au risque de se trouver vers les marges sociales » (1998, p. 65).

En considérant le cas des Roms en Albanie et au Kosovo sous cet angle, il s'agit d'analyser tous les enchaînements de la violence exercée sur les femmes roms dans toutes ces formes, ces dynamiques et ces lieux (Kleinman, 2000). De celle du quotidien, dans le foyer intime jusqu'à celle exercée par l'État, au fil du temps, ainsi que celle exercée par les populations majoritaires - souvent motivées par une montée de nationalisme et du racisme. D'ailleurs, l'on ne peut comprendre les causes qui sont au cœur de la question rom aujourd'hui, c'est-à-dire, l'exclusion, la discrimination, la mise au ban et la violence envers eux, si l'on ne comprend pas bien en premier lieu les mécanismes par lesquels cela se produit.

Quelle méthode pour y parvenir ?

Le choix de la méthodologie s'avère ainsi essentiel. Plusieurs des auteurs mentionnés ont travaillé avec des populations vulnérables vivant dans une pauvreté extrême (Bourdieu, 1993; Wacquant, 2007, 2009) souvent fortement liée aux inégalités sociales et affectant directement la santé de ces individus (Kleinman, 2000; Farmer, 2004; Bourgois, 2001, 2009; Massé, 1995; Blais, 1988; Bibeau et Fortin, 2008; De Sotto et autres, 2005; etc.). Ils rencontrent ces individus dans les prisons, leurs quartiers pauvres ou leurs ghettos (Wacquant, 2007, 2009; De Sotto et autres, 2005; Bourgois, 2001, 2009; etc.), dans les hôpitaux ou les centres de santé (Kleinman, 2000; Farmer, 2004; Massé, 1995; Blais, 1988; Bibeau et Fortin, 2008; etc.). Si l'on apprécie l'apport de ces recherches dans la compréhension de la pauvreté, de l'exclusion et du racisme et de leur influence sur la santé des

11. Ma traduction. La citation originale étant la suivante : « such social (or cultural) violence is most clearly seen in the brutal deprivations and predatations found in settings of extreme poverty ».

populations vulnérables, il est à noter que presque tous ces auteurs se sont servis de méthodes qualitatives dans leurs recherches, en privilégiant les entrevues semi-dirigées avec des individus (Kleinman, 2000; Farmer, 2004, 2009; Massé, 1995; Blais, 1988) ou avec groupe-cible (De Sotto et autres, 2005).

En effet, les méthodes qualitatives largement utilisées dans les sciences sociales prennent à juste titre plus de place aujourd'hui dans la recherche en santé mondiale. Néanmoins, d'autres méthodes telles que les méthodes participatives ou les méthodes mixtes sont également employées plutôt dans le cadre des recherches évaluatives, alors que les méthodes quantitatives mises de l'avant par l'épidémiologie ne nous éclaircissent que partiellement sur les causes de phénomènes comme la pauvreté, l'exclusion et le racisme. Par contre, le choix des méthodes qualitatives conduit vers la production des données ethnographiques ou sociologiques, lesquelles permettent une majeure ouverture et profondeur dans l'analyse des données.

Les approches qualitatives et quantitatives ont été distinguées sur la base du type de données utilisées (non numérique ou numérique; structuré ou non structuré), la logique utilisée (inductif ou déductif), le type de recherche (exploratoire, etc.), la méthode d'analyse (interprétative ou statistique), et pour certains, sur la base du paradigme fondamental présumé (positiviste ou interprétatif ou critique, etc.).

En tant qu'anthropologue, même si le choix de méthodes qualitatives va de soi, le modèle ethnoépidémiologique mis de l'avant par Raymond Massé me semble plus adapté pour les recherches effectuées en santé mondiale, car il « permet un raffinement dans la caractérisation des cas de pauvreté » (Massé, 1995, p. 124). Par ailleurs, il considère trois défis posés à l'ethnoépidémiologie par la pauvreté, soit : (a) l'adoption d'une approche moins mécaniste et plus globale dans l'attribution de la situation de pauvreté, d'où (b) l'importance d'une relecture contextualisée des indicateurs de pauvreté; et (c) la compréhension des mécanismes par lesquels la pauvreté engendre la maladie et donc influence négativement l'état de santé des pauvres. C'est à partir de ce dernier défi que l'on peut chercher à « approfondir la notion d'espace de pauvreté », à analyser « les facteurs de vulnérabilité » (Massé, 1995, p. 125) et à comprendre comment la violence, la pauvreté et l'exclusion engendrent la maladie et influencent l'état de santé des femmes roms.

Concrètement, le modèle ethnoépidémiologique permet, d'un côté, d'avoir recours à des données quantitatives de type macro comme les politiques sociales et de la santé des pays à l'étude et, d'un autre côté, à travers l'approche socioculturelle de l'anthropologie, de recueillir des données qualitatives qui permettent de comprendre et d'expliquer des situations spécifiques aux individus se trouvant dans des conditions de vulnérabilité et de précarité accrues.

Bien qu'elles soient distinctes en elles-mêmes, les deux parties du modèle ethnoépidémiologique ne sont pas moins en complémentarité.

Ainsi, faisant référence au diagramme de « l'analyse socioculturelle du problème de santé » développé par Ellen Corin (Corin et autres, 1990), l'on constate que l'épidémiologie se concentre principalement sur la maladie, tandis que l'anthropologie, elle, se focalise sur un problème de santé ou sur les troubles de la maladie. Alors que l'épidémiologie se penche sur des études médicales, donc sur la biomédecine, sur des données quantitatives, sur des indicateurs quantifiables et sur la biostatistique, l'anthropologie, quant à elle, se penche sur des sciences sociales et environnementales, sur des données qualitatives, sur des approches participatives. Toutefois, ce que ces deux approches ont en commun c'est l'être humain.

L'épidémiologie, basée généralement sur une causalité linéaire, se distingue de l'anthropologie qui se base sur une causalité plus complexe prenant en considération des facteurs contextuels macro. Lorsque l'épidémiologie se base sur les caractéristiques des personnes malades et surtout sur leurs habitudes comportementales et leur style de vie (les personnes malades doivent avoir les mêmes caractéristiques), sur l'identification des groupes à risque, l'anthropologie, elle, cherche sa spécificité dans les caractéristiques du contexte dans lequel le problème de santé s'est produit (identification des facteurs économiques, politiques, écologiques, sociaux, etc.), à travers une description du contexte social (des questions d'hétérogénéité sociale et d'inégalités), une description des valeurs culturelles, l'identification des conditions cibles, etc. L'épidémiologie va se pencher directement sur les individus et populations qui sont considérés comme objet d'intervention et où il y a une participation asymétrique de l'individu; tandis que l'anthropologie, elle, se place à l'intérieur des communautés ou des groupes sociaux où la communauté participe et agit en complémentarité.

Quoique les deux perspectives semblent assez éloignées l'une de l'autre, l'introduction de l'anthropologie a enrichi considérablement l'approche épidémiologique en introduisant une part de subjectivité à cette dernière, produisant de cette façon le modèle ethnoépidémiologique. Ce modèle qui fusionne les deux approches propose un cadre d'analyse qui est plus qualitatif et qui se complète par le quantitatif, qui regarde la maladie comme un construit social et culturel. Il permet – me semble-t-il – de mieux comprendre les enjeux sociaux liés à la santé dans un contexte social donné et de mieux répondre à la complexité de la recherche en santé mondiale.

Le choix méthodologique

En conséquence, dans le cadre de ma recherche, je prône une approche holistique qui tient compte à la fois de l'historicité (perspective diachronique) dans laquelle s'inscrit la question rom en Albanie et au Kosovo, des cadres épidémiologiques propres à chaque pays, ainsi que du contexte socioculturel au sein duquel prend corps chacun des phénomènes comme la pauvreté, la violence, la discrimination, etc. Cependant, la complémentarité du modèle ethnoépidémiologique s'est

avérée indispensable pour mon cadre de recherche. Il nous renseigne à la fois sur :

1) des aspects purement quantitatifs comme les statistiques officielles sur les Roms, les données spécifiques sur la démographie, sur l'environnement, sur leurs revenus, sur leurs conditions de travail, sur la nutrition ou plutôt la malnutrition, sur les indicateurs spécifiques de la santé, sur les déterminants sociaux de la santé, sur la situation économique et sociale, sur l'éducation, l'emploi, etc.

2) des aspects qualitatifs comme le statut de la femme rom à l'intérieur d'une communauté et dans son foyer, sa perception de la santé et de l'accès à la santé, sur sa pauvreté et celle de sa communauté, sur la violence et ses diverses et multiples formes.

C'est donc dire que l'on a recours à deux approches qui font bien partie de ce modèle ethnoépidémiologique : les approches *étic* et *émic*.

L'approche *étic* s'articule autour des récits ayant une valeur transculturelle – des données qui vont être utilisées par la communauté scientifique –,. Pour qu'il en soit ainsi, l'*étic* doit respecter l'éthique de la recherche scientifique et la connaissance appréhendée doit être appliquée ailleurs tout en étant logique et rationnelle.

L'approche *émic* s'articule, quant à elle, autour des descriptions – des données qui vont être exprimées dans un cadre conceptuel et former une catégorie considérée significative et appropriée par les membres actifs d'une culture donnée. Cela veut dire qu'elle tient compte et respecte les principes et les valeurs d'une culture. Ainsi, ces données ne font sens que dans le cadre culturel où elles ont été produites. Il s'agit donc de récolter une connaissance dans une communauté donnée.

Pour expliquer concrètement la démarche, l'on se référera à la « matrice socioculturelle » (Corin et autres, 1990) qui tient compte de plusieurs niveaux dans l'analyse d'un problème de santé. Les perspectives retenues sont les suivantes : historique, politico-économique, épidémiologique, socioculturelle et comparative.

Perspective historique : l'histoire des Roms est aussi différente dans chacun de ces pays. Ce niveau d'analyse va d'abord chercher à retracer la pauvreté et la violence afin de contextualiser leurs histoires vécues. Ensuite, cela va nous renseigner sur les fondements des phénomènes de pauvreté et de violence sociale et structurelle exercée au cours de l'histoire des Roms : par qui est-elle exercée, comment et par quels moyens ?

Perspective politico-économique : elle renvoie à un niveau macro correspondant au niveau *étic* à partir duquel sera considéré tout ce qui est lié aux guides et aux rapports spécifiques de l'OMS sur la santé dans les pays concernés, aux politiques et aux statistiques nationales (comme le DHS) de la population en général, et des Roms en particulier. De plus, des

rapports spécifiques faits par des organisations internationales (UNIFEM[12] ou autres) sur la question des violences envers les femmes roms seront examinés.

Perspective épidémiologique : ce niveau correspond au niveau d'analyse *émic* et il renvoie à la fois à la dimension individuelle, celle des femmes roms, et collective, celle de la population rom. Cela implique une collecte de données sur les revenus des femmes roms, leurs conditions de vie et de travail, ainsi que sur les diverses violences (de guerre et autres) qui ont marqué l'histoire récente de cette population. Cela nous informera, de ce fait, sur des données liées à la santé des femmes roms comme le taux de mortalité des femmes roms, le taux de natalité, l'espérance de vie, etc.

Perspective socioculturelle : cela permettra d'approfondir certains aspects liés aux caractéristiques sociologiques des deux pays (comme la structure démographique, l'urbanisation du pays, l'organisation sociale, le système de sécurité sociale, etc.), ainsi que leurs caractéristiques culturelles (comme l'authenticité culturelle des Roms et des femmes roms en particulier, les processus de modernisation des communautés roms et non roms, etc.). De plus, cela va nous renseigner sur la position de la femme rom à l'intérieur d'une communauté donnée, sa perception de la santé, de l'accès à la santé, sur des questions de violence, ainsi que sur plusieurs autres aspects sociaux et culturels qui sont liés à la population concernée. Cette perspective repose sur des données *émic* renvoyant à une culture donnée différente dans chacun des pays à l'étude. Concrètement, je privilégie une approche qualitative s'articulant autour d'entrevues en profondeur avec 30 femmes roms; qu'elles soient dans leur quartier à Tirana en Albanie ou dans les quartiers roms à Prishtina au Kosovo. Ces entrevues, réalisées à plusieurs reprises avec les mêmes personnes, vont servir à la construction et à la reconstruction de leurs récits de vie. C'est donc à partir de leur point de vue que je vais interpréter les effets de la gestion *top-down* sur les communautés roms. Dans ce sens, en m'inspirant de Spivak (1988) et de son discours sur le subalterne, je donnerai ainsi la parole à ces femmes qui représentent le cas le plus marginal dans ces sociétés. Ces données qualitatives seront complétées par des entrevues (semi-dirigées) avec des représentants de la communauté non rom, choisis aléatoirement au Kosovo et en Albanie (20 par pays). Cela peaufinera l'analyse sur la relation entre les Roms et la majorité non rom.

Perspective comparative : à travers cette perspective seront mises en relation les données pour chacun des pays afin de pouvoir mieux comprendre la situation des femmes roms dans ces contextes différents, mais aussi afin de pouvoir nuancer les constructions sociales autour des Roms, c'est-à-dire des mythes et des préjuges qui ont émergé dans chaque pays selon un développement historique différent.

12. UNIFEM - United Nations Development Fund for Women.

Discussion et conclusion

Mon travail de terrain n'étant que dans sa phase initiale, l'analyse des premières données recueillies n'est qu'une analyse préliminaire qui va sûrement être complétée par d'autres données qualitatives substantielles au cours de ma recherche.

Ces données au début de mon travail de terrain portaient exclusivement sur des données quantitatives produites dans le cadre du *Demographic and Health Survey* (DHS, 2010), ainsi que des statistiques nationales sur la santé de la population. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dispose des mêmes données. J'ai constaté qu'elles nous renseignent sur plusieurs indicateurs nationaux de santé tels que la santé maternelle et infantile, ainsi que sur les tendances générales de la santé de la population. En revanche, elles ne nous donnent aucune information sur la santé des femmes roms ou de la population rom en général. D'ailleurs, en Albanie comme au Kosovo, l'on ne connaît même pas après vingt ans de transition postcommuniste le nombre exact de Roms résidant sur ces territoires – les recensements récents (2000 et 2010 en Albanie) ont considéré les minorités (et les Roms) comme faisant partie intégrante de la population albanaise. En ce sens, on ne peut pas retracer des données officielles liées aux minorités. Ainsi, par manque de données précises et fiables, l'on trouve souvent dans les publications des estimations grossières telles que celle-ci : « la population rom en Albanie varie de 80 000 à 150 000 » (UNDP, 2006).

Donc, dans ces statistiques nationales où tout se dilue, la population est considérée comme homogène, alors que la réalité est toute autre, faite de grandes disparités sociales. En l'occurrence, il est presque impossible de saisir les nuances et les différences qui existent entre les minorités et la majorité de la population dans les deux pays. D'ailleurs, le DHS de 2010 reflète les mêmes lacunes : d'une part, il représente une population homogène où les Roms sont entièrement absents; d'autre part, les données quantitatives collectées dans ce cadre ne permettent pas de comprendre les niveaux de pauvreté et d'exclusion selon les couches sociales, ainsi que les raisons pouvant expliquer de tels niveaux de pauvreté. Elles ne nous renseignent pas non plus sur les multiples dimensions de la pauvreté et de l'exclusion, ni sur ses causes et ses effets.

Par contre, plusieurs informations sur ces questions sont là, présentes dans les récits individuels et les mémoires collectives des Roms. Ainsi, si j'avais suivi exclusivement la voie des statistiques officielles de santé, de l'OMS et des ONG, j'aurais raté entièrement toute la richesse de la discussion que j'ai eue cet été lors de l'entrevue avec Bukurie, une femme rom en Albanie. En répondant sur la question de son accès aux soins de santé, elle me disait qu'« elle avait de l'argent pour payer[13] les médecins pour se faire soigner. Mais les autres qui n'ont pas les moyens, souvent

13. Il s'agit de pots-de-vin que les patients doivent payer pour recevoir la visite du médecin.

on leur refuse le service[14] ». Ses récits nous informent sur des éléments très subtils d'une discrimination à la fois raciale, économique et sociale existant dans le système de santé et exercée par les médecins et infirmières. Évidemment, en analyse finale, cette exclusion touche l'état de santé des femmes roms, où l'accès aux soins devient un problème de santé.

Pourtant, j'ai découvert plus tard qu'un cas comme celui-ci n'est pas un cas isolé. Bilal, le seul médecin rom en Albanie, me confirmait que dans l'hôpital où il travaillait, les patients roms sont conduits vers lui par les autres médecins, qui leur disent : « Allez voir Bilan, c'est lui votre médecin » – insinuant ainsi son appartenance à la communauté rom. Lors de l'entrevue, Bilan mentionne aussi en passant qu'il travaillait dans le service d'urgence depuis vingt ans sans avoir la possibilité de faire carrière à l'intérieur de l'institution. Alors que l'institution prétend avoir appliqué le principe des opportunités égales pour tous les employés, il semblerait que ce ne soit pas le cas. Son récit met en évidence une triple discrimination : celle de ces collègues-médecins envers les patients roms, en leur refusant le service car ils sont roms; deuxièmement, cela met en évidence la discrimination de ses collègues envers lui, en tant que médecin rom, et troisièmement, il s'agit d'une discrimination de l'institution envers son employé rom. Il s'agit bien ici d'une discrimination raciale explicite et d'une exclusion sociale.

Les données préliminaires à la fois quantitatives et qualitatives montrent que la femme rom, en particulier, subit une double discrimination fondée à la fois sur l'ethnicité et sur le genre. De plus, la très faible éducation voire son absence renforce sa position à la marge. Aussi, des pratiques humiliantes comme le test de virginité mettent la femme rom dans une position très inférieure dès qu'elle se marie. À cela s'ajoutent les mariages précoces et arrangés à un très jeune âge, sans compter les nombreuses autres difficultés qu'elles rencontrent, notamment celles liées à l'accès au système de soins de santé, ainsi que l'exposition des femmes à de graves dangers tels que le trafic humain (dont elles peuvent être l'objet). Tous ces éléments produisent une situation de vulnérabilité persistante qui renforce les mécanismes d'exclusion où celles et ceux qui sont exclus deviennent vulnérables et où le « vulnérable », par manque d'éducation ou de formation spécifique, est automatiquement exclu du système – un cercle vicieux en somme.

Cette situation produit des effets certains sur le quotidien des populations roms et sur les conditions de vie de nombreuses femmes roms qui sont prises dans ce cercle vicieux et se retrouvent en quelque sorte « hors du système », sans éducation, sans emploi, dans une précarité extrême (Butler, 2004), tout en subissant la violence (Butler et Spivak, 2007).

C'est dans ces interactions directes avec les Roms que l'on s'aperçoit de la richesse de l'information que l'on peut tirer lors des entrevues, et

14. Elle a mentionné ici le cas de sa cousine.

des méthodes qualitatives en général. En d'autres termes, les données lacunaires quantitatives que l'on trouve au niveau national pourraient être complétées par les entrevues riches avec les femmes roms à Tirana et à Prishtina, ainsi qu'avec les gestionnaires, les médecins et les infirmières dans les centres de santé des quartiers roms. C'est pourquoi je me suis focalisée principalement sur des entrevues en profondeur avec les femmes roms et les représentants de l'administration publique. C'est donc dire qu'il s'agit d'une approche qui combine à la fois les méthodes qualitatives et quantitatives.

Même si ces données préliminaires n'expliquent pas entièrement la causalité entre la pauvreté, la violence et les mécanismes par lesquels elles engendrent la maladie, elles nous renseignent sur plusieurs plans. De même, la complémentarité des deux méthodes permet une véritable profondeur dans l'analyse des données et promet de fournir des réponses solides à la question de recherche.

J'aimerais, pour conclure, souligner quelques points qui me semblent très importants dans la recherche en santé mondiale. Si j'ai principalement favorisé le modèle ethnoépidémiologique, dans le cadre de ma recherche, mais non pas exclusivement, il ne représente qu'une des références qui combinent les approches quantitatives et qualitatives. En ce sens, il est très important de dépasser le cadre épidémiologique pour faire de la place aux méthodes qualitatives qui vont enrichir la recherche et contribueront à approfondir l'analyse.

Cependant, dans le cadre d'une recherche ethnographique et empirique, telle que la mienne, on ne peut pas ignorer la présence et le récit de l'Autre, son vécu et sa souffrance sociale. En l'occurrence, il faudrait non seulement faire de la place à l'anthropologue (ou au médecin, au chercheur ou à d'autres acteurs en santé mondiale), mais aussi aux discours de l'Autre (et des Roms dans mon cas) tout au long de la recherche. Comme Gayatri Chakravorty Spivak le souligne dans le *Can the Subaltern Speak?* (1988), et je la rejoins ici, on ne peut pas parler pour l'Autre si l'on ne connaît pas le discours de l'Autre[15] (1988, p. 271). De plus, donner la parole à l'Autre ou donner une « voix » aux « histoires produites localement » (Das, 1989, p. 324) n'est pas une question de quantité ou d'accessibilité du matériel, mais plutôt de la prise en considération, d'autorisation et, en l'occurrence, de légitimation au sein du milieu académique de ces récits officieux.

15. Spivak fait cette argumentation en se basant sur les théories poststructuralistes et en discutant précisément les travaux de Michel Foucault (1965, 1972, 1977), Gilles Deleuze et Félix Guattari (1977) et Jacques Derrida (1967a et 1967b), mais en étant aussi influencée par les travaux d'Edward Said et son ouvrage *Orientalisme* (1978) en particulier. Tout cela en privilégiant une perspective féministe.

Références bibliographiques

Asséo, H., 1994. *Les Tsiganes, une destinée européenne,* Paris, Gallimard.

Bibeau. G. et S. Fortin, 2008. « Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique », dans K.L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec,* Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 111-139.

Blais, L., 1998. *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes,* Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

Bourdieu, P. (dir), 1993. *La misère du monde,* Paris, Seuil.

Bourdieu, P., 1994. *Raisons pratiques,* Paris, Seuil.

Bourgois, P., 2009. « Recognizing Invisible Violence : A Thirty Year Ethnografic Retrospective», dans B. Rylko-Bauer, L. Whiteford and P. Farmer (dir.), *Global Health in Times of Violence,* Santa Fe, N.M., School of Advanced Research Press, p. 18-40.

Bourgois, P., 2001. « The Power of Violence in War and Peace: Post-Cold War Lessons from El Salvador », *Ethnography,* vol. 2, n° 1, p. 5-37.

Butler, J., 2004. *Precarious Life: The Power of Mourning and Violence,* London, Verso.

Butler, J. et G.C. Spivak, 2007. *Who Sings the Nation-State? Language, Politics, Belonging,* Salt Lake City, Seagull Books.

Corin, E., G. Bibeau, J-C. Martin et R. Laplante, 1990. *Comprendre pour soigner autrement,* Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Courthiade, M., 1994. « La diaspora romani : aspects linguistiques », *Plurilinguismes : Langues de diaspora,* vol. 7, p. 13-45.

Das, V., 1989. « Subaltern as Perspective », dans Ranajit Guha (dir.), *Subaltern Studies VI: Writings on South Asian History and Society,* Delhi, Oxford University Press, p. 310-324.

De Heusch, L., 1966. *À la découverte des Tsiganes,* Bruxelles, éd. de l'Institut de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles.

Deleuze, G. et F. Guattari, 1977. *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia,* New York, Viking Press.

Derrida, J., 1967a. *L'Écriture et la différence,* Paris, Seuil.

Derrida, J., 1967b. *De la grammatologie,* Paris, Minuit.

De Soto H., S. Beddies et I. Gedeshi, 2005. *Roma and Evgjit In Albania: From Social Exclusion to Social Inclusion,* Washington, The World Bank.

Farmer, P., 2004. « An Anthropology of Structural Violence », *Current anthropology,* vol. 45, n° 3, p. 305-325.

Foucault, M., *1965. Madness and Civilization.* Translated by Richard Howard, New York, Pantheon.

Foucault, M., 1972. *The Archaeology of Knowledge,* Translated by A. Sheridan Smith, New York, Harper and Row.

Foucault, M., 1977. *Discipline and Punish,* Translated by Alan Sheridan, New York, Pantheon.

Frazer, A., 1994. *The Gypsies,* Oxford, Blackwell.

Gramsci, A., 1983. *Cahiers de prison T2 6, 7, 8 et 9,* Paris, Gallimard.

Kleinman, A., 2000. « The Violences of Everyday Life: The multiple forms and Dynamics of Social Violence », dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphele et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity,* Berkeley, University of California Press, p. 226-241.

Kolsti, J., 1991. « Albanian Gypsies: The Silent Survivors », dans Crowe and Kolsti (dir.), *The Gypsies in Eastern Europe,* Armonk, New York, Sharpe.

Liégeois, J.P., 1994. *Roms, Tziganes, gens du voyage,* Strasbourg, Édition Conseil de l'Europe.

Massé, R., 1995. « Réductionnismes quantitatif et quête de sens dans l'étude des facteurs socioculturels », *Culture et Santé Publique,* Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 113-130.

Pandolfi, M., 2008. « Théâtre de guerres : passions politiques et violences », *Anthropologie et Sociétés,* vol. 32, n° 3, p. 99-119.

Pandolfi, M., 2002. « «Moral entrepreneurs», souverainetés mouvantes et barbelés. Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et Sociétés,* Numéro Spécial, Pandolfi, M. et M. Abélès (dir.), *Politiques jeux d'espaces,* vol. 26, n° 1, p. 29-51.

Piasere, L., 1999. *Un mondo di mondo, antropologia della cultura rom,* Rome, Ancora, gli alberi.

Said, E.W., 1978. *Orientalism,* New York, Vintage Books.

Scheper-Hughes, N. et P. Bourgois (dir.), 2004. *Violence in War and Peace,* London, Blackwell.

Spivak, G.C., 1988. « Can the Subaltern Speak? », dans C. Nelson et L. Grossberg (éd.), *Marxism and the Interpretation of Culture,* Urbana, IL, University of Illinois Press.

Stewart, M., 1997. *The Time of the Gypsies,* Boulder, Colorado, Westview Press.

UNDP, 2006. *The Social Vulnerability of Roma Population in Albania,* Tirana, Albania.

Wacquant, L., 2009. *Prisons of poverty,* Expanded Editions, Minneapolis, University of Minnesota Press.

Wacquant, L., 2007. *Parias urbains. Ghetto, banlieues, État. Une sociologie comparée de la marginalité sociale,* Paris, La Découverte.

ÉTUDE D'ÉVALUABILITÉ DE LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION D'UNE ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) D'AIDE HUMANITAIRE BASÉE AU BURKINA FASO ET AU NIGER (AFRIQUE DE L'OUEST)

Léna D'Ostie-Racine, Christian Dagenais, Mélodie Briand-Lamarche et Valéry Ridde

Introduction

L'évaluation de l'aide humanitaire se définit comme « l'examen systématique et impartial d'actions humanitaires afin d'en tirer des leçons qui permettront d'améliorer les pratiques et les politiques et d'accroître la responsabilisation[1] » (ALNAP, 2006, p. 14). Par ailleurs, bien que les évaluations dans le contexte d'organisations non gouvernementales d'aide humanitaire soient de plus en plus nombreuses (Wood et autres, 2002), les connaissances empiriques sur l'utilisation de l'évaluation dans ce même contexte sont limitées. Les quelques écrits scientifiques portant sur l'utilisation de l'évaluation, c'est-à-dire l'utilisation des connaissances issues du processus ou des résultats d'évaluation (Patton, 2008), décrivent que l'utilisation est plutôt rare ou du moins inconstante (Hendricks, 1994; Podems, 2007). Ils décrivent par ailleurs différents facteurs favorisant l'utilisation de l'évaluation, tels qu'un plan d'évaluation qui est clair et qui concorde avec les besoins des utilisateurs, une approche qui soutient la participation des parties prenantes tout au long du processus d'évaluation et des mécanismes de suivi ciblant des responsables de l'application des recommandations (Johnson et autres, 2009; Sandison, 2006). Toutefois, la présence de ces facteurs et leur niveau d'influence sur l'utilisation de l'évaluation dans le contexte de santé mondiale demeurent peu documentés (ALNAP, 2006; Johnson et autres, 2009; Ridde et autres, 2010; Sandison, 2006).

Afin de documenter les conditions favorables à l'utilisation de l'évaluation dans le champ de la recherche en santé mondiale, une ONG humanitaire ayant implanté un programme d'exemption de paiement des soins de santé au Niger et au Burkina Faso a été approchée. La décision de retenir cette organisation aux fins de l'étude découle de la présence d'une stratégie d'évaluation ayant pour objectif de produire des connaissances empiriques sur son programme d'exemption et de les mettre à profit. Le but d'évaluer cette stratégie est d'examiner les conditions qui influencent l'utilisation des connaissances scientifiques développées. Toutefois, une telle évaluation requiert des ressources considérables en termes de temps, d'argent et d'efforts. C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à une

1. Traduction libre.

étude de l'évaluabilité (EE) d'une telle évaluation (Kaufman-Levy et Poulin, 2003; Sanou et autres, 2011). Développé par Joseph Wholey en 1979, l'EE est un processus systématique qui aide à déterminer si un programme est prêt à être évalué (Kaufman-Levy et Poulin, 2003). Pour y parvenir, ce processus tente de décrire la structure d'un programme et d'analyser la plausibilité et la faisabilité d'atteindre les objectifs du programme; leur adéquation à être évalué en profondeur ainsi que l'acceptabilité d'une évaluation auprès des parties prenantes du programme (Smith, 2005, p. 136).

Dans cette perspective, l'EE actuelle a été effectuée en se basant sur le modèle de Wholey (2004) et vise à déterminer si la stratégie d'évaluation est évaluable et si les processus d'évaluation pour ce faire sont appropriés, réalisables et perçus comme utiles par leurs utilisateurs potentiels. L'article présentera une description du contexte de l'EE actuelle ainsi qu'une élaboration des conditions d'évaluabilité. La méthodologie de l'EE et les procédures d'analyse seront ensuite expliquées. Les résultats seront présentés et seront suivis d'une discussion portant entre autres sur les limites de l'EE et du modèle de Wholey. Finalement, la conclusion se penchera sur la pertinence de mener des EE en contexte d'évaluation de programme en santé mondiale ou plus spécifiquement dans le contexte d'une ONG humanitaire.

Contexte de l'étude

Le Burkina Faso et le Niger se situent dans le Sahel africain, une région très pauvre où la famine de 2005 a eu plusieurs effets néfastes (Ridde et Diarra, 2009). Le taux de mortalité avant l'âge de cinq ans fut estimé en 2011 à 166 pour 1000 naissances vivantes au Burkina Faso et à 160 au Niger (World Health Organization, 2011). Le taux de mortalité maternel fut estimé en 2011 à 560 pour 100 000 naissances vivantes au Burkina Faso et à 820 au Niger (World Health Organization, 2011). En réponse à cette crise, HELP « *Hilfe zur Selbsthilfe e.V.* », l'ONG humanitaire cible de l'étude, a implanté un programme d'exemption de paiement des soins de santé pour minimiser les barrières financières à l'accès aux soins et ainsi réduire la malnutrition chez les mères et les enfants ainsi que les taux de morbidité et de mortalité. Dans le cadre de ce programme, l'organisation subventionne depuis 2006 les soins médicaux pour les femmes enceintes et allaitantes et pour les enfants de moins de cinq ans, et ce, dans deux districts du Niger : Tera et Mayahi (Ridde et Diarra, 2009; Ridde et autres, 2011).

En 2007, le Service d'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), bailleur de fonds de l'ONG, a demandé une évaluation externe du programme d'exemption. Depuis, la collaboration entre l'ONG et les évaluateurs externes n'a cessé de se resserrer, et les efforts d'évaluation et d'utilisation de l'évaluation se sont accrus progressivement. Par exemple, un programme d'exemption fut implanté par l'ONG en 2008 dans deux districts du Burkina Faso (Dori et Sebba) comportant dès sa

création une stratégie d'évaluation. Les partenaires d'évaluation (PE) ayant développé la stratégie pour le Niger et le Burkina Faso incluent les employés de l'ONG HELP, les évaluateurs externes, un représentant de l'organisme ECHO ainsi que les directeurs régionaux de la Santé et les médecins chefs de districts. Ces derniers agissent respectivement à titre de représentants régionaux et de districts pour le ministère de la Santé. Ils ont développé cette stratégie d'évaluation afin de fournir de la rétroaction et un soutien constant au programme d'exemption. L'un des objectifs des PE est d'optimiser l'utilisation de l'évaluation au sein du programme d'exemption. Il nous a donc semblé crucial de cerner les conditions qui favorisent le développement et l'intégration de la stratégie d'évaluation dans l'ONG ainsi que les facteurs d'utilisation des connaissances issues des évaluations réalisées auprès de celle-ci. Toutefois, pour les raisons expliquées plus haut, il est nécessaire, dans un premier temps, de procéder à une étude de l'évaluabilité de la stratégie d'évaluation.

L'étude d'évaluabilité

Dans le cadre de la présente EE, le modèle développé par Wholey (1994, 2004) fut utilisé afin de déterminer si la stratégie d'évaluation de l'ONG HELP est elle-même évaluable. En d'autres mots, la stratégie d'évaluation est le programme dont nous examinons l'évaluabilité. Cette étude examine les quatre conditions préliminaires à l'évaluation de Wholey (1994, 2004) :

1) clarté des cibles, des besoins d'information, des objectifs, des effets secondaires potentiels et possibilité d'élaborer un modèle logique du programme (de la stratégie d'évaluation);
2) plausibilité des cibles et objectifs du programme (de la stratégie d'évaluation);
3) accessibilité des données nécessaires à l'évaluation du programme (de la stratégie d'évaluation);
4) l'utilité de l'évaluation du programme (de la stratégie d'évaluation) est clairement perçue par les utilisateurs potentiels.

Méthodologie

Participants et guide d'entrevue

Pour réaliser cette étude, 20 PE ont été interviewés au Niger et au Burkina Faso au cours de l'été 2009. Ces participants ont été sélectionnés grâce à une stratégie d'échantillonnage par choix raisonnés (Patton, 1990). Premièrement, compte tenu de leur implication importante au sein de la stratégie d'évaluation, la chef de mission de l'ONG ainsi que l'évaluateur principal ont été les premiers à être contactés et rencontrés

en entrevue. À partir de là, la stratégie d'échantillonnage « boule de neige » fut utilisée. Cette stratégie a favorisé la participation d'une variété de PE ayant des perspectives différentes et a permis d'assurer une plus grande validité des interprétations grâce à la triangulation des données (Creswell et Plano Clark, 2006). Lors du recrutement, nous avons contacté les PE par téléphone, nous leur avons expliqué les objectifs de l'EE et avons sollicité leur participation. Seulement trois PE ont décliné notre invitation, expliquant à chaque fois qu'ils auraient aimé participer, mais qu'ils étaient à l'extérieur de la région lors de notre collecte de données. Le tableau 1 présente les entrevues réalisées avec chaque type de partenaires en fonction des sites d'implantation (Niger et Burkina Faso). En raison de leur rôle central dans la stratégie d'évaluation, nous avons réalisé auprès de trois participants deux entrevues afin d'approfondir les sujets abordés. Au total, 23 entrevues ont été réalisées.

Tableau 1 DISTRIBUTION DES ENTREVUES RÉALISÉES

DISTRIBUTION DES PARTENAIRES D'ÉVALUATION	BURKINA FASO	NIGER	NIGER & BURKINA FASO
PERSONNEL DE HELP	4	2	1 (1)
ÉVALUATEURS EXTERNES	5 (1)	2	1 (1)
PERSONNEL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	3	1	
REPRÉSENTANT DE ECHO			1

Les entrevues semi-structurées ont été menées en personne suivant un guide d'entrevue suggérant des questions ouvertes abordant les quatre conditions préliminaires à l'évaluation telles que définies par Wholey (1994, 2004). Les thèmes abordés au cours des entrevues d'une durée approximative de 55 minutes sont présentés au tableau 2. Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et anonymisées pour ensuite être analysées. Bien que les transcriptions soient la source principale d'information de l'étude, les documents liés à la stratégie d'évaluation (ex. plans et rapports d'évaluation, courriels entre PE) ont aussi été analysés afin de trianguler les sources d'information et d'augmenter la validité des conclusions de l'étude (Creswell et Plano Clark, 2006).

Tableau 2

GUIDE D'ENTREVUE

CONDITIONS D'ÉVALUABILITÉ WHOLEY, 1994/2004	EXEMPLES DE THÈMES ABORDÉS DANS LE GUIDE D'ENTREVUE :
1) MODÈLE LOGIQUE	▪ Les activités planifiées dans le cadre de la stratégie d'évaluation ▪ Les objectifs + impacts attendus ▪ Les conditions favorables au développement de la stratégie d'évaluation
2) PLAUSIBILITÉ	▪ L'histoire du développement de la stratégie d'évaluation ▪ Les activités d'évaluation réalisées et les effets observés ▪ Les conditions et facteurs qui favorisent ou nuisent à l'UE
3) ACCESSIBILITÉ AUX DONNÉES	▪ Les expériences des PE au cœur de la stratégie d'évaluation ▪ L'UE ▪ La possibilité d'obtenir des documents sur le programme d'évaluation
4) UTILITÉ D'UNE ÉVALUATION	▪ Perceptions sur l'utilité d'une étude éventuelle sur l'UE à HELP ▪ Perceptions sur la place de l'UE dans le programme d'exemption de l'ONG

Analyses

L'analyse qualitative des entrevues a été effectuée suivant l'approche d'analyse thématique de contenu tel que la définissent Miles et Huberman (1994). Donc, certains codes appliqués lors de l'analyse sont issus des écrits scientifiques sur l'utilisation de l'évaluation alors que d'autres ont émergé du discours des participants. Dans un premier temps, le discours de chaque participant fut analysé en fonction des quatre conditions d'évaluabilité pour être ensuite comparé au discours des autres participants. Cette manière de procéder a permis d'établir un portrait complet de l'expérience collective de collaboration des partenaires dans le cadre de la stratégie d'évaluation.

Résultats

1. Les cibles de la stratégie d'évaluation et son modèle logique

Les PE ont fourni une grande quantité d'information concernant la première condition de Wholey (1994) portant sur les cibles et le modèle logique de la stratégie d'évaluation. Les participants ont exprimé que même si l'utilisation de l'évaluation était une cible partagée par les partenaires dès 2007, le développement d'une stratégie d'évaluation n'était pas un objectif explicite dès le départ. Selon les participants, c'est plutôt au fil du temps, avec les échanges et la collaboration entre l'évaluateur et les décideurs de l'ONG que le projet de développer une stratégie d'évaluation a pris vie. Ce

faisant, afin d'élaborer le modèle logique de la stratégie d'évaluation, il a fallu examiner la dynamique initiale qui a permis son développement.

Comme l'indique le modèle logique préliminaire de la stratégie d'évaluation (figure 1), la première évaluation menée par les partenaires se basait sur une approche participative centrée sur l'utilisation. Elle a eu lieu au Niger en 2007 et fut dirigée par un évaluateur principal de l'Université de Montréal accompagné par deux collègues d'une institution de recherche du Niger. Dans les mois qui ont suivi, l'évaluateur a constaté que les recommandations de l'évaluation étaient implantées par l'ONG (Ridde et autres, 2007). L'utilisation des résultats de l'évaluation afin d'effectuer certaines modifications dans le fonctionnement de l'ONG a encouragé l'évaluateur principal à maintenir le contact avec les partenaires de l'ONG.

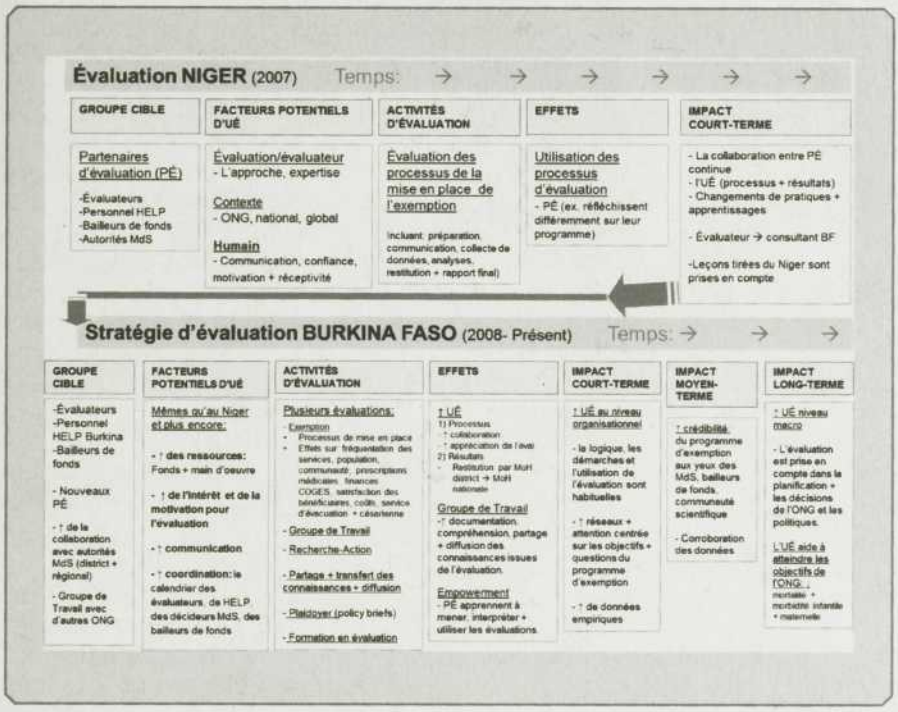
Lorsque l'ONG étendit son programme d'exemption au Burkina Faso, elle fit appel à l'expertise de l'évaluateur principal afin qu'il agisse comme conseiller scientifique pour la planification du programme. L'organisation prit ainsi soin d'intégrer dans cette planification les leçons tirées de l'évaluation du programme en 2007 au Niger et décida de développer une stratégie d'évaluation plus formelle et active afin 1) de documenter les activités et les effets du programme d'exemption et 2) de diffuser les résultats d'évaluation pour appuyer un plaidoyer favorisant l'exemption à l'échelle nationale.

L'intégration de la stratégie d'évaluation au programme d'exemption dans les deux districts du Burkina Faso a nécessité une augmentation du financement, des activités d'évaluation et du réseautage de l'ONG. Par exemple, un employé a dû être embauché afin de gérer les activités scientifiques. De plus, des collaborations étroites ont dû être établies avec les directeurs régionaux de la Santé (DRS) et les médecins chefs de districts (MCD) détenant un accès privilégié à des données, notamment celles collectées dans leurs centres de santé, ainsi que la capacité d'agir comme porte-paroles crédibles en matière d'accès équitable aux soins de santé sur la scène politique.

De plus, en intégrant des évaluations participatives du programme d'exemption, les PE espèrent développer leurs compétences en évaluation et se sentir plus à l'aise à utiliser l'évaluation. L'objectif à long terme est que l'utilisation de l'évaluation devienne partie intégrante du programme d'exemption de l'ONG et que les décideurs collaborent plus étroitement avec l'organisation afin de faire une place de choix aux données probantes dans leur processus décisionnel. Ultimement, les PE espèrent que l'utilisation de l'évaluation contribue à réduire la malnutrition chez les mères et les enfants ainsi que les taux de morbidité et de mortalité.

Ainsi, l'analyse des entrevues a permis de mieux comprendre le développement de la stratégie d'évaluation, d'en révéler les principaux objectifs et cibles et d'en élaborer un modèle logique préliminaire.

Figure 1 LE MODÈLE LOGIQUE PRÉLIMINAIRE DE LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION



2. Plausibilité : pertinence des objectifs de la stratégie d'évaluation

La seconde condition d'évaluation décrite par Wholey (1994) est le réalisme et la pertinence des objectifs du programme (Thurston et autres, 2003). Dans le cas présent, cela implique de s'assurer que les objectifs de la stratégie d'évaluation sont pertinents et plausibles et que le modèle logique préliminaire est réaliste. Pour ce faire, les catégories de facteurs influençant l'utilisation de l'évaluation (facteurs liés à l'évaluation, facteurs liés au contexte et facteur humain) selon Alkin et Taut (2003) ont été utilisées dans la présente étude.

2.1 Facteurs liés à l'évaluation et aux évaluateurs

Le premier facteur est lié au processus d'évaluation et aux caractéristiques des évaluateurs. En 2007, les résultats de la première évaluation furent présentés à l'ONG ainsi qu'à ses partenaires qui ont été réceptifs aux critiques constructives et aux recommandations de l'évaluateur. Pourtant, comme l'expriment deux PE, le personnel de l'ONG était réticent

à l'idée que des résultats « négatifs » soient transmis au bailleur de fonds, craignant que cela ne compromette leur financement (EE1; HS17). À la suite de débats, l'évaluateur principal a diplomatiquement négocié que le rapport final parvienne au bailleur de fonds. Selon un représentant de ce dernier, cela était normal et important. Celui-ci a aussi apprécié la qualité des activités scientifiques de la stratégie d'évaluation affirmant : « [qu'elles] étaient toutes pertinentes et intéressantes » (ER1). Ce faisant, le financement de l'ONG a été renouvelé et son personnel a pu appliquer les recommandations de l'évaluation. Un représentant de l'ONG (HS4) a mentionné que, depuis cette évaluation au Niger, le programme d'exemption a bénéficié de l'apport continu d'évaluations scientifiques et des conseils des évaluateurs externes. L'ensemble de ces évaluations emploie généralement une approche participative pluraliste basée sur l'utilisation (voir Patton, 2008). Ainsi, les PE sont impliqués dans les différentes étapes du processus d'évaluation. Un équilibre positif entre les ressources allouées aux activités scientifiques et la qualité des évaluations semble soutenir une bonne collaboration entre les PE. Les entrevues ont permis de constater qu'un niveau élevé de satisfaction et de confiance mutuelle s'est établi entre ces partenaires.

En ce qui a trait aux caractéristiques des évaluateurs, celles qui émergent des entrevues concernent surtout l'évaluateur principal qui a été davantage en contact avec les PE. L'évaluateur a été décrit par plusieurs comme étant un expert en matière de gratuité des soins, à la recherche de connaissances pertinentes et comme étant une personne amicale avec qui ils ont établi une relation de confiance. Comme l'explique un représentant de l'ONG : « Nous sentons vraiment qu'il souhaite que ça fonctionne et que les choses changent [...] même entre les évaluations, nous pouvons toujours lui adresser nos questions » (HS4). Un autre facteur important pour le développement de la stratégie d'évaluation, comme le mentionne un des évaluateurs (EE3), est l'embauche d'un coordonnateur des activités de la stratégie d'évaluation au Burkina Faso. Un représentant de l'ONG explique : « Nous n'avons pas, nous-mêmes, l'expertise scientifique nécessaire pour mener les activités d'évaluation » (HS4). Plusieurs PE ont affirmé que les évaluateurs leur envoient régulièrement des informations sur des programmes d'exemption ou des possibilités de financement et que la collaboration avec eux est désormais intégrée dans la routine. Ainsi, l'analyse des entrevues démontre qu'un nombre important de caractéristiques de l'évaluation et de l'évaluateur soutiennent la plausibilité et la pertinence des objectifs de la stratégie d'évaluation.

2.2 Facteurs contextuels

La description des facteurs contextuels d'Alkin et Taut (2003) inclut les caractéristiques intraorganisationnelles et interorganisationnelles, de même que les facteurs communautaires externes. Des facteurs intraorganisationnels favorables de l'ONG incluent entres autres une forte collaboration entre les PE, un relativement faible taux de roulement des employés de l'ONG et des fonds alloués à la stratégie d'évaluation. En

ce qui concerne les facteurs externes, plusieurs participants ont souligné que les politiciens locaux sont réfractaires aux programmes d'exemptions et prônent davantage des stratégies de recouvrement où les patients assument une partie des frais. Néanmoins, certains ajoutent que les décisions politiques récentes sont davantage favorables aux programmes d'exemption. De plus, comme l'indique un évaluateur, le contexte politique de décentralisation du Burkina Faso a permis aux DRS et MCD de collaborer au programme d'exemption et de participer à la stratégie d'évaluation de l'ONG sans nécessiter l'autorisation des autorités nationales. Ils constatent maintenant une augmentation de la fréquentation des centres de santé par la population ciblée dans leurs districts (HELP, 2008). Leur position politique et leurs capacités à témoigner des mérites de l'exemption à leurs collègues des autorités nationales du ministère de la Santé sont certes un facteur soutenant les objectifs de la stratégie d'évaluation (EE3; EE8). Un consultant de HELP décrit le contexte burkinabé en matière de santé publique comme étant davantage favorable à l'utilisation de données probantes puisque dorénavant même les programmes gouvernementaux doivent faire leurs preuves (EE5).

Certains participants ont également nommé des facteurs communautaires externes tels que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies au sujet de la santé maternelle et de la mortalité infantile (United Nations, 2009). Selon ces participants, les OMD pourraient inciter les bailleurs de fonds d'agences internationales et les décideurs africains à considérer davantage les alternatives au paiement direct des soins de santé par les utilisateurs afin d'améliorer la santé des mères et des enfants (Ridde et Diarra, 2009). Une autre source potentielle d'influence est le rapport d'Amnistie internationale sur la mortalité maternelle (Amnistie internationale, 2009). De telles pressions externes pourraient effectivement influencer la réceptivité politique à la documentation et aux activités de promotion de HELP pour l'extension des programmes d'exemption.

2.3 Facteurs humains

Les facteurs humains incluent les caractéristiques organisationnelles, personnelles et professionnelles des PE (Alkin et Taut, 2003). La caractéristique prédominante identifiée est l'intérêt et l'engagement des PE face à la stratégie d'évaluation et à son utilisation. À ce propos, le représentant du bailleur de fonds explique que cet engagement est dû « à l'équipe hautement motivée de l'ONG qui a su s'entourer d'autres personnes motivées et compétentes [et] qu'ils espèrent maintenant avoir un impact sur les politiques nationales du Burkina Faso » (ER1). Les évaluateurs affirment eux aussi que les PE ont démontré un intérêt marqué pour l'évaluation et une réceptivité exceptionnelle envers la critique constructive. Ils notent également une grande ouverture à revoir leurs pratiques en fonction des recommandations de l'évaluation (EE3; EE8). Concernant la collaboration avec les DRS et MCD, un évaluateur mentionne : « La première phase nous a permis d'établir une relation

avec eux [...] ils ont été intéressés par nos activités de documentation et nous étions motivés à ce qu'ils participent » (EE3). Ainsi, les entrevues ont permis de constater que plusieurs facteurs humains soutiennent l'atteinte des objectifs de la stratégie d'évaluation.

3. Accessibilité des données nécessaires à l'évaluation

La troisième condition de Wholey (1994) cible l'accessibilité des données nécessaires pour réaliser une évaluation. Tous les PE interrogés étaient indéniablement réceptifs à l'idée de participer à l'évaluation de la stratégie d'évaluation. Ils ont identifié plusieurs types d'utilisations de l'évaluation. Notamment, des changements organisationnels ont eu lieu suite à l'intégration de la stratégie d'évaluation dans le mandat du programme d'exemption. Par exemple, l'ONG a resserré ses liens avec les DRS et MCD afin d'assurer une meilleure collaboration au sein du système de santé tel que recommandé par les évaluateurs. Au niveau du programme d'exemption, une recherche-action a démontré que plusieurs femmes continuaient d'accoucher sans assistance médicale, parce qu'elles n'étaient pas informées de celui-ci (Nougtara, 2009). Comme l'affirme un des MCD : « Nous avons réalisé que nous devions redoubler nos efforts de sensibilisation. Cela est maintenant inclus dans notre plan d'action » (MdS15).

Le développement de compétences via l'utilisation processuelle (voir « *process use* » de Patton, 1998) est aussi un constat que font les PE lorsqu'ils affirment qu'en participant aux évaluations, ils ont approfondi leur compréhension des données, de la méthodologie scientifique, des modèles logiques et de la santé publique. Les PE ont aussi rendu disponible, dans le cadre de la présente EE, différents documents issus des nombreuses activités d'évaluation de l'exemption. En conclusion, les PE sont en mesure de fournir les informations nécessaires à l'évaluation de l'utilisation de l'évaluation et ils sont disposés à le faire.

4. L'utilité d'évaluer la stratégie d'évaluation

La quatrième condition de Wholey est l'utilité perçue d'une évaluation de la stratégie d'évaluation (Wholey, 1994). Bien que plusieurs des participants aient profité de la présente étude pour exprimer leurs préoccupations face à la stratégie d'évaluation, plusieurs ont aussi suggéré que l'évaluation de cette stratégie permettrait d'en améliorer l'utilisation.

Les participants étaient catégoriques; bien que la stratégie d'évaluation ait été particulièrement productive, des préoccupations importantes demeurent. Par exemple, lorsque les objectifs de la stratégie d'évaluation furent examinés, il apparut clairement que le poids relatif attribué à chacun des types d'utilisation de l'évaluation variait d'un partenaire à l'autre. Pour certains, l'évaluation sert d'abord à identifier et modifier les défaillances du programme, de même qu'à en identifier les acquis. Pour d'autres, la priorité est d'accumuler des données probantes pour nourrir

les activités de plaidoyer. Ces divergences entre participants impliquent que les évaluateurs gèrent plusieurs objectifs à court et à long terme, provoquant de la confusion et de la tension entre les PE et révélant une nécessaire attention afin de faciliter de futures collaborations. Bien que ces deux priorités réfèrent à différents types d'utilisation (Rich, 1997; Weiss, 1998), elles sont compatibles et sont incorporées de manière cohérente dans le modèle logique préliminaire.

D'autres préoccupations furent exprimées par les participants. Certains ont avancé que les objectifs et les bénéfices de la stratégie d'évaluation sont parfois imprécis. Un représentant de l'ONG a mentionné que certains employés ont l'impression que les évaluateurs vont et viennent comme ils le feraient dans un laboratoire simplement pour collecter des données (HS4). Aussi, bien qu'il ait été mentionné plus tôt que les PE communiquent régulièrement ensemble, plusieurs ont exprimé un désir de formaliser leurs communications (sur les objectifs de la stratégie d'évaluation, les plans et les procédures de collaboration et des cadres temporels des évaluations) afin de mieux coordonner les activités d'évaluation et de réduire les incompréhensions. Un évaluateur a exprimé qu'il est conscient de ces besoins et que l'équipe d'évaluateurs fait des efforts grandissant afin d'y répondre (EE8).

De plus, le niveau de participation requis pour les évaluations est considéré comme un défi. Les évaluateurs constatent généralement une bonne implication des PE, malgré quelques résistances ou signes de désengagement. Quant aux partenaires, certains avouent trouver difficile d'intégrer les activités d'évaluations à leur horaire déjà chargé. Un MCD a mentionné que les employés de son centre de santé se sont plaints du nombre élevé d'évaluations (MdS14). Un partenaire ajoute que les évaluations requérant des ressources de l'ONG (comme un véhicule) provoquent davantage de résistance, entrant parfois en conflit avec les activités régulières (ex. la supervision routinière des centres de santé). Aux yeux des évaluateurs, le réel défi est d'intégrer complètement la stratégie d'évaluation au sein même du programme d'exemption, de façon à ce que les PE cessent de la percevoir comme un mandat parallèle qui parfois même entre en compétition au niveau des ressources de l'ONG. Un évaluateur exprime qu'il souhaiterait que les PE réalisent l'apport de cette intégration afin que la stratégie puisse réellement se développer et appuyer l'atteinte des objectifs du programme d'exemption en informant ses parties prenantes sur leur travail commun.

Un autre défi se pose concernant le rythme et les priorités respectives des trois catégories de partenaires impliqués dans la stratégie d'évaluation; le personnel d'aide humanitaire d'urgence, les décideurs politiques et les évaluateurs. Comme l'explique un consultant, un objectif de la stratégie d'évaluation est de rendre les données probantes disponibles aux décideurs. Toutefois, le rythme des activités d'évaluation et des processus décisionnels coïncide rarement. À cet égard, un consultant en recherche mentionne que « Les politiciens sont parfois poussés à prendre des décisions avant que les données probantes ne soient disponibles ou dans des directions qui contredisent les données disponibles » (EE5).

Alors que l'évaluation exige du temps, les fonds d'urgence permettent difficilement de planifier des activités à long terme. Comme le mentionne un évaluateur : « cela nous oblige à jongler avec des agendas différents » (EE8). Cette situation place les PE dans une position précaire. Le programme d'exemption fonctionnant grâce à un fonds d'aide humanitaire d'urgence, les PE cherchent à convaincre les décideurs politiques et de nouveaux bailleurs de fonds de financer l'exemption de manière pérenne, ce qui est difficile dans le secteur humanitaire auquel appartient l'ONG. D'ailleurs, plusieurs participants croient qu'il serait bénéfique que l'ONG abandonne la recherche de financement afin de se concentrer sur le soutien technique et la production de données probantes en lien avec le programme d'exemption. Un partenaire explique qu'une évaluation de la stratégie d'évaluation pourrait fournir des suggestions quant aux moyens d'améliorer les activités d'évaluation et de plaidoyer afin de soutenir l'adoption d'une politique pérenne d'exemption par l'État (ER1). Somme toute, les PE s'entendent pour dire qu'une évaluation de la stratégie d'évaluation contribuerait à améliorer le travail d'équipe et à élaborer et soutenir le mandat global du programme d'exemption.

Un résumé des résultats concernant les quatre conditions de faisabilité de l'évaluation est présenté au tableau 3.

Tableau 3

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

CONDITIONS D'ÉVALUABILITÉ	
1) MODÈLE LOGIQUE	▪ Le modèle logique illustre la progression des activités scientifiques, les objectifs communs des PE et leur implication envers l'UE sur une ligne du temps cohérente. ▪ Le modèle logique préliminaire présente un plan pertinent à la future évaluation de l'UE au sein de l'ONG.
2) PLAUSIBILITÉ	▪ Les résultats suggèrent que les objectifs de la stratégie d'évaluation sont à la fois appropriés et plausibles. ▪ La stratégie d'évaluation se développe bien et ses activités sont aidantes pour les PE. ▪ De nombreux facteurs soutiennent le développement de la stratégie d'évaluation et l'utilisation continue de l'évaluation.
3) ACCESSIBILITÉ AUX DONNÉES	▪ Les PE ont fourni beaucoup d'information au sujet de la stratégie d'évaluation et de l'UE au sein du programme d'exemption. ▪ Compte tenu du grand nombre d'exemples d'UE au sein du programme d'exemption, la stratégie d'évaluation représente un cas opportun pour étudier l'UE dans un contexte de santé mondiale et d'aide humanitaire.
4) UTILITÉ	▪ Les participants se sont montrés intéressés à participer à une future évaluation de l'UE. ▪ Les participants ont soulevé des défis méritant une certaine sensibilité et nécessitant un examen plus approfondi par les PE. ▪ Les participants suggèrent qu'une évaluation sur leur UE pourrait les aider dans leur travail d'équipe et en conséquence appuyer davantage le succès de leur stratégie d'évaluation.

Discussion

Le modèle d'EE de Wholey (1994, 2004) a permis d'examiner quatre conditions préliminaires à l'évaluation et de déterminer que la stratégie d'évaluation de l'ONG est évaluable. Toutefois, certains éléments limitent la portée de cette étude. D'abord, puisque tous les PE n'ont pas été interviewés, les résultats ne représentent pas l'ensemble des points de vue. D'ailleurs, les opinions provenant du Burkina Faso sont surreprésentées au niveau du nombre d'entrevues menées. L'implication de ce biais potentiel est moins importante puisqu'il s'agit d'une étude préliminaire. Des mesures devront toutefois être entreprises lors de l'évaluation de la stratégie d'évaluation pour en diminuer la portée.

Une autre limite possible concerne le rôle des évaluateurs externes au sein de l'ONG et leur objectivité. Selon Patton et LaBossière (2009), le rôle des évaluateurs varie en fonction des objectifs d'évaluation. Lorsque l'objectif est de déterminer la valeur globale d'un programme, les évaluateurs agissent en tant que juges, alors que lorsque l'objectif est de contribuer à améliorer le programme, ils agissent en tant que conseillers. Dans le cas présent, les deux mandats incombaient aux évaluateurs qui ont négocié depuis 2007 un équilibre entre les rôles de juges et de conseillers. Il est donc possible que des participants aient restreint l'expression de leurs désaccords ou inconforts face aux évaluateurs ou à la stratégie d'évaluation, et donc que le contenu des entrevues soit teinté d'un discours normatif.

Le modèle de Wholey a fourni des lignes directrices utiles à la présente EE. Cela dit, l'adaptation de ce modèle au contexte actuel s'est avérée ardue. Une difficulté récurrente fut de tracer la ligne permettant de considérer qu'une condition est remplie. Par exemple, quelle quantité d'information est nécessaire pour la deuxième condition afin de considérer que les cibles et les objectifs de la stratégie d'évaluation sont appropriés et plausibles ? Ne trouvant aucun repère à cet égard malgré nos recherches dans la littérature scientifique, nous avons considéré toute forme d'utilisation de l'évaluation comme un indicateur pertinent appuyant le motif d'évaluation de la stratégie d'évaluation. Puisque les entrevues ont révélé une grande utilisation de l'évaluation par les partenaires, cet enjeu ne fut pas problématique dans le cas présent. Il n'en demeure pas moins qu'une ambiguïté subsiste quant aux critères de définition des conditions d'évaluabilité. Ainsi, comme le souligne Trevison (2007, p. 298) : « il y a un travail considérable à faire afin d'améliorer l'implantation et l'utilisation des EE ». Il ajoute qu'« il y a peu de lignes directrices aidant à l'implantation et à l'utilisation des EE[2] » (2007, p. 299) et que le concept et la méthode de telles études manquent de clarté.

Dans le contexte actuel, effectuer une EE fut crucial afin de valider l'utilité et la pertinence d'évaluer la stratégie d'évaluation de l'ONG HELP. Cela a aussi permis d'orienter la future évaluation. Comme le suggère

2. Traduction libre.

Thurston et autres (2003, p. 220) : « Une EE est une solution efficiente recommandée par les auteurs pour les projets en stade formatif et qui nécessitent d'être dirigés, évalués et monitorés[3]. » Le modèle de Wholey (1994, 2004), malgré ses défaillances, fut jugé adéquat afin de mener à bien l'EE actuelle. Toutefois, un approfondissement méthodologique serait pertinent afin d'en optimiser la portée.

Conclusion

En conclusion, plusieurs chercheurs rapportent des délais importants existants entre la production des connaissances scientifiques et leur utilisation par les milieux de pratique et de prise de décision (Dobbins et autres, 2002; Lomas, 1991; Utterback, 1974). Dans le secteur de la santé, ces délais peuvent avoir un effet délétère sur les populations vulnérables (Dobbins et autres, 2002). Les résultats des évaluations produites montrent que le programme d'exemption actuel de l'ONG facilite l'accès aux soins de santé pour ces populations (Ridde et Queuille, 2010). Afin de renforcer le mandat de l'ONG, l'utilisation de connaissances scientifiques issues des évaluations fut intégrée au Niger en 2007 et dès le début de la mission au Burkina Faso, en 2008. Comme Young (2005) le souligne, les obstacles financiers représentent un défi à la production de recherche empirique en Afrique. Les organisations internationales œuvrant en santé mondiale (telles que l'ONG et ses bailleurs de fonds) aptes à financer et produire des connaissances scientifiques sont encore confrontées aux différentes questions concernant l'utilisation de l'évaluation, le succès de la stratégie d'évaluation se basant largement sur la prémisse que ces évaluations seront utilisées. Ainsi, l'évaluation de cette stratégie dont l'évaluabilité a maintenant été déterminée pourra certainement apporter des éléments de réponse à ces questions.

Références bibliographiques

Alkin, M.C. et S.M. Taut, 2003. « Unbundling evaluation use », *Studies in Educational Evaluation*, vol. 29, p. 1-12.

ALNAP, 2006. *Evaluating humanitarian action using the OECD-DAC criteria: An ALNAP guide for humanitarian agencies*, Londres, Overseas Development Institute. www.alnap.org/pool/files/eha_2006.pdf [consulté le 3 juin 2011].

Amnistie internationale, 2009. *Donner la vie, risquer la mort : combattre la mortalité maternelle au Burkina Faso*, Londres, Royaume-Uni, Amnistie internationale. www.amnesty.org/fr/news-and-updates/news/president-burkina-faso-commits-lifting-financial-barriers-maternal-health-meeting-amnesty-international [consulté le 5 juin 2010].

3. Traduction libre.

Creswell, J.W. et V. Plano Clark, 2006. *Designing and conducting mixed methods research*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Dobbins, M., D. Ciliska, R. Cockerill, J. Barnsley et A. DiCenso, 2002. « A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 9, n° 1, p. 149-160.

HELP, 2008. *Annual Report 2008*. HELP-Hilfe zur Selbshilfe e.V. Bonn, Germany. www.help-ev.de/download.html?&L=4 [consulté le 22 novembre 2009].

Hendricks, M., 1994. « Making a splash: Reporting evaluation results effectively », dans J.S. Wholey et K.E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical Program Evaluation*, San Francisco, Calif., Jossey-Bass, p. 549-575.

Johnson, K., L.O. Greenseid, S.A. Toal, J.A. King, F. Lawrenz et B. Volkov, 2009. « Research on evaluation use: A review of the empirical literature from 1986 to 2005 », *American Journal of Evaluation*, vol. 30, n° 3, p. 377-410.

Kaufman-Levy, D. et M. Poulin, 2003. *Evaluability assessment: Examining the readiness of a program for evaluation*, Juvenile Justice Evaluation Center, Office of Juvenile Justice & Delinquency Prevention, Washington, D.C., U.S. Department of Justice. www.jrsa.org/pubs/juv-justice/evaluability-assessment.pdf [consulté le 3 mars, 2011].

Lomas, J., 1991. « Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations », *Annual Review of Public Health*, vol. 12, n° 1, p. 41-65.

Miles, M.B. et M. Huberman, 1994. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, Newbury Park, Sage Publications.

Nougtara, A., 2009. *Atelier de formation des agents du RAME et des districts de Dori et Sebba en recherche-action : Rapport d'exécution de l'atelier*, Ouagadougou, Burkina Faso, RAME.

Patton, M.Q., 1990. *Qualitative evaluation and research methods*, New York, Sage Publications.

Patton, M.Q., 1998. « Discovering Process Use », *Evaluation*, vol. 4, n° 2, p. 225-233.

Patton, M.Q., 2008. *Utilization-focused evaluation*, Los Angeles, Calif., Sage Publications.

Patton, M.Q. et F. LaBossière, 2009. « L'évaluation axée sur l'utilisation », dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Podems, D., 2007. « Process use: A case narrative from Southern Africa », dans J.B. Cousins (dir.), *New Directions for Evaluation*, vol. 116, San Francisco, Jossey Bass, p. 87-97.

Rich, R., 1997. « Measuring knowledge utilization: Processes and outcomes », *Knowledge, Technology & Policy*, vol. 10, n° 3, p. 11-24.

Ridde, V. et A. Diarra, 2009. « A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa) », *BMC health services research*, vol. 9, n° 1, p. 89.

Ridde, V., A. Diarra et M. Moha, 2007. *HELP : Programme de gratuité de l'accès aux services de santé - assistance médicale pour la population vulnérable dans les départements de Mayahi et de Tera – Niger*, Rapport d'évaluation, Ouagadougou, Burkina Faso.

Ridde, V., A. Diarra et M. Moha, 2011. « User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts », *Health Policy*, vol. 99, p. 219-225.

Ridde, V., S. Goossens et S. Shakir, 2010. « Short-term consultancy and collaborative evaluation in a post-conflict and humanitarian setting: Lessons from Afghanistan », *Evaluation and Program Planning*, vol. 35, n° 1, p. 180-188.

Ridde, V. et L. Queuille, 2010. *L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. Expériences pilotes au Burkina Faso*, 44 p.

Sandison, P., 2006. « The utilisation of evaluations », *ALNAP Review of Humanitarian Action*, vol. December 2006, p. 89-142. www.alnap.org/pool/files/ch3-f1.pdf [consulté le 6 mai 2010].

Sanou, A., B. Kouyaté, G. Bibeau et V. Nguyen, 2011. « Evaluability assessment of an immunization improvement strategy in rural Burkina Faso: Intervention theory versus reality, information need and evaluations », *Evaluation and Program Planning*, vol. 34, n° 3, p. 303-315.

Thurston, W.E., J. Graham et J. Hatfield, 2003. « Evaluability assessment », *Evaluation & the Health Professions*, vol. 26, n° 2, p. 206-221.

Trevisan, M.S., 2007. « Evaluability assessment from 1986 to 2006 », *American Journal of Evaluation*, vol. 28, n° 3, p. 290-303.

United Nations, 2009. *Millenium Development Goals Report*, New York, United Nations. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/mdg_report_09.pdf [consulté le 7 novembre 2010].

Utterback, J.M., 1974. « Innovation in industry and the diffusion of technology », *Science*, vol. 183, n° 4125, p. 620-626.

Weiss, C.H., 1998. « Have we learned anything new about the use of evaluation? », *American Journal of Evaluation*, vol. 19, n° 1, p. 21-33.

Wholey, J.S. (éd.), 1994. *Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass.

Wholey, J.S., 2004. « Evaluability Assessment », dans J.S. Wholey, H.P. Hatry et K.E. Newcomer (eds.), *Handbook of practical program evaluation*, 2nd ed., San Francisco, Jossey-Bass.

Wood, A., R. Apthorpe et J. Borton, 2002. *Évaluer l'action humanitaire : Points de vue de praticiens*, Paris, Karthala.

World Health Organization, 2011. *World Health Statistics 2011*. Geneva, Switzerland, WHO. www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html [consulté le 6 février 2012].

Young, J., 2005. « Research, policy and practice: why developing countries are different », *Journal of International Development*, vol. 17, n° 6, p. 727-734.

PARTIE 3

STRATÉGIES OPÉRATIONNELLES

UNE INCURSION DANS LE MONDE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION EN SANTÉ MONDIALE : QUELQUES APPRENTISSAGES ISSUS DE LA PRATIQUE

Marie Gervais

Introduction

Il m'a fait grand plaisir de répondre à cette invitation de la part du comité organisateur du colloque transdisciplinaire touchant la recherche en santé mondiale réalisée dans le cadre du Congrès de l'Acfas 2011. Voilà une excellente occasion qui nous est donnée de réfléchir ensemble sur nos pratiques et sur la façon dont on pourrait optimiser nos actions et leurs retombées sur la santé et le bien-être des populations que l'on côtoie à l'occasion de nos projets sur le terrain.

Mais sur quoi bâtir cette analyse réflexive ? J'utiliserai la diversité d'expériences en recherche/évaluation (R/E) en santé mondiale auxquelles j'ai participé au cours de la dernière décennie dans les pays en développement ou émergents, principalement dans l'espace francophone. Ces expériences, je les ai conduites à titre de chercheuse/évaluateure, d'experte-conseil ou de formatrice, soit lors de la réalisation de projets complexes touchant la santé et divers enjeux de l'aide au développement ou encore lors d'activités d'accompagnement visant la structuration et le renforcement des associations et réseaux en évaluation, l'institutionnalisation de l'évaluation au sein des différentes structures de pays et le renforcement des capacités en évaluation chez les individus, les organisations, les universités et les institutions de l'État.

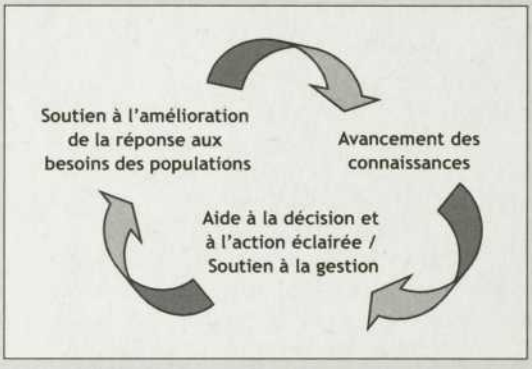
En rétrospective, qu'est-ce qui se dégage de l'ensemble de ces expériences ? Voilà ce à quoi je vous convie aujourd'hui, soit une incursion dans ce monde de la R/E, afin d'en dégager quelques constats et apprentissages à partager, à discuter. À cette fin, deux regards distincts sont d'abord posés sur ces expériences. Un premier regard permet de dégager quelques avancées importantes, forces, acquis de notre pratique en santé mondiale. Un second cible, quant à lui, certains déficits et zones actuellement sous-optimales de cette même pratique. Ceux-ci nous inspireront pour orienter le futur et suggérer quelques chantiers à investir de façon prioritaire, et ce, qui que l'on soit en terme de positionnement professionnel, et où que l'on exerce en terme de terrain de pratique.

Je me permettrai maintenant d'ouvrir une parenthèse expliquant pourquoi je combine, aux fins de cette analyse réflexive, à la fois mes expériences en recherche et en évaluation. Que ce soit à titre de chercheuse ou d'évaluateure, je me positionne comme une productrice de connaissances découlant, soit des résultats émergeant directement de la démarche scientifique utilisée, soit des enseignements dégagés de

cette même démarche. Mais plus encore, l'objectif visé est d'assurer une appropriation et une utilisation optimale de ces résultats et enseignements afin d'alimenter la prise de décision et d'orienter les actions subséquentes. La figure 1 témoigne de ce processus évolutif et itératif. Les notions d'utilisation des résultats et des apprentissages et de leur utilité sont donc centrales dans ma pratique et interpellent constamment, et dès le départ, une réflexion sur les conditions de succès nécessaires pour y arriver. J'abonde ici dans le même sens que Cousins, Donohue et Bloom (1996, p. 215) lorsqu'ils mentionnent : « *The evaluator's primary function is to maximize intended uses by intended users of evaluation data.* »

Figure 1

FINALITÉS RECHERCHÉES



Mais voilà, parlant de cette prise de décision, il faut savoir que notre influence à ce niveau ne suit surtout pas un cheminement rectiligne en plus de demeurer sous-optimale. Les habitudes décisionnelles, que ce soit chez l'individu lui-même ou au sein même de son organisation, témoignent d'une culture ancrée bien plus sur les opinions que sur les évidences scientifiques. Malheureusement, cette pratique décisionnelle s'articule davantage autour du jugement et de l'expérience cumulée chez le décideur, des valeurs prédominantes d'un groupe d'acteurs en position de force, des jeux de pouvoir et d'influence en présence ainsi qu'autour des aléas du contexte et d'un argumentaire sur la disponibilité des ressources qu'autour des évidences produites par la R/E. Nous voilà donc face au défi en santé mondiale de porter notre message de façon à être entendu et compris. Nous voilà confrontés au quotidien au défi de faire évoluer les parties prenantes d'une démarche de R/E d'une pratique décisionnelle basée sur

des opinions vers une pratique décisionnelle fondée sur les évidences. Il nous faut renforcer l'intérêt face aux évidences produites et, dans bien des cas, il nous faut poursuivre notre action bien au-delà de ce processus de génération de ces évidences pour soutenir leur transposition au sein des interventions, programmes et politiques de santé mondiale qui font l'objet de notre attention.

Un premier regard

Je vous invite maintenant à jeter un premier regard avec moi sur le champ de la santé mondiale tel que nous le côtoyons actuellement afin d'en dégager certains éléments d'influence sur les stratégies opérationnelles que nous choisissons d'utiliser dans notre pratique. Ce premier regard s'intéresse aux avancées importantes, aux forces et aux acquis observés dans ce champ, qu'ils concernent le chercheur/évaluateur lui-même, les acteurs interpellés par les projets de R/E ou encore le terrain où s'actualisent lesdits projets. La considération de ces éléments s'avère fort importante car ils nous permettent de soutenir et de renforcer une pratique scientifique de qualité. Je mentionnerai ici plus spécifiquement six éléments.

Premier élément, le contexte de globalisation dans lequel s'exprime actuellement la R/E en santé mondiale, lequel contexte vient davantage favoriser le partage d'expertise et le développement de ressources expertes au plan local. Cela s'actualise notamment par la multiplication et le renforcement des échanges Nord-Sud et Sud-Sud, par la mise en place de partenariats durables ancrés sur le développement de l'expertise au plan local, et par l'identification et la valorisation de porteurs de dossiers, de champions au plan local en tant qu'acteurs clés à soutenir de façon privilégiée.

Deuxième élément, malgré des acquis encore fragilisés dans les pays en développement ou émergents, il faut noter un développement incrémental et transdisciplinaire de la R/E se caractérisant par une plus grande valorisation et une augmentation de la demande. Il n'est plus rare maintenant de voir les gouvernements et les bailleurs de fonds exiger que les programmes et initiatives soient évalués avant de reconduire leur financement. Cela exerce une pression positive à la fois pour mieux structurer la capacité de répondre à de telles exigences et pour stimuler une meilleure prise en compte des évidences scientifiques produites par les processus de R/E.

Troisième élément, une pratique actuelle en santé mondiale qui va bien au-delà des frontières traditionnelles et qui valorise dorénavant une diversité d'approches et une mixité de méthodes, ce qui n'était pas le cas il y a une décennie. Les approches de proximité sont mises de l'avant, une proximité développée avec les gens, et le plus souvent même dans les milieux de vie de ces gens. Une proximité qui se transpose dans les approches participatives utilisées et qui colore les stratégies méthodologiques privilégiées. On observe donc sur le terrain une nette

ouverture face au « faire à plusieurs » et une valorisation importante des partenariats et de l'intersectorialité qui s'en suit. De là l'éclatement souhaité des silos traditionnels où l'interconnectivité était réduite à sa plus simple expression.

Quatrième élément, une considération accrue des aspects culturels et politiques ainsi que des composantes systémiques et contextuelles. La R/E en santé mondiale s'avère fortement imprégnée de ces éléments et n'est plus perçue comme une activité désincarnée des milieux dans lesquels elle prend place. Pour le chercheur/évaluateur, cela renvoie toutefois à une complexification de sa pratique. Pour en assurer le succès, il doit dorénavant s'assurer de développer de nouvelles compétences liées, d'une part, à sa capacité de considérer les facteurs humains et politiques, et, d'autre part, à sa capacité de lecture dynamique de l'environnement, à sa prise en compte des multiples sources d'influence qui y sévissent et à sa capacité d'ajustements rapides et soutenus.

Cinquième élément, une production de connaissances qui vient de plus en plus alimenter et soutenir la démocratisation, la responsabilisation, la saine gouvernance et les politiques publiques. L'information générée par la R/E en santé mondiale est davantage en mesure de soutenir ces grands enjeux de société. Nous évoluons de plus en plus sur un terrain fertile où la valeur ajoutée de notre contribution comme chercheur/évaluateur est reconnue et recherchée.

Sixième et dernier élément de la pratique en santé mondiale, un volet formatif émergeant dans lequel s'inscrit une pensée davantage réflexive. Au-delà de l'évaluation formelle d'une initiative, d'un programme ou d'une politique, il est question ici du développement d'un réflexe d'examen périodique des décisions prises et des façons de faire qui ont été privilégiées ainsi que d'une volonté d'apprendre à la fois des bons coups mais également des stratégies qui n'ont pas donné les résultats escomptés. On voit émerger cette toute nouvelle compétence pour laquelle le chercheur/évaluateur contribue comme artisan de premier plan. La R/E devient en ce sens un outil itératif d'apprentissage pour les organisations, les collectivités et les praticiens en santé mondiale.

Un second regard

Ces éléments que nous venons d'explorer constituent des ancrages intéressants pour notre pratique en santé mondiale, mais ne sont toutefois pas suffisants pour assurer le plein potentiel d'influence de notre engagement comme chercheur/évaluateur. D'autres zones réclament particulièrement notre attention parce qu'elles sont actuellement déficitaires en terme d'impacts générés. Notre pratique est en effet confrontée à des déficits : 1) de légitimité; 2) de crédibilité; 3) de faisabilité; 4) d'influence; 5) de pérennité. Selon une perspective qui se veut constructive, ces zones constituent autant de chantiers qu'il nous faut investir en priorité dans les prochaines années.

Je me permettrais toutefois d'amorcer cette section par une citation d'un économiste bien connu John Maynard Keynes, citation qui révèle que parfois, malgré un intérêt clairement exprimé au tout début d'un processus de R/E, la volonté d'utiliser les résultats produits par ce même processus peut rapidement s'évaporer selon les impacts appréhendés sur l'agenda décisionnel ou politique. Cette citation, la voici : « *There is nothing a government hates more than to be well-informed; it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult.* » Cette situation demeure omniprésente en contexte de santé mondiale et oblige le chercheur/évaluateur à en tenir compte sur la finalité de sa démarche.

1. Légitimité

Un premier déficit auquel est confronté au quotidien le chercheur/évaluateur en santé mondiale est celui de légitimité. Rapidement, il est confronté à diverses questions dont la réponse influera sur la nature des évidences à produire et sur la pertinence même du processus scientifique. Par exemple, évaluer ou réaliser un processus de recherche, mais à quelle fin ? Et pour qui ? Qui s'avère le véritable destinataire des résultats générés ? Quelles valeurs sont à privilégier et quelle influence celles-ci auront-elles sur les choix conceptuels et méthodologiques qui baliseront la démarche scientifique ? Que le référent de base soit la justice sociale ou des impératifs de rentabilité économique, c'est l'ensemble de la démarche qui sera défini différemment. De plus, pourquoi cette R/E est-elle maintenant requise ? À quel agenda cherche-t-elle à répondre ? Quels intérêts de groupes d'acteurs prédominants sont à reconnaître ? Et finalement, à partir de quels critères le succès de cette R/E sera-t-il jugé ? La population vulnérable, le praticien sur le terrain ou son gestionnaire qui administre le programme ? Le chercheur/évaluateur n'a pas dans ce contexte d'autres choix que de questionner pour clarifier la légitimité de la démarche scientifique dont il est sur le point d'assumer la responsabilité.

On assiste également au renforcement d'une attitude prescriptive chez certains bailleurs, commanditaires et clients de la R/E. Il n'est plus rare de voir ces derniers orienter clairement le mandat de R/E, d'en définir les grands paramètres à couvrir allant même jusqu'à imposer une méthodologie particulière. Voilà que le chercheur/évaluateur doit apprendre à défendre sa position d'expert scientifique et à négocier son indépendance.

2. Crédibilité

En santé mondiale, on fait très souvent face à des objets de R/E qui s'avèrent difficiles à circonscrire sur une base consensuelle. Trop souvent, aucune description formelle n'existe lors de notre arrivée, aucune schématisation n'est disponible sur la réalité systémique dans laquelle s'insère l'initiative, le programme ou la politique que l'on doit évaluer. Comment alors appréhender avec justesse une réalité complexe qui

s'anime et se transforme au gré des imbrications sociales et des interactions entre les acteurs et les partenaires concernés ? Comment circonscrire une réalité qui interagit avec d'autres sources d'influences externes, directes ou indirectes ? Comment s'assurer par exemple qu'il est possible de démontrer que les effets observés sont réellement liés à l'intervention réalisée ? Cette démonstration de lien de causalité est-elle possible dans un contexte où le flou conceptuel perdure ? Attribution d'une cause à un effet ou simple contribution à expliquer les résultats obtenus considérant les autres éléments d'influence sur l'objet de R/E ?

Le chercheur/évaluateur doit impérativement renforcer sa compréhension du contexte social, culturel, politique, institutionnel et opérationnel entourant son objet de R/E afin d'assurer la pertinence et l'acceptabilité de ses choix subséquents d'approches et de méthodes et afin de prévenir toute menace à la crédibilité et à la validité du processus scientifique qui en émergera.

3. Faisabilité

Le contexte en santé mondiale oblige le chercheur/évaluateur à travailler en « temps réel », c'est-à-dire dans un environnement où tout peut changer rapidement et de façon imprévue, où de nouvelles contraintes peuvent surgir sans préavis, et où, par conséquent, il doit constamment s'ajuster pour maintenir ses exigences de rigueur scientifique et préserver la finalité de sa démarche. Une banque de données inaccessibles, carrément inexistante ou de piètre qualité, un groupe d'acteurs impossible à rencontrer, un financement inférieur à celui promis, des expertises locales qui ne sont pas au rendez-vous, les conditions d'accueil sur le terrain qui changent subitement, ne sont que quelques exemples de surprises qui peuvent apparaître au cours de la démarche scientifique. Qu'en est-il de la préparation et de la capacité du chercheur/évaluateur à manœuvrer dans un contexte à ce point dynamique et évolutif ? Comment peut-il en arriver à ajuster les paramètres de sa démarche pour tenir compte des nouvelles caractéristiques de son contexte de travail et s'assurer que les résultats feront du sens pour le client ou l'organisation en plus de présenter un niveau de rigueur scientifique acceptable ? Faire face à ce défi de faisabilité, omniprésent dans le quotidien de la pratique en santé mondiale, implique pour le chercheur/évaluateur de valoriser le développement des compétences liées à la négociation et à l'adaptation afin d'assurer un (re)positionnement cohérent avec ses engagements initiaux.

4. Influence

Quatrième chantier à investir, soit notre capacité à influencer efficacement la prise de décision et le changement. Malheureusement, nous sommes encore trop peu influents, et ce, malgré le fait que les évidences que nous produisons sont mieux reçues. Une pratique décisionnelle

encore fortement teintée par le jeu des acteurs concernés, par des enjeux de pouvoir et de contrôle, par des motivations, intérêts et agendas quelquefois divergents et compétitifs. Comment alors s'assurer que les résultats que nous produisons seront entendus, compris, appropriés et transformés en actions ? Un questionnement qui doit accompagner le chercheur/évaluateur dès le début, puis tout au long de sa démarche sur le terrain, en plus d'exiger de lui qu'il travaille inlassablement aux conditions qui favoriseront l'influence escomptée sur la prise de décision.

On nous reproche trop souvent de rendre accessibles nos résultats et notre rapport de R/E trop tard, alors que les décisions ont déjà été prises quant à l'initiative, au programme ou à la politique qui est notre objet de R/E. On nous reproche également un décalage important entre les attentes exprimées face à la capacité de la R/E à produire une information significative, utile et en temps opportun par rapport à ce qu'on est réellement en mesure de livrer. D'où la nécessité d'interpeller le chercheur/évaluateur sur sa capacité d'arrimage avec le cycle de gestion et de décision et sur la pertinence et l'efficacité de sa stratégie de partage des résultats. À ce niveau, comment peut-il bonifier sa pratique pour mieux rejoindre les décideurs et acteurs clés ?

Parallèlement, un autre défi se pose au chercheur/évaluateur en santé mondiale, soit la diffusion de ses résultats faisant encore trop souvent l'objet d'une diffusion en « circuit fermé », peu accessible aux acteurs extérieurs à l'organisation. Comment alors prévenir une telle pratique et la sous-utilisation conséquente des connaissances produites par la démarche scientifique ? À cela s'ajoute finalement une autre menace sur l'utilité d'une R/E, soit la présence d'une chaîne d'imputabilité floue qui fait en sorte que le rapport et les recommandations générées tombent dans le vide et ne font l'objet d'aucun suivi. Que devient alors dans ce contexte notre capacité à générer le changement espéré ?

5. Pérennité

Cinquième et dernier chantier à investir dans une optique d'amélioration de notre pratique en santé mondiale, soit celui de la pérennité. On observe trop fréquemment des changements en ce qui a trait aux personnes clés des initiatives, programmes et politiques que l'on nous demande d'examiner, si ce n'est pas les bailleurs eux-mêmes de la R/E qui changent en cours de route. Un contexte teinté par cette mouvance d'individus qui peut à son tour générer une modification des priorités politico-administratives et des attentes face à la R/E. Quelles conditions de réalisation le chercheur/évaluateur doit-il mettre en place de façon très précoce s'il veut s'assurer qu'il pourra garder le cap malgré les turbulences qui s'ajoutent au contexte existant ?

Un dernier élément qui doit interpeller le chercheur/évaluateur en santé mondiale est le maintien irrégulier des acquis ou services au-delà du projet financé. Trop souvent, on constate une fragilité des ressources et de la structure qui ne résistent pas au passage du temps. Comment alors

utiliser les résultats émergents ou encore tout autre apprentissage dégagé de la démarche de R/E pour soutenir le processus de renforcement des structures existantes ou de reconduction du financement nécessaire ? En cela, comment le chercheur/évaluateur peut-il contribuer à une culture de R/E au sein de ces mêmes structures qui saurait suivre l'évolution d'une performance dans le temps et appuyer ainsi une stabilisation des structures et une pérennité des efforts humains et financiers investis ?

Voilà une multitude de défis qui ponctuent le quotidien du chercheur/évaluateur engagé en santé mondiale. Des défis auxquels il doit impérativement accorder son attention. Des défis face auxquels il doit développer des stratégies de réponse, si, d'une part, il veut justifier sa présence dans cet univers et si, d'autre part, il veut faire une différence auprès des populations desservies, soit la différence voulue. Ces défis ne sont surtout pas insurmontables. L'évolution constatée face à un passé encore récent permet d'être optimiste face à notre potentiel de valeur ajoutée.

Quelques pistes d'action pour bonifier la pratique de R/E en santé mondiale

Les éléments présentés précédemment nous conduisent maintenant vers l'identification de pistes d'action nécessaires pour bonifier notre pratique de R/E en santé mondiale et, de là, optimiser les impacts escomptés de notre contribution pour les populations ciblées.

Mais avant toutes choses, rappelons que le chercheur/évaluateur en santé mondiale doit éviter de se précipiter dans un contexte d'intervention sans avoir pris le temps de bien appréhender les caractéristiques et les enjeux du terrain dans lequel il sera appelé à évoluer. Il est question ici d'une prise en compte du contexte historique, politique, culturel, social et économique. Il est question de cette couleur locale distinctive, des façons de faire dictées par les valeurs et les normes sociétales ou organisationnelles particulières. Bref, de tout ce qui rend ce terrain unique. Le chercheur/évaluateur doit aussi rapidement clarifier quels seront ses paramètres d'action, sa véritable marge de manœuvre, les personnes avec qui il sera en interface, son positionnement face à eux, les rôles attendus et les responsabilités qui lui incomberont.

Quelques pistes d'action sont maintenant proposées au chercheur/évaluateur en santé mondiale. Il est question : 1) d'un renforcement et d'un élargissement des compétences; 2) d'une conduite responsable et de qualité; 3) d'une approche de gestion bonifiée; 4) d'un potentiel d'influence optimisé; 5) d'une culture de R/E à soutenir dans les instances concernées.

1. Un renforcement et un élargissement des compétences

Il existe actuellement un plaidoyer en faveur d'un renforcement de certaines de nos compétences et surtout d'un élargissement de notre bagage de compétences afin de mieux tenir compte des enjeux actuels de la pratique en santé mondiale. Et ce constat s'adresse tant à nous-mêmes comme chercheur/évaluateur, qu'à la relève actuellement en formation à l'université ou encore à ceux que l'on qualifie de « locaux », c'est-à-dire ceux avec lesquels on est appelé à travailler sur le terrain, que ceux-ci aient déjà une expertise particulière ou encore qu'ils soient peu expérimentés et nécessitent par conséquent un quelconque mentorat de notre part.

Mais de quelles compétences s'agit-il ? Que ce soit lors de la formation initiale en R/E ou en cours de pratique, l'emphase est bien souvent mise sur le développement chez le chercheur/évaluateur de compétences plus opérationnelles et techniques (conception, collecte de données, analyse, interprétation et production de rapports) et de compétences de gestion (gestion du processus de R/E, budgétisation, coordination des ressources et supervision). Globalement, nous devons reconnaître que nous performons bien à ces niveaux.

Peu d'espace et d'occasions d'apprentissage sont toutefois accordés aux compétences « plus molles », telles les compétences réflexives (normes et standards de pratique, méta-évaluation), les compétences interpersonnelles (communication, négociation, résolution de conflits, collaboration et compétences transculturelles) et les compétences situationnelles (analyse et prise en compte des intérêts, des circonstances et des enjeux particuliers entourant la pratique de la R/E). Ces compétences doivent être davantage investies dans la formation, initiale ou continue, puisqu'ils constituent des éléments clés conduisant au succès d'une démarche scientifique. Le numéro spécial de la Revue canadienne d'évaluation de programme réalisé dans le cadre de son 25e anniversaire (sous presse) et portant sur les « expériences d'évaluation qu'on ne peut qualifier de succès » est fort révélateur à cet égard. Ces compétences dites « plus molles » sont le plus souvent interpellées dans les expériences relatées par les auteurs de ce numéro spécial. Ces auteurs, provenant de cinq continents, sont venus témoigner de l'importance de se réserver des espaces pour réfléchir sur notre pratique, examiner en rétrospective nos démarches réalisées et apprendre de nos échecs, de nos erreurs et de nos décisions ou stratégies qui n'ont pas donné l'effet anticipé.

Une piste d'action additionnelle à investir en ce qui concerne la formation concerne le transfert dans le milieu de pratique de l'apprenant des connaissances fraîchement acquises et compétences nouvellement développées. Qu'offrons-nous comme occasion de transfert immédiat vers la pratique ? Quel genre de suivi post-formation ou d'accompagnement sommes-nous en mesure d'offrir ? Comment nous assurons-nous que l'apprenant sera en mesure de modifier sa pratique de façon durable compte tenu de l'environnement pas toujours facilitant dans lequel il évolue ? Ne devons-nous pas reconnaître comme Jan Van de Sneptscheut

qu'« en théorie il n'y a pas de différence entre la théorie et la pratique, mais qu'en pratique il y en a une » ?

2. Une conduite responsable et de qualité

Le chercheur/évaluateur en santé mondiale aurait avantage à mieux connaître et à mieux faire connaître les principes éthiques et les normes ou standards de pratique qui balisent sa conduite professionnelle. En plus de les intégrer au sein même de sa pratique, il lui reste encore beaucoup d'éducation à réaliser à ce chapitre auprès des clients, bailleurs et autres parties prenantes de la R/E. Celui-ci doit donc en être conscient et doit accepter de contribuer à leur valorisation et à leur respect. Cela constitue une façon d'assurer la qualité de la démarche de R/E en plus de renforcer sa crédibilité et son indépendance. En évaluation, on se réfère par exemple aux principes éthiques mis de l'avant par la Société canadienne d'évaluation (compétence, intégrité, imputabilité) et aux normes de pratique nord-américaines développées par le Joint Committee on Program Evaluation Standards (5 dimensions - utilité, faisabilité, propriété, précision, responsabilité - couvrant 30 normes). Ce qui est loin d'être unique au Canada, divers organismes internationaux et partenaires pour le développement ont par ailleurs développé leurs propres normes de pratiques et principes éthiques.

3. Une approche de gestion bonifiée

Afin d'alimenter le processus de prise de décision, le chercheur/évaluateur doit mettre en place un processus de R/E qui saura produire des résultats significatifs pour le décideur. En santé mondiale, il doit le plus souvent manœuvrer dans un environnement complexe et changeant, un environnement où des éléments de nature diverse (méthodologique, technique, contextuelle, politique, humaine, éthique...) peuvent survenir et influencer la bonne marche d'un processus de R/E jusqu'à en générer le détournement, l'interruption ou l'échec. C'est ce qu'on appelle un risque. Le Project Management Institute définit d'ailleurs le risque comme « un événement ou une situation dont la concrétisation, incertaine, aurait un impact positif ou négatif sur les objectifs du projet ».

Un regard sur les façons de faire du chercheur/évaluateur permet toutefois de constater que généralement, et pour de multiples raisons, celui-ci n'est pas un habile lecteur ni un habile interprète des changements et nouveaux défis qui surgissent à l'horizon et qu'en conséquence sa capacité de réaction, de négociation et d'adaptation à cet environnement mouvant n'est pas optimale, avec tous les impacts que cela peut générer sur la R/E comme telle. Parce que peu formé dans ce domaine, le chercheur/évaluateur adopte spontanément une approche plus informelle et intuitive de ces risques. Il devrait plutôt pencher vers une approche de gestion du risque davantage systématique et structurée pour s'assurer que la R/E se poursuive dans la direction voulue. Il est question d'une

approche proactive et itérative lui permettant de repérer précocement ces risques, de les apprécier selon leur probabilité d'apparition et d'impact sur le projet, de les prioriser, de les traiter puis de les « monitorer » pour viser le succès de la R/E. Parce que, tel que le mentionne Aldous Huxley, « les faits ne cessent pas d'exister parce qu'on les ignore », il importe pour le chercheur/évaluateur d'intégrer cette culture du risque au quotidien.

4. Un potentiel d'influence à optimiser

Comme chercheur/évaluateur en santé mondiale nous souhaitons que les résultats que nous produisons soient utiles et utilisés. Mais comment renforcer l'utilité de nos contributions ? Quelques pistes peuvent ici être avancées. Nous devrions mieux questionner en préalable la sélection des projets de R/E dans lesquels nous investissons. D'ailleurs, qu'en est-il de leur pertinence ? Pertinence pour qui et selon quels critères ? Quelle valeur ajoutée et pour qui ? De par la rareté de ressources financières et humaines disponibles pour soutenir les processus de R/E, ne devrions-nous pas justifier notre sélection et notre priorisation de problématiques à couvrir selon la nature et l'importance des bénéfices et des retombées anticipés pour la population ? On voit d'ailleurs de plus en plus apparaître une réflexion s'appuyant sur la notion suivante, à savoir « quel est le risque pour la population de ne pas examiner telle problématique, de ne pas évaluer tel programme... » ? Des projets mieux ciblés à la base produiront des informations d'un plus grand intérêt pour le décideur et mieux considérées dans la prise de décision.

Une autre façon de renforcer notre potentiel d'influence concerne la gestion des facteurs humain et politique présents dans le contexte de la R/E. Il importe pour le chercheur/évaluateur de reconnaître et de prendre en compte les intérêts des différentes parties prenantes en présence, leur dynamique relationnelle, leur positionnement l'un face à l'autre, et, de là, les jeux de pouvoir, d'influence et de contrôle qui conditionnent leur rapport même à la R/E. Il lui appartient dès lors d'identifier la meilleure réponse stratégique à adopter face à chacun.

Le point suivant concerne cette fois le positionnement ou la proximité du chercheur/évaluateur face au décideur. Comment s'assurera-t-il que son rapport et les recommandations générées par son processus de R/E se rendent jusqu'à lui et soient entendus ? Peut-il aller jusqu'à demander une réponse de la gestion, une réaction officielle au-delà de l'approbation du rapport ? Dans certains milieux, c'est ce qui se passe. On y note alors une meilleure appropriation des résultats et une plus grande transposition en actions concrètes subséquentes.

5. Une culture de R/E à soutenir dans les instances concernées

Finalement, il importe de questionner le rôle du chercheur/évaluateur en santé mondiale. Jusqu'où doit-il aller pour soutenir le développement : 1) d'une capacité à utiliser les résultats de R/E chez les

acteurs concernés, 2) d'une culture et d'une capacité en R/E sur le terrain et dans les organisations concernées ? Qu'est-ce qui lui appartient comme responsabilités et qu'est-ce qui appartient à ces mêmes organisations ?

Reconsidérer son rôle traditionnel d'expert producteur de données pour devenir de surcroît disponible à un accompagnement sur le terrain dans l'instauration d'une culture de R/E constitue une attente maintes fois entendue sur le terrain. Sommes-nous prêts à jouer ce rôle ? Et si nous souhaitons renforcer notre présence auprès des milieux et des organisations concernés, comment alors nous positionnerons-nous face à l'évaluaphobie (peur de l'évaluation) qui peut sévir ? Comment présenter notre évaluation ou notre recherche alors que le souvenir d'une expérience antérieure perçue négativement subsiste toujours ou que la peur du jugement ou de conséquences défavorables sont encore présentes dans un milieu ? Quelques avenues possibles, multiplier les opportunités pour démystifier et apprivoiser la R/E, bâtir par étapes, sur des histoires à succès et à partir d'actions structurantes significatives pour le milieu. Mais au-delà, il convient impérativement de maintenir l'ancrage nécessaire avec le terrain pour préserver le sens même de la démarche par les parties prenantes concernées.

En conclusion, il importe de concevoir l'ensemble des éléments présentés comme étant des cibles prioritaires de réflexion à réaliser collectivement, et ce, tant dans une perspective d'enrichissement de la pratique actuelle en santé mondiale que dans une perspective de plus grande efficacité des stratégies opérationnelles qui en découlent.

Références bibliographiques

Cousins, J.B., J.J. Donohue, et G.A. Bloom, 1996. « Collaborative evaluation in North America: Evaluators' self-reported opinions, practices, and consequences », *Evaluation Practice*, vol. 17, n° 3, p. 207-226.

Project Management Institute, 2009. *Guide du corpus des connaissances en management de projet*, USA, PMI.

ENJEUX LIÉS AUX APPROCHES SENSIBLES À L'INTERACTION ENTRE LE GENRE ET LA MIGRATION : CONSTRUIRE DES PARTENARIATS, REVOIR LES PRATIQUES POUR UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SOINS DE SANTÉ[1]

Bilkis Vissandjée et Lakshmi Lingam

À l'orée de la nouvelle décade de ce deuxième millénaire, la ville de Mumbai décompte approximativement 13 millions de femmes, d'hommes et d'enfants. Quittant, souvent soudainement et parfois massivement, leur village d'origine, nombreux sont ceux et celles qui viennent s'établir dans les métropoles recherchant une certaine stabilité économique et sociale. Suite à de tels mouvements de population, les métropoles se retrouvent ébranlées, incapables de fournir les services essentiels de base à la majorité de ses citoyennes et citoyens. Ces migrations internes font surgir des bidonvilles à un rythme alarmant; ceux des quartiers de Mumbai sont souvent identifiés en tant que Quartiers « M ». Un quartier où se retrouvent de nombreuses femmes, souvent seules, prenant des décisions pour tenter leur chance, mais les conditions migratoires et ensuite celles d'intégration ne leur permettent que très rarement d'atteindre leurs aspirations. Les migrations urbaines vers les grandes capitales de l'Inde font ainsi ressortir des défis ancrés dans les environnements tant physiques que sociaux qui créent des espaces d'inégalités sociales de santé (Lieberherr et Bolay, 2007; Lönnroth, Holtz, Cobelens et autres, 2009; Thorson et Diwan, 2001; Vlasoff et Garcia Moreno, 2002).

Les situations de vulnérabilité et d'instabilité dans lesquelles évoluent les femmes, les hommes et les familles vivant dans des bidonvilles à Mumbai exigent des actions, notamment dans le domaine de la santé, sensibles au contexte de vie de ces personnes en mouvance constante. Il s'agit de prendre acte de ce que signifient les migrations forcées (souvent reliées aux crises économiques) à grande échelle : elles produisent trop souvent des dysfonctionnements, des situations de vulnérabilité et des injustices. Cependant, c'est dans une perspective d'aspiration à la tolérance, au savoir, à la diversité et à la richesse des cultures, enracinée dans la responsabilité sociale et économique que réside l'esprit de la recherche en partenariat dont il s'agit de faire part ici.

C'est donc sur une toile de fond de recherche en partenariat que le présent chapitre vise à faire ressortir, par le biais de l'exemple de la prévention et de la gestion de la tuberculose, la nature transdisciplinaire et

1. Les auteures désirent remercier très sincèrement les personnes suivantes pour leurs contributions inestimables à l'origine et tout au long de ce chapitre : Neha Madhiwala, Madhukar Pai, Cristina Perez, Claudyne Chevrier, Yashashree Keni et Jonathan Kuntz ainsi que les femmes et les hommes ayant participé aux différents entretiens.

intersectorielle des actions à mettre en place afin de répondre, entre autres, aux Objectifs de développement du Millénaire (Farrington et Robinson, 2006; Nations Unies, 2011; Pai, Aggarwal, Menzies et autres, 2006). À cet effet, parmi les plus récentes directives émises par les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on retrouve l'importance de travailler en interdisciplinarité et en collaboration intersectorielle sur des modèles ambulatoires de soins au-delà des prises en charge plutôt hospitalières, ainsi que de construire sur les réseaux sociaux, réduire les temps de déplacements et les risques de réinfection, des déterminants ancrés dans les trajectoires spécifiques de vie des femmes et des hommes (Maxwell et Robinson, 2006; Schunemann, Fretheim et Oxman, 2006; Rudvin, 2007).

Les réflexions de ce chapitre se fondent sur un partenariat de recherche qui s'est construit il y a presque cinq ans afin d'unir intérêts, connaissances et stratégies visant les meilleures pratiques vers une prise en compte des trajectoires de vie, des interactions entre les déterminants sociaux de la santé affectant des populations dans des situations de constante instabilité et devant « gérer » une condition complexe telle que la tuberculose. Une perspective inclusive tant au niveau de nos activités de recherche que des interventions d'échange et de partage qui en ont découlé était un préalable incontournable au sein de ce partenariat qui s'est créé progressivement entre chercheurs de deux continents plutôt éloignés, mais préoccupés par une question commune : « Les interventions et programmes de gestion de la tuberculose rejoignent-ils les femmes vivant dans des situations à risque ? » Les points communs se situaient autour de la complexité des trajectoires migratoires et de la présence de la tuberculose qu'il s'agisse de personnes immigrantes au Canada ou de celles vivant des expériences de migrations internes en Inde, notamment dans les bidonvilles de Mumbai. C'est à partir de cette préoccupation commune de voir à la sensibilité aux questions de genre et de migration dans les programmes de gestion de la tuberculose que se sont articulées les bases du partenariat de recherche et d'intervention. Nos travaux en partenariat ont été financés par l'Institut indo-canadien Shastri, par l'Institut pour la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada et par le ministère des Relations internationales du Québec[2].

Bien que de nombreux défis se soient présentés et continuent à marquer nos réflexions et approches, il s'avère qu'un but commun de contribution à des transformations sociales et un changement de pratiques requiert avant du tout du respect qu'il s'agisse de la reconnaissance des différences tant au niveau des contributions vers l'atteinte des objectifs de recherche que des stratégies de partage des connaissances. Notre groupe de recherche s'est construit grâce à un travail d'équipe et de coopération mettant l'accent sur les questions relatives au genre dans les programmes de gestion de la tuberculose afin de mieux rejoindre les personnes les plus

2. Les auteures désirent remercier très sincèrement les organismes qui ont soutenu financièrement ce partenariat et ses activités de recherche et de diffusion.

vulnérables. Ce n'est que par de telles initiatives ancrées dans le respect du partage que notre équipe estimait pouvoir élargir par la suite la portée de nos résultats vers la nécessité d'offrir les meilleurs soins tant aux femmes qu'aux hommes affectés par la tuberculose et vivant dans des conditions de vulnérabilité (Greenaway, Dongier, Boivin et autres, 2004). Alors que de nombreux organismes dans des pays comme l'Inde dépendent de bailleurs de fonds étrangers, notamment ceux qui œuvrent dans les sillons des Objectifs du Millénaire, leurs actions s'inscrivent progressivement dans un contexte concret d'inclusion des questions de genre.

Le présent chapitre s'inscrit dans les sillons complexes exigeant une articulation plus concrète entre les expériences et les contextes de vie, à la fois locaux et globaux, et les impératifs reliés aux programmes de prévention et de gestion des politiques et programmes de gestion de la tuberculose (Demers, Boulle, Warren et autres, 2010; Jackson 2002; Vaca, Peralta, Gresely et autres, 2005). Un des principes est incontournable : les programmes visant la santé des femmes et des hommes – dans le cas présent, la gestion de la tuberculose – dans un pays comme l'Inde doivent être directement ancrés dans les principes de l'anthropologie de la santé, une des sciences humaines dont les traditions de recherche portent à la fois sur le biologique, le psychologique et le culturel (Boileau, Vissandjée, Nguyen et autres, 2008; Hugo 2000; Khan et Awan, 2011; Vissandjée, Van Der Plaat, Alexander et autres, 2011). La prise en compte de telles simultanéités permettra des analyses de relations qui s'établissent entre la maladie, les systèmes de prestations de soins, les normes et valeurs culturelles, sans oublier l'univers et les conditions de vie des personnes vivant ces expériences de santé (Bierman, Ahmad et Mawani, 2009; Hankivsky et Christoffersen, 2008; Vissandjée, Hyman, Janczur et autres, 2012; Vissandjée et Hyman, 2011).

Un tel cumul de situations à risque influence les choix qui s'offrent aux femmes et aux hommes et les ressources qui leur sont disponibles et accessibles. Les politiques et les pratiques en matière de santé, notamment celles visant la gestion de la tuberculose dans les bidonvilles de Mumbai, affectent la façon dont les expériences de santé sont vécues et leurs conséquences. Ces expériences souvent singulières et leurs effets spécifiques sur la capacité à gérer sa santé, dont l'accès à des soins de santé de qualité, devraient transparaître dans les politiques et dans les programmes sociaux et de santé qui se veulent être des interventions ayant réussi à rejoindre une diversité de personnes.

Le propos de ce chapitre vise donc, d'une part, à attirer une attention particulière sur la nature croisée de certains déterminants sociaux de la santé et d'accès à des soins de santé appropriés, sur la nature changeante de l'état de vulnérabilité des femmes, notamment lorsqu'elles sont exposées à des conditions de vie telles que les mouvements migratoires tant externes qu'internes qui façonnent au fil des années les trajectoires d'intégration (DesMeules, Gold, Kazanjian et autres, 2008; Hankivsky et Christoffersen, 2008; Hyman et Guruge, 2002). D'autre part, les défis de la mise en place de conditions favorables à une recherche en partenariat

sur deux continents sont également ressortis à travers ce chapitre (Amara, Ouimet et Landry, 2004; Burgess, 2010).

Les réflexions partagées ici ne sont pas nécessairement le fruit d'un corpus de connaissances sur un thème, mais plutôt sur une série d'étapes et de stratégies de collaborations diversifiées au fur et à mesure de l'implantation des diverses activités tant au Canada qu'en Inde.

En cette ère de croissance sur divers plans de la recherche en matière de santé, la prise en compte des déterminants de la santé, surtout sociaux-culturels, les effets d'une distribution inéquitable des ressources sont à risque d'être relégués au deuxième rang, se traduisant par une grandissante précarité, souvent trop persistante sur une trajectoire de vie (Marmot, 2005; Anand, Peter et Sen, 2004). Une perspective tenant compte des rôles et des rapports sociaux mettant en exergue l'hétérogénéité, d'une part, et la différence des expériences vécues entre les femmes et les hommes, d'autre part, ne peut que rajouter une complémentarité aux explications biomédicales de la santé, notamment lorsqu'il s'agit de conditions infectieuses telles que la tuberculose et de surcroît en Inde (Amara, Ouimet et Landry, 2004; Karim, Johansson, Diwan et autres, 2011; Greenaway, Sandoe, Vissandjée et autres, 2010).

La tuberculose, une condition infectieuse causée par le bacille tuberculeux *Mycobacterium Tuberculosis*, est souvent associée à des taux élevés de mortalité si elle n'est pas traitée. Pourtant, traitable par la prise d'antibiotiques, la tuberculose se classe comme étant la seconde maladie infectieuse la plus mortelle (Balasubramanian, Carg, Santha et autres, 2004; Kamineni, Turk, Wilson et autres, 2011; Lönnroth, Holtz, Cobelens et autres, 2009; Suganthi, Chadha, Ahmed et autres, 2008; WHO, 2011). Du fait de sa relative forte contagiosité, la tuberculose présente une prévalence plutôt élevée dans les milieux à densité humaine élevée vivant dans des logements généralement mal ventilés, caractéristiques mentionnées précédemment des bidonvilles des Quartiers « M » de Mumbai ainsi que de nombreuses autres régions urbaines de l'Inde. En 2011, l'Inde représentait un des pays portant un des fardeaux les plus lourds de la tuberculose avec une estimation de 2 à 2,5 millions de cas de tuberculose, soit 26 % du fardeau global (WHO, 2011). Les conséquences ont été documentées tant dans les sphères socio-économiques que sociopolitiques, aggravant la difficulté d'accès déjà importante pour certaines personnes à des services de santé et des soins de qualité. Les travaux de Somma et autres (2008) et de Kamineni et autres (2011) illustrent le potentiel de stigmatisation du vécu associé à la tuberculose de façon différenciée entre les femmes et les hommes. Ces perceptions de « discrimination » ont été documentées comme affectant les femmes plus fréquemment que les hommes, menant à des situations de retrait tant du réseau familial que de celui des services sociaux et de santé (Balasubramanian et autres, 2004; Boileau, Vissandjée, Nguyen et autres, 2008; Khan et Awan, 2011; Vissandjée et autres, 2011).

En réitérant ses Objectifs de lutte contre la tuberculose, en plus de l'accès universel aux soins de santé de qualité et l'application de lignes directrices dans un court délai, l'OMS insiste sur la préoccupation pour

les intervenants de disposer de lignes directrices orientées vers l'équité et la lutte contre la pauvreté, tout en intégrant les questions relatives aux différences entre les genres et l'éthique requise pour assurer une réelle participation communautaire dans la gestion de la maladie avec transparence et responsabilisation de part et d'autre (WHO, 2011). La promotion de ces valeurs exige une action coordonnée sur de multiples niveaux et avec diverses entités (Sen, 2002, 2009).

Ainsi, bien qu'une attention croissante soit accordée depuis quelques années à cette sensibilité aux différences dans les trajectoires des hommes et des femmes, dans l'incidence et le dépistage, les approches de gestion de la tuberculose restent limitées quant à l'inclusion des points de vue socio-anthropologique et éthique (Selgelid, Kelly et Sleigh, 2008). En janvier 2012, la découverte d'une nouvelle forme de résistance « absolue » en Inde, décrite par des spécialistes en la matière, soulève de nombreuses préoccupations allant de l'importance de l'analyse des réponses thérapeutiques, à un plus grand recours aux tests de sensibilité rapides aux médicaments pour l'isoniazide et la rifampicine avant l'initialisation d'un traitement et enfin à une meilleure gestion dans la communauté de cette infection (WHO, 2011). Nos propos s'inscrivent dans cette dernière recommandation qui demande une implication de la communauté et une sensibilité aux trajectoires de vie des personnes affectées, notamment en faisant ressortir en partenariat la valeur ajoutée d'une perspective sensible aux questions de genre et de migration dans les programmes de gestion de la tuberculose.

Soulignons dès lors la nécessité de distinguer clairement la notion de « sexe biologique » de celle de « genre ». Le genre est souvent défini comme étant le sexe social, à distinguer du sexe biologique. Ce dernier est généralement constant, alors que le genre est en perpétuelle mouvance, socialement défini et se transformant au gré des impératifs sociaux, politiques et économiques dans une société donnée. Le concept du genre fait également référence à la façon dont une personne est perçue en tant qu'actrice et acteur dans une société donnée (Selgelid, 2008; Spitzer, 2005; Johnson, Greaves et Repta, 2007; Sughanti, Chadha, Umadevi et autres, 2008; Thorson et Diwan, 2001). Bien que les termes « sexe » et « genre » soient souvent utilisés de façon interchangeable, ils représentent des unités d'analyse distinctes. Le terme « genre » englobe des propriétés de rapport à l'identité sociale des hommes et des femmes. Au-delà des attributs physiologiques entre hommes et femmes, plusieurs inégalités liées au genre jouent un rôle déterminant dans la propagation et le contrôle de la maladie : les risques d'exposition au bacille, les types de demandes de soins, les réponses aux systèmes de santé, le contexte socio-économique et le risque de stigmatisation (Hankivsky, 2007; Jackson, 2002; Vlasoff et Moreno, 2002). Bien que plus d'hommes contractent la tuberculose de façon générale, quand elle affecte les femmes, la tuberculose risque d'entraîner des conséquences graves, voire fatales chez les femmes affectées, représentant une des causes principales de décès chez ces dernières (WHO, 2011). Il faut cependant noter que le taux de réussite

de guérison est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, qui par ailleurs sont aussi enclins à abandonner leur traitement avant la fin.

Ces termes, sexe et genre, désignant donc des réalités différentes, exigent de s'attarder à l'intégration de questions relatives au genre dans les programmes sociaux et de santé – dans le cas présent, les programmes de gestion de la tuberculose dans des pays comme l'Inde –, afin de mieux rendre compte de l'existence d'inégalités dans la répartition des pouvoirs et dans l'accès aux services pour les femmes et les hommes selon différentes sphères d'une société donnée. La prise en compte des trajectoires selon une perspective de genre, si elle est nécessaire, tout comme la Déclaration des droits de l'homme, se doit d'être renforcée par une contribution de valeurs éthiques, se référant aux façons différenciées que détiennent les femmes et les hommes dans leurs intentions et leurs actions. Il est attendu d'une prise en compte plus systématique de la nature croisée des déterminants sociaux de la santé, notamment, des questions de genre et de migration, qu'elle mettrait en exergue non seulement les sphères d'inégalité, mais également les responsabilités du système de soins et des services sociaux à donner des soins de qualité à tous dans une perspective de justice sociale (Hugo, 2000; Llácer, Zunzunegui, del Amo et autres, 2007; Selgelid, Kelly et Sleigh, 2008; Somma et autres, 2008).

S'agissant de reconnaissance de valeurs éthiques, la clarification des termes à utiliser avant tout entre les chercheurs est certainement une étape importante dans la construction et le maintien d'un partenariat où de la place se doit d'être laissée à la négociation, le compromis, l'adaptation et à l'évolution des points de vue, des savoirs scientifiques et des savoirs d'expérience. Nous avons donc dû « réfléchir à et négocier » ce qui était entendu par des programmes sensibles aux questions relatives au genre et à la migration avant de procéder aux étapes de la revue des bonnes pratiques dans les écrits scientifiques. S'entendre sur des définitions (sexe, genre, migration, vulnérabilité sociale, risque, entre autres concepts), s'entendre sur les conséquences relatives à la recherche des bonnes pratiques et s'entendre sur l'utilisation des résultats sur le « terrain » sont des étapes qui nous ont permis de créer une dynamique commune et innovante dans notre partenariat.

La prise de conscience de la diversité des pouvoirs de créativité est certainement une pierre angulaire à la base de la construction de nos discussions alors que nous nous attachions à circonscrire ce que vivaient les femmes, plus particulièrement lorsqu'il s'agissait de prendre soin d'elles-mêmes ou de personnes vivant avec la TB dans leur entourage. En convergence avec de nombreux écrits, le potentiel de la participation différenciée des femmes et des hommes, dans la quête du savoir, s'inscrit dans une perspective d'égalité des chances. Selon ces données, il est attendu que les femmes et les hommes obtiennent des résultats positifs grâce à leur potentiel personnel et à une capacité d'agir face aux défis que la vie pose et de s'y adapter. Une telle participation contribue au développement communautaire dans le but d'apprendre à confronter et à résoudre des questions ancrées dans la communauté. Deviennent

également importantes pour les chercheurs les mises en garde quant aux « risques pervers » d'associer les questions de genre et de migration à la vulnérabilité. Ces notions sont ancrées dans des systèmes de sens et de valeurs et dans des contextes politiques et économiques qui ne peuvent être occultés (Dozon et Fassin, 2001; Fassin, 2001). Plus spécifiquement, ces notions s'appliquent aux inévitables clarifications à rechercher en collaboration quant à la contribution des questions de genre et de migration devant être incluses dans les programmes de gestion de la tuberculose, faisant ressortir les conditions sous-jacentes à la vulnérabilité et les sensibilités à travailler avec des groupes dits à risque. Il s'agit de surveiller et de se préoccuper des « risques » – c'est le cas de le dire dans ce sens également – de dérapages vers une essentialisation de groupe limitant indûment les capacités, par manque de reconnaissance et d'appui de s'élever au-delà d'un contexte fragilisant.

S'agissant de négociations au sein d'une équipe de recherche, que dire des forces sociales, politiques et économiques complexes qui modulent de façon différenciée la vie des femmes et des hommes, ces personnes qui de surcroît vivent des situations de santé difficiles ? Ces personnes, pour qui les programmes et les stratégies doivent être élaborés en s'assurant justement de prendre en compte le contexte de vie. Ne serait-il pas cohérent de souligner qu'une intervention orientée vers la reconnaissance des forces puisse consister à inclure ces dernières dans les programmes en question au risque de déresponsabilisation ? Comment rejoindre les « très » vulnérables selon l'analyse faite par les collègues en Inde ? Qu'advient-il du droit aux services de santé et au soutien ? Qu'advient-il de la capacité des personnes, notamment celles qui vivent dans les bidonvilles, à mobiliser leurs ressources ? Que dire de la capacité à la résilience et à la collectivisation, construisant sur les ressources du réseau alors que la maladie dont il est question renforce le risque de stigmatisation ?

Notre revue des écrits visait la recherche de bonnes pratiques relatives à des interventions et des programmes de gestion de la tuberculose dans des pays comme l'Inde, démontrant une sensibilité aux questions genre et migration, incluant une description des intentions et des actions suite à des décisions collectives. Notre équipe de recherche a certainement eu l'occasion de travailler l'art de la reconnaissance des idéaux démocratiques tels que la participation des citoyennes et citoyens, la correction des inégalités et l'adaptation des milieux aux besoins dans nos pays respectifs (O'Neill, Dupéré, Pedneault et autres, 2007). Le fait d'élaborer des interventions visant à tenir compte des forces au sein d'une dynamique interactive a permis l'échange, une concertation améliorée et des compromis. Notre équipe a abordé les questions en considérant les espaces de contacts et d'échanges qui contribuent soit à renforcer les facteurs de résilience ou à fragiliser encore plus ces derniers, lorsqu'il s'agit des questions d'accès à des soins de santé de qualité, en s'assurant d'être guidée par une éthique professionnelle et un rapport le plus égalitaire possible, tant au sein de l'équipe que sur la toile de fond des principes et contenus de nos travaux.

Certains des obstacles d'accès contribuent à aggraver les conditions dans lesquelles vivent les femmes, donnant ainsi un visage féminin à la pauvreté, affectant la définition qui pourrait être donnée aux femmes en tant qu'agents économiques indépendants; elles sont plutôt définies en fonction de leur relation avec les acteurs masculins, eux étant vus comme les agents économiques indépendants. Une telle définition est un exemple classique d'un risque de sous-estimation des contributions économiques potentielles de ces femmes qui, souvent, ne connaissent elles-mêmes que très peu leurs droits d'accès à des soins de santé répondant à leurs besoins, notamment quand il s'agit de prendre soin d'une condition affectant leur santé telle que la tuberculose. Ce sont des situations mettant les femmes en risque d'exclusion sociale et les exposant ainsi à des circonstances inéquitables menant vers la marginalisation.

Tel que discuté précédemment ici et dans d'autres chapitres de ce volume, en contexte de vulnérabilité, les possibilités de recours à des soins de santé ou autres ressources (légales) peuvent être compromises si, au départ, les femmes ne connaissent pas leurs droits à ces accès. Les stigmates socioculturels, l'isolement social et un sentiment d'insécurité sont parmi les facteurs qui alimentent cette vulnérabilité propre à l'expérience de beaucoup de femmes vivant dans les bidonvilles de nombreuses régions urbaines en Inde. Cependant, cette situation de vulnérabilité évolue, puisqu'elle se trouve sans cesse à la croisée d'identités, d'un territoire « social » à un autre où divers espaces et ressources se conjuguent. Ceci crée un contexte que McCall (1999, 2008) résume de façon éloquente : « des rapports sociaux d'inclusion et d'exclusion sont en évolution constante [...] ces rapports sociaux se constituent et se reconstituent en permanence à l'intérieur de territoires où chacun n'est pas également 'sujet de droit' » (McAll, 1999, p. 46). Ainsi, si certains soutiennent que considérer le genre et les expériences d'immigration relève d'une tâche complexe en raison de l'inconsistance dans les définitions et les mesures, des réflexions illustrées dans ce chapitre et d'autres contributions de ce volume, ressort la nécessité de se recentrer sur les conséquences éthiques et d'en tenir compte dans les pratiques, les programmes de santé et les actions en partenariat de recherche.

Renégociation des pratiques : sources communes d'enrichissement et d'apprentissage

Étant donné que les figures du genre et des expériences de migration conjuguées à celles de la vulnérabilité sont polymorphes et n'agissent pas de manière isolée, les programmes de santé doivent également être ancrés dans une perspective de justice sociale, composés avec celles d'efficience, à l'égard du bien commun vers une réelle utilité sociale des interventions (Massé, 2003, 2005; Selgelid, 2009; Sen, 2002; Vissandjée, Hyman, Janczur et autres, 2012).

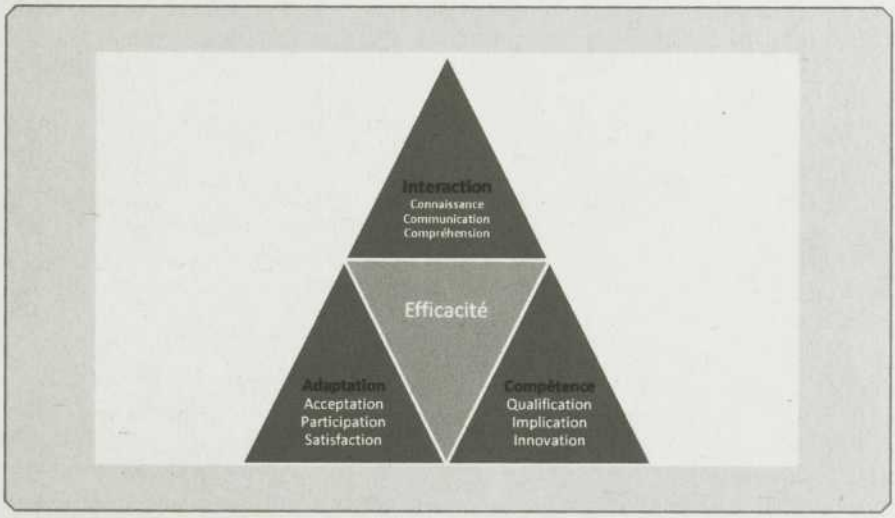
Afin de mieux comprendre les variations qui marquent, tantôt en renforçant les capacités de résiliation des femmes, tantôt en les exposant à

des situations de risque, des actions de réajustement dans les programmes de gestion de la tuberculose sont nécessaires pour mieux étayer ces intersections et mettre en exergue la nature croisée de ces déterminants sociaux de la santé.

Sans prétendre effectuer des recommandations explicites pour contourner les écueils mentionnés, certaines pistes de réflexion peuvent être avancées. S'agissant de la recherche en partenariat, il importe de travailler sur les relations interculturelles, sur les procédures et sur l'environnement contextuel. De nombreux travaux se penchant sur les déterminants d'une relation efficace au sein d'un partenariat impliquant une « efficacité interculturelle » exigent des compétences au chapitre de la reconnaissance des forces et acquis des partenaires, mais également d'une adaptation interpersonnelle et d'un esprit d'initiative menant vers des stratégies de collaboration. Ce ne sont aucunement des dimensions novatrices. Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international soulignait, il y a une dizaine d'années déjà, les concepts à la base de la notion d'efficacité lors de collaborations internationales. La figure ci-dessous illustre les trois composantes – compétence, adaptation et interaction – qui s'entrecoupent; leur zone commune détermine celle d'un partenariat de recherche efficace (Kealy, 2001).

Figure 1

ZONE COMMUNE DÉTERMINANT UN PARTENARIAT DE RECHERCHE EFFICACE (KEALY, 2001)



S'agissant de la contribution aux programmes de gestion de la tuberculose, il est essentiel de circonscrire la complexité des réalités que vivent spécifiquement les femmes. Les stratégies d'*autonomisation*, si elles se veulent fructueuses, notamment pour permettre une meilleure gestion de la tuberculose dans des bidonvilles de régions urbaines de l'Inde, doivent inclure des réflexions entre les chercheurs selon un processus continu et réflexif. Le dialogue, notamment dans les interventions exigeant parfois un recours à de l'interprétariat selon des critères de pertinence, doit également être considéré tant dans l'analyse des besoins et des capacités que dans les stratégies d'application. Les pratiques et programmes qui en découleraient s'inscriraient plus naturellement dans les mandats des réseaux sociaux et au contexte qui les encadre. C'est dans cette constante confrontation entre le discours et le réel que se révéleront les stratégies et les décisions prises autour d'enjeux qui influent directement sur les conditions de vie de personnes vivant des expériences hétérogènes et diversifiées. L'analyse des programmes de gestion de la tuberculose, ayant un potentiel de sensibilité aux questions de genre et de migration, souligne qu'un des facteurs de succès, en plus de l'implication active des organismes non gouvernementaux, est l'engagement des personnes elles-mêmes vivant avec la tuberculose. Dans un tel contexte, les effets reliés à une éventuelle discrimination issue de la communauté elle-même ont été perçus de façon beaucoup moins importante, on constate un meilleur taux de participation au dépistage ainsi que d'adhésion aux traitements.

Au-delà des diverses considérations professionnelles et de recherche, faire preuve de sensibilité et de respect est la condition *sine qua non* à la reconnaissance des actions à mettre en place. Si les questions relatives à l'importance de la prise en compte de l'intersection entre des déterminants tels que les questions relatives au genre et la migration peuvent sembler peu palpables, elles n'en sont pas moins essentielles pour le succès de l'application des programmes et politiques lorsqu'il s'agit de la gestion de la tuberculose.

Des analyses plus fines des concepts en jeu et un débat plus poussé sur les méthodes utilisées pour mesurer ces concepts et variables évoluant en intersection sont requis. À ce sujet, les approches de recherche et les stratégies d'intervention se doivent de créer des espaces plus pertinents, sécuritaires et plus inclusifs (Lönnroth et autres, 2009; Rudvin, 2007; Selgelid, Kelly et Sleigh, 2008; Spitzer, 2005; Maxwell et Robinson, 2006).

Construire et implanter des stratégies basées sur les expériences spécifiques des femmes et des hommes, établir des espaces de partage et de reconnaissance du capital humain est primordial pour obtenir une collaboration et des actions croisées vers le maintien et l'amélioration de la santé. Se sensibiliser, en tant que chercheur et intervenant, à parler le même langage est crucial pour construire un partenariat sur des bases pérennes et teintées de respect lors des négociations (Vissandjée, Apale, Wieringa et autres, 2005). De telles concertations exposeront des potentiels inexploités, ancrés dans la réalité des femmes et des hommes, à la rencontre de différents points de vue. De tels travaux de recherche,

empreints de sensibilité des trajectoires de vie des personnes concernées et de sensibilité interculturelle dans les relations internes de l'équipe de recherche permettront de mieux déchiffrer la complexité des expériences de santé qui se manifestent dans des lieux d'interaction et qui mènent parfois à des rapports inégalitaires dans une société constituée de personnes issues de communautés de droits variés.

Faisant écho à Sen (2002, 2009), les discussions présentées dans ce chapitre invitent à envisager les conditions de vulnérabilité reliées entre autres aux questions de genre et aux expériences de migration, non pas comme un manque de liberté, mais de les travailler en résonance avec les contributions qui peuvent être faites et d'influencer positivement les forces des personnes vivant ces expériences, en plus d'une condition de santé telle que la tuberculose.

Le véritable « potentiel » d'une approche tenant compte des intersections entre divers déterminants sociaux de la santé est : 1) de s'attarder à une diversité de marqueurs d'identité et de facteurs, et à une réalité composée d'effets simultanés sur l'état de vulnérabilité d'une personne; 2) d'apprécier le fait que les expériences sociales se construisent progressivement et s'entrecroisent avec de multiples déterminants qui caractérisent la nature évolutive de cet état de vulnérabilité. Alors que ces femmes et ces hommes recherchent une certaine qualité de vie à travers leurs expériences de migration, il s'agit de travailler en collaboration avec eux afin que ces personnes vivant des trajectoires de vie spécifiques puissent bénéficier pleinement d'une stratégie de droits.

Références bibliogaphiques

Amara, N., M. Ouimet et R. Landry, 2004. « New evidence on Instrumental, Conceptual and Symbolic Utilization of University Research and Government Agencies », *Science Communication*, vol. 26, n° 1, p. 75-106.

Anand, S., F. Peter et A. Sen, 2004. *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press.

Balasubramanian, R., R. Carg, T. Santha, P.G. Gopi, R. Subramani, V. Chandrasekaran et P.R. Narayanan, 2004. « Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India », *The international Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 8, n° 3, p. 323-332.

Bierman, A., F. Ahmad et F. Mawani, 2009. « Gender, migration and health », dans V. Agnew (ed.), *Racialized migrant women in Canada: Essays on health, violence, and equity*, Toronto, University of Toronto Press, p. 203-233.

Boileau, C., B. Vissandjée, V.K. Nguyen, S. Rashed, M. Sylla et M.V. Zunzunegui, 2008. « Gender Dynamics and Sexual Norms among Youth in Mali in the Context of HIV/AIDS Prevention », *Journal of African Reproductive Health*, vol. 12, n° 3, p. 173-184.

Burgess, J., 2010. « Participatory Action Research », *Action Research*, vol. 4, n° 4, p. 419-437.

Cruise Malloy, D., T. Hadjistavropoulos, E. Fahey McCathy, R.J. Evans, D.H. Zakus, I. Park, Y. Lee et J. Williams, 2009. « Culture and organizational climate: Nurses' insight into their relationship with physicians », *Nursing Ethics*, vol. 16, nº 6, p. 719-735.

Demers A.M., A. Boulle, R. Warren, S. Verver, P. Van Helden, M.A. Behr et D. Coetzee, 2010. « Use of simulated sputum specimens to estimate the specificity of laboratory-diagnosed tuberculosis », *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, vol. 14, nº 8, p. 1016-1023.

DesMeules M., J. Gold, A. Kazandjian, D. Manuel, J. Payne, B. Vissandjée, S. McDermott et Y. Mao, 2008. « New Approaches to Immigrant Health Assessment », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, nº 3, p. 22-26.

Dozon, J.P. et D. Fassin, 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.

Farrington, J. et M. Robinson, 2006. « Introduction: Meeting the Challenges to Growth and Poverty Reduction », *Development Policy Review*, vol. 24, nº 1, p. 99-112.

Fassin, D., 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », dans B. Hours (éd.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Les Éditions Karthala, p. 24-40.

Greenaway C., P. Dongier, J. Boivin, B. Tapiero, M. Miller et K. Schwartzman, 2004. *Susceptibility to Vaccine Preventable Diseases in Newly Arrived Immigrants and Refugees in Montreal, Canada*, Paper presented at 42nd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington, DC.

Greenaway, C., A. Sandoe, B. Vissandjée, I. Kitai, W. Wobeser, D. Gruner, D. Menzies et K. Schwartzman, 2010. « Tuberculosis. Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and refugees», *Canadian Journal of Medical Association.Special Edition on Immigrants and Refugees*, Special Edition.

Hankivsky, O., 2007. « More than age and biology: Overhauling lifespan approaches to women's health », dans M. Morrow, O. Hankivsky et C. Varcoe (ed.), *Women's health in Canada: Critical perspectives on theory and policy*, Toronto, University of Toronto Press, p. 64-93.

Hankivsky, O. et A. Christoffersen, 2008. « Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective », *Critical Public Health*, vol. 18, nº 3, p. 271-283.

Hugo, G., 2000. « Migration and Women's Empowerment », dans H. Presser et G. Sen (ed.), *Women's Empowerment and Demographic Processes*, Oxford, University Press, p. 287-317.

Hyman, I. et S. Guruge, 2002. « A Review of theory and health promotion: Strategies for new immigrant women », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 93, nº 3, p. 183-187.

Jackson, C., 2002. « Disciplining Gender », *World Development*, vol. 30, nº 3, p. 497-509.

Johnson, J.L., L. Greaves, et R. Repta, 2007. *Better Science with Sex and Gender: A Primer for Health Research*, Vancouver, Women's Health Research Network.

Kamineni, V.V., T. Turk, N. Wilson, R. Satyanarayana et L.S. Chauhan, 2011. « A rapid assessment and response approach to review and enhance Advocacy, Communication and Social Mobilisation for Tuberculosis control in Odisha state, India », *BMC Public Health*, vol. 11, n° 463, www.biomedcentral.com/1471-2458/11/463

Karim, F., E. Johansson, V.K. Diwan et A. Kulane, 2011. « Community perceptions of tuberculosis: A qualitative exploration from a gender perspective », *Public Health*, vol. 125, p. 84-89.

Kealey, D.J., 2001. *L'efficacité interculturelle : une étude de conseillers techniques canadiens à l'étranger*, Ottawa, Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

Khan, S.U. et R. Awan, 2011. « Contextual assessment of women empowerment and its determinants: Evidence from Pakistan », *Munich Personal RePEc Archive*, Paper n° 30820, p. 1-30.

Llácer A, MV. Zunzunegui, J. del Amo, L. Mazarrasa et F. Bolumar, 2007. « The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, Suppl. 2, p. ii4-ii10.

Lieberherr, F. et J. Bolay, 2007. *La pauvreté urbaine : un défi mondial*, Lausanne, École Polytechnique Fédérale de Lausanne, VPRI-Coopération.

Lönnroth, K., T.H. Holtz, F. Cobelens, J. Chua, F. Van Leth, T. Tupasi, et B. Williams, 2009. « Inclusion of information on risk factors, socio-economic status and health seeking in a tuberculosis prevalence survey », *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 12, n° 2, p. 171-176.

Marmot, M., 2005. « Social determinants of health inequalities », *The Lancet*, vol. 365, n° 9464, p. 1099-1104.

Massé, R., 2003. « La flexibilité des critères dans la justification éthique des interventions : du principisme spécifié à un modèle centré sur les valeurs phares », dans C. Hervé, B.M. Knoppers, P. Molinari et G. Moutel (éds.), *Éthique médicale, bioéthique et normativités*, Paris, Éditions Dalloz, p. 105-120.

Massé, R., 2005. « L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes », dans F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec et Paris, Les Presses de l'Université Laval et Anthropos, p. 61-90.

Maxwell, S. et M. Robinson, 2006. « The Future of Development Partnerships in Asia: Mapping the Agenda to 2015 », *Development Policy Review*, vol. 24, n° 1, p. 3-12.

McAll, C., 1999. « L'État des citoyens et la liberté du marché », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, n° 2, p. 27-40.

McAll, C., 2008. « Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté », dans S. Roy et V. Chatel (éds), *Penser la vulnérabilité*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 93-124

Nations Unies, 2011. *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport de 2011*, Nations Unies.

O'Neill, M., S. Dupéré, E. Pedneault, K. Perreault, M. Forster, N. Roberge, P. Parent et R. Perreault, 2007. *The "Montreal message": The Ottawa Charter for Health Promotion is still useful for today's Public Health Practice,* Reviews of Health Promotion and Education Online.

Pai, M., S. Kalantri, A. Nath Aggarwal, D. Menzies, et H.M. Blumberg, 2006. « Nosocomial Tuberculosis in India.Emerging », *Infectious Diseases*, vol. 12, nº 9, p. 1311-1319.

Rudvin, M., 2007. « The impact of individualist versus collective group identity », *Professionalism and ethics in community interpreting*, vol. 9, nº 1, p. 47-69.

Schunemann, H.J., A. Fretheim et A. Oxman, 2006. « Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines », *Health Research Policy and Systems*, vol. 4, nº 13, p. 1-17.

Selgelid, M., P. Kelly et A. Sleigh, 2008, « Ethical Challenges in TB Control in the Era of XDR-TB », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 12, nº 3, p. 231-235.

Selgelid, M., 2009. « Governance of Dual-Use Research: An Ethical Dilemma », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, nº 9, p. 720-723.

Selgelid, M., 2009. « Promoting Justice, Trust, Compliance, and health: The Case for Compensation », *American Journal of Bioethics*, vol. 9, nº 11, p. 22-24.

Selgelid, M.J., 2008. « Ethics, Tuberculosis and Globalization », *Public Health Ethics*, vol. 1, nº 1, p. 10-20.

Selgelid, M.J., P.M. Kelly et A. Sleigh, 2008. « TB Matters More », *International Public Health Policy and Ethics*, p. 233-247.

Sen, A., 2002. *Rationality and Freedom*, Boston, Harvard Belknap Press.

Sen, A., 2009. *The Idea of Justice,* Boston, Harvard University Press and London, Allen Lane.

Somma, D., B.E. Thomas, F. Karim, J. Kemp, N. Arias, C. Aueur et M.G. Weiss, 2008. « Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia [Special section on gender and TB] », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease,* vol. 12, nº 7, p. 856-866.

Spitzer, D.L., 2005. « Engendering Health Disparities », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 96 (suppl. 2), p. S78- S96.

Suganthi, P., V.K. Chadha, J. Ahmed, G. Umadevi, P. Kumar, V. Magesh, R. et M.A. Sharda, 2008. « Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums », *The international Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 12, nº 11, p. 1268-1273.

Thorson, A. et V.K. Diwan, 2001. « Gender inequalities in tuberculosis : Aspects of infection, notification rates and compliance », *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, vol. 7, p. 165-169.

Vaca, J., H. Peralta, L. Gresely, R. Cordova, D. Kuffo, T. Tannenbaum, S. Houston, B. Graham, L. Hernandez et D. Menzies, 2005. « DOTS implementation in a middle-income country: Development and evaluation of a novel approach », *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, vol. 9, nº 5, p. 521-527.

Vissandjée, B. et I. Hyman, 2011. « Preventing and Managing Diabetes: At the Intersection of Gender, Ethnicity and Migration », dans O. Hankivsky, *Transformational promise of intersectionality as a research paradigm for improving the understanding of and response to diversity in health and illness*, Vancouver, UBC Press.

Vissandjée, B., I. Hyman, A. Janczur et M. Villefranche, 2012. « Searching for Promising Health Promotion Practices for Immigrants: Accounting for Intersecting Determinants », dans I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson et M. O'Neill (eds.), *Health Promotion in Canada (3rd ed.)*, Toronto, Ontario, Canadian Scholars' Press.

Vissandjée, B., M. Van Der Plaat, S. Alexander et A. Apale, 2011. « At the intersection of social capital, gender, migration and health », dans D. Spitzer, *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, p. 231-244.

Vissandjée, B., A. Apale, S. Wieringa, S. Abdool et S. Dupéré, 2005. «Empowerment beyond numbers: substantiating women's political participation », *Journal of International Women's Studies*, vol. 7, nº 2, p. 123-141.

Vlasoff, C. et C. Garcia Moreno, 2002. « Placing gender at the centre of health programming challenges: Challenges and Limitations », *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 1713-1723.

World Health Organization (WHO), 2010. *Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control*, Geneva, WHO.

RÉPONSES PSYCHIATRIQUES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU TRAUMA DANS LE KOSOVA DE L'APRÈS-GUERRE

Hanna Kienzler[1]

Introduction

Dans ce chapitre, je mets l'accent sur la façon dont l'évolution des valeurs morales et cliniques influence les savoirs et les pratiques en psychiatrie dans un contexte de guerre et d'après-guerre. Bien que les savoirs et les pratiques en psychiatrie soient situés et ancrés dans des contextes culturels, sociaux et politiques particuliers, il est important d'examiner comment « les réseaux lointains et transnationaux [situent] les systèmes locaux de sens dans des contextes beaucoup plus larges[2] » (Bibeau, 1997, p. 22). Dans le cadre de ce « paysage global » (« *Global landscape* », *ibid.*, p. 17), la réponse contemporaine humanitaire à la guerre comprend un service de soutien psychologique lié au traumatisme pour les populations affectées par la guerre (Fassin et Rechtman, 2009). Orientés par la compassion et l'empathie, motivés par un souci de justice et de solidarité humaine, « les psychiatres humanitaires » (Fassin, 2008) et les organismes humanitaires d'aide médicale exercent de plus en plus d'influence sur la prestation des soins en santé mentale grâce aux efforts déployés afin de développer une nosologie internationale et des approches standardisées permettant d'évaluer les symptômes, de poser des diagnostics et d'assurer le traitement (Kirmayer, 2006).

De tels développements sont facilités en grande partie par le fait que la *santé mentale globale* dispose actuellement, à travers le monde, d'un nombre croissant de milieux universitaires, de littérature, de recherche et de formation (Summerfield, 2008). Les numéros spéciaux de 2007 et 2011 de *The Lancet* portant sur la santé mentale globale en sont des exemples frappants. Ils y soulignaient que les troubles mentaux représentent une proportion substantielle quoique largement sous-estimée du fardeau de la morbidité dans le monde, faisant appel aux partenaires afin de rejoindre le nouveau mouvement social *Movement for Global Mental Health*. Ce nouveau mouvement mondial en santé mentale vise spécifiquement à renforcer l'ensemble des traitements fondés sur les données probantes pour les personnes atteintes de troubles mentaux : s'engageant à protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux; assurant le suivi des progrès des différents pays pour l'atteinte des objectifs prévus; et investissant dans un programme de recherche pour soutenir ces développements. Dans ce contexte, « l'ensemble des traitements fondés

1. Texte original en anglais, traduit par Claire de Ravinel et Marie-Jeanne Blain.
2. Traduction libre. Toutes les citations ont été traduites par nos soins, sauf mention contraire.

sur des données probantes » sont présentés comme neutres, valides internationalement et largement applicables.

Toutefois, des voix critiques de chercheurs en sciences sociales et de psychiatres soutiennent que ces cadres sont « culturellement construits et contingents » (Atlani et Rousseau, 2000, p. 436) et, donc, ne font sens que lorsque nous prenons en compte « la distribution des significations dans l'espace social » et, par conséquent, « des interfaces, des affinités, des interprétations et des contradictions entre les systèmes de sens » (Bibeau, 1997, p. 19).

Ceci est vrai non seulement en ce qui concerne la compréhension que les individus et les communautés ont de la santé mentale, mais aussi par rapport à la façon même dont la psychiatrie est pratiquée. Lock et Nguyen (2010, p. 17) ont fait valoir qu'il est crucial de comprendre que la pratique médicale est influencée par des intérêts médicaux et politiques, par des normes culturelles, ainsi que par des « principes généraux à propos des orientations les plus prometteuses pour le progrès et la maîtrise du monde naturel ».

Afin de mieux comprendre comment les processus sociaux, politiques et économiques façonnent les techniques psychiatriques, je m'appuie sur Palmié (2006, p. 448) qui soutient que la pratique psychiatrique, comme toute expression culturelle, est une « *artificially reified [instance] of variations produced by humanity's universal faculty to symbolize in infinitely diverse ways* ». Ainsi, les configurations psychiatriques combinent de manière créative des pratiques et des outils provenant de la biomédecine ainsi que des pratiques locales issues de l'histoire personnelle, familiale et régionale (Kirmayer, 2006), qui se transforment constamment et, par conséquent, sont liés à l'histoire et aux principales valeurs locales (Bibeau, 1997). Ce chapitre vise à montrer que les interventions psychiatriques guidées par « les normes d'excellence fondées sur des données probantes » (« *evidence-based gold standards* ») ne sont jamais mises en pratique de façon immuable, sans modification, dans des situations de guerre et de post-guerre, mais plutôt que les praticiens locaux les combinent à leur propre expertise et à d'autres contextes sociaux, culturels, politiques et économiques dans lesquels ils vivent et travaillent. J'illustrerai plus précisément ces propos en examinant comment les praticiens de la santé kosovars aident les femmes albanaises kosovares à faire face à leurs traumatismes liés à la guerre en utilisant, en adaptant et en modifiant les outils psychiatriques et les enseignements retenus au cours de la formation dispensée par les professionnels de santé internationaux pendant les périodes de guerre et d'après-guerre en Yougoslavie.

Les stratégies d'intervention psychiatrique dans les contextes de guerre et d'après-guerre : le cas du Kosova

Dans les années 1990, l'oppression serbe exercée sur la population albanaise kosovare s'est considérablement accrue, menant à un conflit ouvert entre les deux groupes ethniques. Le conflit a dégénéré en 1998

lorsque la Serbie déclara la guerre au Kosova. Les forces serbes ont alors utilisé une violence excessive envers la population civile, de telle sorte que ce conflit est devenu un véritable génocide. Afin de mettre fin à ce conflit intense et prévenir une catastrophe humanitaire, le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, a exigé que les forces de l'armée yougoslave cessent immédiatement leur offensive militaire au Kosova; l'appel n'ayant pas été respecté, la force aérienne de l'OTAN a entrepris une opération de bombardements contre la Serbie (Kienzler, 2009; Mandelbaum, 1999).

Au cours de la campagne militaire aérienne, le nombre de victimes tuées durant la guerre a été estimé à 10 000, la majorité étant des Albanais kosovars tués par les forces serbes. D'autre part, 863 000 civils ont cherché ou ont été forcés à trouver refuge à l'extérieur du Kosova, alors que 590 000 personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays. Au total, environ 90 % de la population locale a été déracinée (Independent International Commission on Kosovo, 2000). Le viol ainsi que d'autres formes de violence sexuelle ont été utilisés comme instruments stratégiques de terreur afin de nuire délibérément aux liens communautaires et d'affaiblir la résistance face à l'agression (Watts et Zimmerman, 2002).

La plupart des recherches récentes sur les effets de la guerre ont été menées à partir de concepts tels que le traumatisme psychique lié à la guerre et les troubles consécutifs à ces traumatismes tels que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Selon plusieurs chercheurs, la prévalence de symptômes psychiatriques et le taux de SSPT parmi la population albanaise du Kosova sont élevés et compromettent leur fonctionnement social actuel et leur bien-être (Cardozo, Vergara et autres, 2000; Eytan, Gex-Fabry et autres, 2004; Toscani, Deroo et autres, 2007). Afin d'offrir des soins psychiatriques adéquats aux civils souffrant de problèmes de santé liés aux traumatismes psychiques subis, les psychiatres et psychologues internationaux ont commencé leur travail humanitaire dès le début du conflit. Selon Fassin et Rechtman (2009), le mouvement international des traumatismes en santé mentale est apparu dans les camps de réfugiés et plus tard dans les centres locaux de santé mentale sous la forme de « *trauma training* ». Celui-ci est enseigné par des professionnels occidentaux possédant une expertise dans le domaine des traumatismes psychiques et de la santé mentale. Ces professionnels voyagent d'un pays à l'autre afin de former les praticiens locaux à l'utilisation des outils d'évaluation permettant d'identifier les patients ayant besoin d'un traitement psychologique et de répondre de la façon la plus optimale aux problèmes liés au traumatisme psychique (Weine, Danieli et autres, 2002).

Au moment d'écrire ces lignes, on comptait huit Centres communautaires en santé mentale (CCSM), chacun étant destiné à desservir une population de 250 000 personnes. Parallèlement et en raison de l'absence d'une réglementation appropriée, des centres de santé privés et des pharmacies se multiplient et concurrencent le domaine public (Buwa et Vuori, 2006). Le manque de personnel qualifié rend difficile le suivi des traitements courants et à long terme. Selon l'équipe des Nations Unies au Kosova (UNKT, 2007), il n'y a que 1,9 psychiatre, 0,3 psychologue,

8,8 infirmières psychiatriques et 0,6 travailleur social ou conseiller pour 100 000 habitants[3]. Seulement 2 % du système actuel de soins de santé, déjà sous-financé, sont consacrés à la santé mentale, et l'on prévoit que le budget futur sera encore plus faible dans les années à venir, malgré les promesses des ministres de la Santé qui se sont succédé.

Bien que les professions médicales soient bien placées pour fournir une aide dans des contextes de guerre et d'après-guerre, peu de données existent quant à la façon dont sont mis en œuvre les programmes d'aide sur le terrain, comment ils sont perçus et évalués par des praticiens locaux et les bénéficiaires de l'aide et quels sont les résultats des traitements (Ager, 2002; Patel, Araya et autres, 2007). Les anthropologues soulignent que les organisations humanitaires « *identify and publish accounts of calamities across the globe to generate a sense of urgency in consumers of these materials* » (James, 2010, p. 81), afin d'inciter le désir de provoquer des réponses individuelles, institutionnelles et gouvernementales. Par exemple, Pupavac (2001) a découvert que dans les années suivant la guerre, des centaines de programmes thérapeutiques ont été mis sur pied dans l'ex-Yougoslavie. Ainsi, au Kosova seulement, ont été implantés des programmes de counselling psychosocial par : la Croix-Rouge britannique, le Comité international de la Croix-Rouge, le Catholic Agency for Overseas Development (CAFOD), Care Canada, Children's Aid Direct, Concern, Médecins sans Frontières (MSF), One to One, OXFAM, Save the Children, Tearfund, l'UNICEF, et beaucoup d'autres. Pupavac (2004, p. 494) conclut que : « *The automatic provision of mass trauma counseling in the wake of any disaster exemplifies the cultural projection of individuals as universally vulnerable and in need of emotional processing to mediate psychosocial dysfunctionality.* »

Dans cette optique, le concept du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sa pertinence pour des sociétés autres que les États-Unis a été remis en question (Littlewood, 1990). En effet, il ne tient pas compte des contextes sociaux et discursifs desquels émerge la compréhension individuelle et collective de l'expérience de la maladie et il ne prend pas en considération les modèles locaux de détresse, ses effets à long terme sur la santé, ses conséquences psychosociales et, enfin, les comportements liés à la recherche d'aide et à la guérison (Groleau, Young et Kirmayer, 2006; Pedersen, 2002; Kienzler, 2008). Des chercheurs en sciences sociales ajoutent que les psychiatres ont souvent tendance à ignorer la complexité des processus à travers lesquels les dimensions culturelles configurent les façons dont les gens font sens et se relèvent suite aux atrocités, la rupture sociale et la destruction des symboles commémoratifs dans leurs communautés respectives (Kleinman et Kleinman, 1994).

---

3. En comparaison, l'Autriche a 11,8 psychiatres, 49 psychologues, 37,8 infirmières psychiatriques et 103,4 travailleurs sociaux ou conseillers pour 100 000 habitants; l'Allemagne a 11,8 psychiatres, 51,5 psychologues, 52 infirmières psychiatriques et 477 travailleurs sociaux ou conseillers pour 100 000 habitants (UNKT, 2007).

Une grande part de la littérature critique en sciences sociales et en psychiatrie soutient que : les réponses traumatiques à la violence extrême ne doivent pas être « médicalisées »; les programmes à grande échelle pour la guérison des traumatismes « pathologisent » des populations entières; les définitions cliniques occidentales sont souvent inappropriées dans des contextes non occidentaux; et les programmes d'intervention ignorent l'histoire régionale, les structures de pouvoir et les systèmes de soins de santé. Pourtant, nous savons peu de choses sur les façons dont les praticiens locaux perçoivent, adaptent et modifient les leçons apprises durant leur formation sur l'évaluation psychiatrique et les stratégies d'intervention.

Méthodologie

Ce chapitre s'appuie sur une recherche ethnographique plus large menée au Kosova, portant sur l'impact de la guerre et les traumatismes psychiques vécus par les femmes albanaises kosovares, et qui a impliqué un travail de terrain mené en deux phases : de mai 2007 à juin 2008 et de juillet à septembre 2009. Je présente ci-dessous les résultats de recherche basés sur de l'observation participante et des entretiens informels et semi-dirigés auprès de sept médecins généralistes, six psychiatres et six psychologues travaillant dans différentes régions du pays. Auprès de chacun de ces professionnels, j'ai mené plusieurs entretiens informels et semi-dirigés de terrain. Un autre volet de la recherche implique la collecte de sources primaires et secondaires. Les matériaux de source primaire incluent des procès-verbaux de réunions d'ONG et des comptes-rendus écrits. Les sources secondaires incluent des enquêtes, des livres, des documents de recherche et des rapports relatifs au traumatisme psychique et à la santé mentale au Kosova, des brochures sur les ONG et les services de santé, ainsi que des photographies que j'ai prises lors de l'observation participante. J'ai utilisé le logiciel ATLAS.ti afin d'explorer, annoter, coder, organiser et cartographier mes données, ainsi que l'approche de la théorie ancrée de Strauss et Corbin (1998) pour analyser les transcriptions d'entrevues et les notes de terrain.

Les croyances et les pratiques biomédicales de professionnels de la santé

Être un professionnel de la santé

Tous les psychiatres et deux des psychologues les plus âgés ont reçu leur formation en ex-Yougoslavie, dans différentes universités : de Zagreb, Skopje, Belgrade, Niš et Novi Sad. Une fois leur diplôme obtenu, ils sont retournés au Kosova pour y travailler dans des hôpitaux, des centres de santé mentale et/ou ont ouvert leurs propres cliniques privées.

La carrière du docteur Zajmi[4] illustre la façon dont les professionnels de la santé mentale combinent leur formation médicale à partir de différentes universités de plusieurs pays, afin de fournir un traitement psychiatrique/psychologique dans leurs communautés d'origine : docteur Zajmi a été diplômé de l'école de médecine de l'Université de Zagreb en 1980, a poursuivi sa spécialisation en psychiatrie à Zagreb, est retourné au Kosova pour travailler dans le « secteur psychiatrique » de l'hôpital de Gjakova pendant sept ans, a reçu une formation complémentaire à Belgrade et finalement, après la guerre, a ouvert sa clinique privée à Gjakova afin de « *support women, children and families suffering from trauma* ».

D'un autre côté, les médecins de famille ont tous étudié à l'Université de Prishtina et la plupart ont dû interrompre leurs études plusieurs années avant la guerre, lorsque les autorités serbes ont expulsé de l'université les professeurs albanais et les étudiants. La plupart des jeunes médecins sont rentrés chez eux pour travailler dans les entreprises familiales ou tout simplement pour attendre « des temps meilleurs ». D'autres étudiants ont poursuivi leurs études dans le système universitaire parallèle mis en place par les professeurs albanais qui enseignaient, administraient les examens et décernaient les diplômes dans leurs maisons ou bien dans des maisons vides, des sous-sols ou des garages.

Dr Gashi-Luci est l'une de ces professeurs. Après avoir perdu son poste de professeur à la faculté de médecine de l'Université de Prishtina, elle a ouvert un laboratoire privé au cœur de la ville pour y poursuivre ses recherches et enseigner aux étudiants, durant près de dix ans, tout en espérant qu'elle serait de retour à l'université un jour : « *This hope kept me alive. When I was finally able to return to the department after the war, it was a very special moment. It is difficult to explain it to you, but I couldn't believe that I was there. It took me hours to open every single closet and to go into every single room.* » D'autres médecins ont ouvert des cliniques privées, ont travaillé dans des villages éloignés ou cherché un emploi dans des ONG liées à la santé. Dans de telles conditions, de nombreux médecins ont travaillé tout au long de la guerre, tant auprès de civils que de soldats de l'Armée de libération du Kosovo (UCK) dans leur pays et dans les camps de réfugiés.

Dans les camps de réfugiés, les professionnels de la santé et les étudiants kosovars ont été formés par des psychiatres et des psychologues de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique du Nord afin d'administrer des questionnaires épidémiologiques et des échelles d'évaluation des symptômes post-traumatiques chez les réfugiés. Les professionnels de la santé occidentaux considéraient que les médecins kosovars étaient mal outillés pour faire face aux problèmes de santé liés à un traumatisme, étant donné que la plupart d'entre eux n'étaient pas familiers avec le

4. Les noms des médecins ne sont pas anonymisés, la plupart des participants à la recherche ayant accepté d'être identifiés dans les publications. Ceux qui ne souhaitent pas être identifiés sont évoqués en termes généraux tels que « un psychiatre » ou « un autre psychologue ».

concept du SSPT et son traitement. Le docteur Zajmi a expliqué qu'il a travaillé pour des « organisations américaines », il a offert des traitements psychiatriques et mené des recherches alors qu'il était réfugié en Albanie. Là-bas, en utilisant les formulaires et les questionnaires fournis par les organisations humanitaires psychiatriques, il a « découvert » les premiers symptômes de stress post-traumatique chez des réfugiés compatriotes : « *In Albania, we had good conditions to do research. For example, in one camp there were 3,500 refugees. They were located in one place. We entered there with questionnaires containing fifteen or sixteen questions.* »

Toutefois, la formation que les professionnels de la santé kosovars ont reçue était inconsistante. Par exemple, Médecins sans Frontière a déclaré que les études sur les résultats étaient insuffisantes pour justifier et évaluer correctement les interventions, et que sa priorité était de répondre à la souffrance des gens tout simplement en étant avec eux (de Jong, Ford et Kleber, 1999) et en apportant de l'aide par des actions de compassion et d'empathie. Plusieurs professionnels de la santé kosovars que j'ai interviewés ont travaillé pour Médecins sans Frontière (MSF) et/ou Médecins du Monde (MDM) dans différentes régions de l'Albanie. Une femme psychiatre travaillant dans le service psychiatrique de l'Hôpital universitaire de Prishtina a travaillé pour MSF et MDM alors qu'elle était réfugiée. Bien qu'encore étudiante en médecine à l'époque, elle a été approchée par les organisations afin d'être interprète durant des séances de thérapie auprès des réfugiés. Quoiqu'elle ne se sentait pas préparée, elle a accepté d'aider. Les psychiatres ont réalisé qu'elle avait un talent pour écouter les réfugiés avec compassion et générer un climat de confiance et d'empathie. Ainsi, on lui a confié la responsabilité de mener des entrevues auprès d'hommes, de femmes et d'enfants, et de mettre en place un groupe de femmes où elle pourrait prodiguer de la thérapie narrative et un soutien émotionnel.

Lorsque la guerre a pris fin, les organisations internationales ont suivi la population réfugiée au Kosova où ils ont rétabli le contact avec les praticiens de la santé qui avaient été formés dans les camps de réfugiés. Leur but était de fournir de l'aide à la population, de former davantage de praticiens et d'étudiants et de contribuer à réformer le système de soins de santé du Kosova. Des organisations internationales telles que Médecins sans Frontière, Médecins du Monde, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Catholic Relief Service (CRS), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Christian Aid, le Diakonisches Werk et d'autres, se sont surtout engagés à soutenir des projets visant à traiter les blessures physiques et psychologiques de la guerre, à éduquer la population à propos des traumatismes psychiques et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) au moyen de brochures et d'entrevues à la radio, ainsi qu'à offrir des formations aux travailleurs de la santé, à des enseignants et à des personnes non initiées. Le traitement offert incluait de la médication, des psychothérapies individuelles, des thérapies de groupe, des séances de méditation et des ateliers.

Au même moment, des psychiatres se sont impliqués au sein de programmes de recherche et de formation visant la réforme du système de soins de santé mentale au Kosova. Des enquêtes portant sur des traitements thérapeutiques ont été menées auprès de la population générale, de femmes, d'enfants victimes de traumatismes et de leurs soignants, ainsi qu'auprès de survivants de la torture. Le ministre de la Santé et psychiatre, Dr Ferid Agani, m'a expliqué que ses collègues et lui « *started intensive research activities* » en collaboration avec des chercheurs internationaux et des praticiens, y compris des collaborations visant à réformer le système de santé mentale. Dr Agani a expliqué que « *with the financial support from the WHO and the expertise of Professor Weine and his team from (the University of Illinois in) Chicago we developed the Kosovar mental health care reform* ». Dans le but de former les générations actuelles et futures de professionnels de la santé aux nouvelles approches de la santé mentale, des experts des États-Unis et d'Europe sont venus au Kosova pour y donner des conférences, organiser des ateliers de travail, administrer des examens, fournir des certificats et sélectionner les premiers employés pour les nouveaux Centres communautaires en santé mentale (CCSM).

Pourtant, une fois passée l'urgence immédiate et lorsque la maladie mentale quotidienne est apparue comme principal problème au Kosova, les volontaires travaillant pour les divers programmes d'intervention ont regagné leurs pays d'origine, laissant dans les limbes le système de santé mentale au Kosova. Tous les praticiens de la santé que j'ai interrogés ont décrit le système de santé actuel comme fragile et les conditions de travail « catastrophiques », particulièrement en ce qui a trait à l'éducation et la formation du personnel, à l'accès aux traitements et aux médicaments, aux salaires et aux assurances.

Combiner différents systèmes de savoirs dans la pratique médicale

Tous les professionnels de la santé ont déclaré avoir traité plus de femmes que d'hommes (60-70 % de leurs patients étaient des femmes), que l'âge moyen des femmes principalement traitées se situait surtout autour de 30-50 ans, et que la plupart de leurs clients provenaient de zones rurales. Selon eux, ces caractéristiques étaient liées aux incertitudes de la guerre et de l'après-guerre. Un médecin de famille a expliqué : « *The patient profile reflects the regions, populations and age group in which the war caused most of its damage. Many of these rural women remained without husbands and some of them lost their children.* »

Tous les praticiens ont déclaré que les problèmes de santé liés au traumatisme et au stress avaient considérablement augmenté après la guerre. Lorsqu'on leur a demandé comment la guerre avait affecté la santé de leurs clients, la plupart des praticiens ont établi une relation directe entre les violations des droits humains et le mauvais état de santé : « *The war caused horror and, therefore, trauma* » et « *the atrocities led to long-term psychological problems* ». Dr Lila, psychiatre, a décrit : « *When the war started*

in 1998, atrocities were committed such as killings, massacres, rape, burning and destruction of houses, deportation, etc. All of this affected our people – especially women who were forced to witness the killing of their children. » Les praticiens ont également évoqué l'exhumation traumatisante de charniers et les réinhumations : ces événements leur ont « rappelé les atrocités », « détruit l'espoir de survie » et « mis à vif des blessures psychologiques encore ouvertes ».

Bien que le traumatisme de la guerre ait été décrit comme la « cause sous-jacente de la plupart des symptômes », il semblait difficile d'établir ce lien à l'aide des échelles de diagnostic standardisées et des entretiens. Les praticiens ont rapporté un succès mitigé lorsqu'il s'est agi d'encourager leurs patients, en particulier les femmes, à révéler ce qu'ils avaient enduré pendant la guerre. Cependant, tous pouvaient me donner des exemples de femmes qui, dans les faits, se sont confiées à eux. Le paradoxe est devenu évident lors de conversations à propos de viols et d'autres formes d'abus sexuels. Tous les praticiens ont expliqué que les femmes ont refusé de parler de viol, afin de sauver l'honneur de leurs familles et par crainte du divorce et de l'humiliation publique, mais les médecins ont aussi affirmé qu'ils pouvaient « sentir » si une femme avait été violée ou non durant la guerre. Leur compréhension repose à la fois sur leur pratique biomédicale et sur leurs savoirs issus de leur vie personnelle, familiale et de l'histoire régionale. Le cas présenté ci-dessous en est un exemple :

> « *Here in the village, women were separated from men and it is known that some of them were raped by Serbian soldiers. Once, a girl came to my clinic suffering from a major depression. I knew that she had been here during the war, but she and her family did not admit and talk about the violence they had endured. They didn't let it out, not even in front of me, their doctor. Nevertheless, I felt that she had been raped. As a member of this nation and as a woman I could tell that she felt enormous pain in her soul.* »

Dans d'autres cas, les médecins ont fait référence à des situations où des femmes leur avaient parlé, directement ou indirectement, de leur sort, comme Dr Sadiku l'a illustré : « *I remember one case where a woman said, 'if I told you how my daughter was abused, she could never get married'.* » En cherchant ses mots, il a continué : « *This means: she could never get married if it was known how Serbian soldiers had raped her. From my perspective, she is right – one should not talk about these things.* » Ainsi, selon le propre jugement du médecin, il n'est pas nécessairement souhaitable ou utile de parler de ces expériences horribles. Néanmoins, la citation reflète également l'hésitation entre un silence demandé ou désiré et les façons dont ce silence pourrait être rompu.

Outre les expériences de guerre traumatisantes, les praticiens ont mis en cause d'autres facteurs de stress au niveau des diagnostics, tels que les difficultés économiques, le chômage, les problèmes d'éducation des enfants et la violence conjugale. Ils ont expliqué que les « sphères psychologiques » et les « sphères matérielles » étaient interconnectées, puisque « *people are not only traumatized from losing members of their immediate families, but*

also because their houses were burnt, their agricultural equipment demolished and their livestock killed. » De plus, les praticiens reliaient la frustration et l'insatisfaction émotionnelle aux incertitudes de l'après-guerre, y compris les taux de chômage élevés, les faibles salaires, le manque d'infrastructures et le statut non résolu du Kosova. La plupart des praticiens ont estimé que de tels facteurs de stress intensifient et prolongent les symptômes liés au traumatisme psychique.

Tous les praticiens ont trouvé difficile de diagnostiquer des problèmes de santé liés au traumatisme psychique et au stress, car les symptômes étaient perçus comme très ambigus et liés à des causes multiples et différentes. Les diagnostics les plus souvent mentionnés par les praticiens concernaient le SSPT, puis les troubles dissociatifs de conversion, la dépression, l'anxiété et la névrose. Les psychiatres et les psychologues ont établi particulièrement un lien direct entre les expériences (de guerre) traumatisantes et le SSPT ou les troubles de conversion, mais leurs procédures diagnostiques ne reflètent pas nécessairement un tel lien direct. Ces professionnels indiquent que le diagnostic a été principalement établi à partir de conversations à propos des symptômes de la personne, les expériences de la guerre, les conditions de vie, la situation économique et les relations interpersonnelles. Personne n'a fait référence à des entrevues diagnostiques standardisées, quoique certains m'aient fait part de modèles à partir desquels ils ont posé un diagnostic. Le modèle suivant est illustratif.

Un psychiatre a expliqué qu'il fondait ses diagnostics à partir de la structure de la personnalité respective de ses patients. Puis il a classé les symptômes et les a corrélés à la structure de la personnalité. Il nous a dit :

> « *Primarily, I am interested in learning about the patient's personality structure. That is, I analyze his character traits to figure out whether his personality structure is neurotic, borderline or psychotic. Afterwards, I put the symptoms from which the person is suffering into correlation with the structure. First, I discern whether the symptoms may be categorized as functional, psychiatric or psychological. Then, I check whether the symptoms are at a psychotic or non-psychotic level. Finally, I go into more detail discerning whether they are somatoform, cognitive, emotional or affective symptoms. Thus, I derive the diagnosis from the personality structure and correlated symptoms.* »

Ces modèles reflètent un syncrétisme entre les différentes approches psychiatriques et psychologiques qui ont été acquises au fil du temps : soit leur formation académique en neuropsychiatrie et en psychanalyse en ex-Yougoslavie, leur formation en administration de questionnaires diagnostics reçue dans les camps de réfugiés et/ou des ateliers de travail sur les *approches corps-esprit*[5] *durant l'après-guerre. Toutefois, ce ne sont pas tous les psychiatres et les psychologues qui ont fait référence à de tels modèles,*

5. En anglais : « *mind-body-medicine* ».

et ces approches ne sont pas représentatives des procédures diagnostiques des psychiatres kosovars.

Comme on pouvait s'y attendre, les praticiens utilisent un large éventail d'approches de traitement acquises au cours de leur carrière : médication psychiatrique, placebos ainsi que différentes formes de psychothérapie basées sur le développement d'une relation, la communication et le changement de comportements. Tous les médecins généralistes se sont appuyés sur une combinaison de thérapie narrative, de faibles doses d'alprazolam[6], d'eglonyl[7] ainsi que d'antidépresseurs et de placebos. Les médecins généralistes encouragent aussi leurs patients à parler de leurs problèmes et leur conseillent de « penser de manière plus positive », de « travailler et de penser moins à la guerre » afin d'« assurer à leurs enfants un avenir meilleur » et d'« être plus tolérants vis-à-vis de leurs problèmes et d'autres personnes ». Cependant, tous ont mis l'accent sur le fait que les conversations thérapeutiques étaient habituellement insuffisantes, puisque les patients insistaient également pour recevoir de la médication. Par ailleurs, les médecins étaient réticents à prescrire systématiquement de la médication psychiatrique aux patients et ont eu recours à des placebos sous forme de pilules de sucre ou de vitamines.

À l'instar des médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues ont administré une combinaison de psychothérapie et de médication psychiatrique. Bien que les psychiatres et les psychologues aient eu recours à des traitements psychothérapeutiques similaires, le traitement psychiatrique reposait largement sur un traitement axé sur la médication avec peu ou pas de psychothérapie complémentaire, les psychiatres l'expliquant par leur manque de temps. En revanche, les psychologues – formés le plus souvent par des professionnels de la santé occidentaux – étaient souvent réticents à prescrire de la médication et ont souligné que la thérapie narrative était la méthode la plus efficace pour guérir les patients souffrant de problèmes de santé liés au traumatisme ou au stress. Selon eux, il était crucial pour les patients d'apprendre à parler de leurs problèmes émotionnels afin de ressentir un certain soulagement.

Les psychologues et, dans une moindre mesure, les psychiatres, combinaient différentes formes de psychothérapies, incluant la thérapie narrative, la thérapie cognitivo-comportementale et l'approche corps-esprit afin de traiter les patients souffrant du SSPT et de dépression. Plusieurs psychologues et un psychiatre ont utilisé une combinaison d'approches psychothérapeutiques individuelles et des traitements de groupe fondés sur l'approche corps-esprit. L'approche corps-esprit a été présentée comme une « approche holistique » qui établit un lien entre l'esprit et le corps par le biais de la conversation et « de techniques de

6. L'alprazolam est une classe de médicament appelé benzodiazépine. Il agit en inhibant l'activité cérébrale, en diminuant l'excitation anormale. L'alprazolam est utilisé pour traiter les troubles anxieux, les troubles paniques et l'anxiété causés par la dépression.

7. L'eglonyl est utilisé comme antidépresseur, antipsychotique et pour aider à la digestion.

relaxation » comme la méditation, le training autogène[8] et le yoga. D'autres psychologues ont combiné la thérapie narrative avec la thérapie cognitivo-comportementale et l'ergothérapie. Dr Qoqai a expliqué : « *People with a higher education I usually treat with a combination of occupational therapy and cognitive therapy. This seems to work well as it engages them on the cognitive and behavioral level. Less educated patients only receive occupational therapy as it matches their intellectual capacities.* »

Quoique les médecins considéraient les interventions comme plutôt réussies, ils ont admis que les patients hésitaient souvent ou refusaient même de suivre une thérapie. La stigmatisation était perçue par les médecins comme un obstacle majeur à des soins de santé mentale appropriés, la population en général croyant que les psychiatres et les psychologues traitaient des « fous » qui « avaient perdu la raison » et se comportaient comme des « lunatiques ». Pour les « convaincre » de participer, les praticiens expliquaient habituellement que de telles thérapies sont courantes et considérées normales dans d'autres parties du monde. Dr Qoqai a donné l'exemple suivant : « *I usually say to them, 'I can tell you that four hundred million people in the world use this therapy. Although most of them have not experienced a war like you have, but car crashes, plane crashes, floods, they receive the same kind of treatment you are receiving'. When they realize that it is a normal procedure in other countries, they accept the treatment well.* » En incorporant la souffrance dans un contexte mondial, les praticiens de la santé persuadent non seulement leurs patients de suivre la thérapie, mais aussi normalisent et relativisent leur souffrance et leur douleur.

Conclusion

Les pratiques de guérison sont des actions qui se déroulent dans des contextes sociaux, culturels et historiques différents, mais néanmoins interreliés (Gielen, Fish et Draguns, 2004). En conséquence, les stratégies occidentales d'intervention psychiatrique employées dans les contextes de guerre et d'après-guerre ne sont pas implantées dans des vides culturels, mais sont appropriées par les experts locaux et par les populations locales qui les changent et les adaptent afin qu'elles correspondent à leurs réalités locales respectives. Ainsi, ces techniques psychiatriques doivent être saisies « *in the making* » (Mueller-Rockstroh, 2007) pour être en mesure de décrire leur capacité transformatrice conduisant à la « créolisation », c'est-à-dire la fusion et l'émergence de nouveaux concepts, pratiques et artefacts psychiatriques au sein et entre les cultures.

Comme je l'ai montré, les professionnels de la santé mentale kosovars se sont appuyés sur des pratiques biomédicales syncrétiques et des outils développés avant, pendant et après la guerre, ils ont combiné des savoirs provenant de la neuropsychiatrie, de la psychanalyse, du DSM et d'approches alternatives de guérison telles que l'approche corps-esprit

8. Appelé aussi « autorelaxation concentrative ».

et les traditions orientales de guérison comme la méditation et le yoga. Après la guerre, le système de santé mentale du Kosova et les procédures de traitement ont subi des changements rapides. Selon les professionnels de la santé (mentale) que j'ai interviewés, les problèmes de santé reliés au traumatisme et au stress ont augmenté de manière dramatique depuis la guerre. Afin de faire face au fardeau brusque de la maladie mentale découlant du traumatisme psychique, les praticiens locaux ont reçu le support d'ONG de santé (mentale) internationales et de programmes universitaires. Les collaborations entre les ONG locales et internationales et les universités ont conduit à la réforme du système de santé mentale du Kosova, ouvertement centralisé et basé sur des soins hospitaliers, en un système mettant l'accent sur les soins communautaires en santé mentale. Les professionnels de la santé locaux et les étudiants ont reçu une formation intensive relative au diagnostic et aux stratégies de traitement psychosocial, en particulier en ce qui a trait au SSPT.

Bien que le processus semble simple en apparence, l'évaluation de problèmes de santé liés au traumatisme psychique s'avère beaucoup plus compliquée dans la pratique. En effet, les corps et les esprits se sont avérés être des entités sociales intégrant des circonstances sociales telles que le pouvoir différentiel lié au genre, au revenu économique et au statut social. Je soutiens que les professionnels en santé mentale ont traité en fait les « esprits sociaux » qui sont, tels que les « corps sociaux » (Lock et Scheper-Hughes, 1996), des liens entre l'esprit et le monde social et naturel des individus. Tel que mentionné, les femmes ont expliqué leurs symptômes aux médecins et en ont discuté ouvertement avec eux, mais elles étaient réticentes à parler des causes sous-jacentes, en particulier lorsqu'elles étaient liées à de l'abus sexuel, à de la violence conjugale ou aux conflits interpersonnels. Bien que les médecins ne fussent pas certains que les problèmes de santé des femmes étaient liés à la guerre, ils ont supposé un lien direct entre l'événement traumatique et les symptômes psychosomatiques.

Outre les événements traumatiques, les professionnels de la santé ont accordé une attention à la « souffrance sociale » de leurs clients, prenant en considération lors du diagnostic les problèmes socio-économiques. Afin de saisir la vaste gamme de symptômes psychosomatiques, les silences et les différents problèmes socio-économiques exposés par les patients, les professionnels de la santé sont arrivés avec leurs propres modèles de diagnostic. Ces modèles se basaient sur le dépistage de problèmes de santé organiques et non organiques, l'analyse de la structure de la personnalité respective de leurs patients et/ou l'identification et l'analyse de l'interconnexion entre des problèmes de sommeil, d'alimentation ou d'ordre sexuel. Pourtant, bien que les praticiens fussent conscients de la nature ambiguë et complexe des problèmes de santé de leurs patientes, leur diagnostic, paradoxalement, incluait des diagnostics standardisés tels que le SSPT, la dépression, l'anxiété, les troubles de conversion et les névroses.

Les diagnostics posés ont des conséquences pratiques pour les patients, on leur permet, d'une part, de mettre une étiquette précise sur leur souffrance et, d'autre part, on les soumet à certaines procédures de traitement psychiatrique. Les traitements offerts aux patients incluaient principalement des analgésiques, de la médication psychiatrique, une psychothérapie individuelle, une thérapie de groupe, la méditation et/ou des placebos. Les médecins ont évalué les traitements comme efficaces, bien qu'ils aient reconnu que la plupart des patients étaient réticents ou avaient refusé d'être traités à l'aide des procédures psychiatriques et psychologiques. Cela revèle le fait que « *therapy management [is a matter of] transactions that are at once influenced by cultural values, social roles and institutions, power relations, and economic circumstances that influence the ways in which illness is responded to in context over time* » (Nichter, 2002, p. 82).

Les chercheurs en sciences sociales plaident en faveur de nouvelles approches en santé mentale globale dans les contextes de guerre et d'après-guerre. Selon eux, la médicalisation du traumatisme et des symptômes connexes dépolitisent les actions des survivants en les transformant en victimes et en patients (Das et Kleinman, 2000; Pupavac, 2001). Les interconnexions entre la violence, les forces sociales plus larges et la souffrance individuelle sont situées, multiples et complexes en ce qu'elles affectent nos notions de la vie et de la mort, du bien et du mal, de la maladie et de la santé (Jenkins, 1998). Plutôt que de percevoir les contextes culturels comme des obstacles à la recherche fondée sur des données probantes, il est crucial d'incorporer et de travailler avec des normes diverses, des valeurs et des traditions, des interprétations de la maladie, différentes façons d'exprimer la détresse et différentes approches vis-à-vis de la recherche d'aide et la guérison.

Références bibliographiques

Ager, A., 2002. « Psychosocial needs in complex emergencies », *The Lancet*, vol. 60 (Suppl. 1), p. 43-44.

Atlani, L. et C. Rousseau, 2000. « The politics of culture in humanitarian aid to refugees having experienced sexual violence », *Transcultural Psychiatry*, vol. 37, n° 3, p. 435-449.

Bibeau, G., 1997. « Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda », *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, p. 9-41.

Buwa, D. et H. Vuori, 2006. « Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo », *European Journal of Public Health*, vol. 17, n° 2, p. 226-230.

Cardozo, B.P., A.Vergara et autres, 2000. « Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo », *JAMA*, vol. 284, n° 5, p. 569-577.

Das, V. et A. Kleinman, 2000. « Introduction », dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphele et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity*, Berkeley, University of California Press, p. 1-18.

De Jong, K., N. Ford et R. Kleber, 1999. « Mental health care for refugees from Kosovo: The experience of Médecins Sans Frontières », *The Lancet*, vol. 353, n° 9164, p. 1616-1617.

Eytan, A., M. Gex-Fabry et autres, 2004. « Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, n° 10, p. 664-671.

Fassin, D., 2008. « The humanitarian politics of testimony: Subjectification through trauma in the Israeli-Palestinian conflict », *Cultural Anthropology*, vol. 23, n° 3, p. 531-558.

Fassin, D. et R. Rechtman, 2009. *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*, Princeton & Oxford, Princeton University Press.

Gielen, U., J. Fish et J. Draguns (dir.), 2004. *Handbook of Culture, Therapy and Healing*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Groleau, D., A. Young et L. Kirmayer, 2006. « The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience », *Transcultural Psychiatry*, vol. 43, n° 4, p. 671-691.

Independent International Commission on Kosovo, 2000. *The Kosovo Report: Conflict, International Response, Lessons Learned*, Oxford, Oxford University Press.

James, E., 2010. *Democratic Insecurities: Violence, Trauma, and Intervention in Haiti*, Berkeley, University of California Press.

Jenkins, J., 1998. « The medical anthropology of political violence: A cultural and feminist agenda », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 12, n° 1, p. 122-131.

Kienzler, H., 2008. « Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 2, p. 218-227.

Kienzler, H., 2009. « Kosovo's masters and their influence on the local population throughout history », *Anthropos*, vol. 102, n° 2, p. 499–517.

Kirmayer, L., 2006. « Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization », *Transcultural Psychiatry*, vol. 43, p. 126-144.

Kleinman, A. et J. Kleinman, 1994. « How bodies remember: Social memory and bodily experience of criticism, resistance, and delegitimation following China's cultural revolution », *New Literary History*, vol. 25, n° 3, p. 707-723.

Littlewood, R., 1990. « From categories to contexts: A decade of the "new cross-cultural psychiatry" », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 156, p. 308-327.

Lock, M. et V.K. Nguyen, 2010. *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford, Wiley-Blackwell.

Lock, M. et N. Scheper-Hughes, 1996. « A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent », dans C. F. Sargent and T. M. Johnson (dir.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, Westport, Praeger Publishers, p. 41-70.

Mandelbaum, M., 1999. « A perfect failure: NATO's war against Yugoslavia », *Foreign Affairs*, vol. 78, n° 5, p. 2-8.

Mueller-Rockstroh, B., 2007. *Ultrasound Travels. The Politics of a Medical Technology in Ghana and Tanzania*, Maastricht, Datawyse/Universitaire Pers.

Nichter, M., 2002. « The social relations of therapy management », dans M. Lock and M. Nichter (dir.), *New Horizons in Medical Anthropology*, New York, Routledge, p. 81-110.

Palmié, S., 2006. « Creolization and its discontents », *Annual Review of Anthropology*, vol. 35, n° 1, p. 433-456.

Patel, V., R. Araya et autres, 2007. « Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, vol. 370, n° 9591, p. 991-1005.

Pedersen, D., 2002. « Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: Broad implications for health and social well-being », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 2, p. 175-190.

Pupavac, V., 2001. « Therapeutic governance: Psychosocial intervention and trauma risk management », *Disasters*, vol. 25, n° 4, p. 358-372.

Pupavac, V., 2004. « War on the couch: The emotionology of the new international security paradigm », *European Journal of Social Theory*, vol. 7, n° 2, p. 149-170.

Strauss, A. et J. Corbin, 1998. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 2nd edition, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Summerfield, D., 2008. « How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? », *BMJ*, vol. 336, n° 7651, p. 992-994.

Toscani, L., L. A. DeRoo et autres, 2007. « Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? », *Public Health*, vol. 121, n° 1, p. 34-44.

UNKT, 2007. *Initial Observations on Gaps in Health Care Services in Kosovo*, United Nations Kosovo Team.

Watts, C. et C. Zimmerman, 2002. « Violence against women: Global scope and magnitude », *The Lancet*, vol. 359, n° 9313, p. 1232-1237.

Weine, S., Y. Danieli et autres, 2002. « Guidelines for international training in mental health and psychosocial interventions for trauma exposed populations in clinical and community settings », *Psychiatry*, vol. 65, n° 2, p. 156-164.

DÉFIS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE EN SANTÉ MONDIALE : LE CAS DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME AU MAROC

Sabina Abou-Malham, Marie Hatem et Nicole Leduc

Introduction

Le but ultime de l'intervention en santé mondiale consiste principalement à réduire les disparités et iniquités mondiales en santé. Afin de s'assurer de l'atteinte de ce but, les solutions potentielles concrètes proviendraient de la pratique de la recherche en général, celle évaluative en particulier (Koplan et autres, 2009; Stephen et Daibes, 2010).

Lors du Sommet du Millénaire qui s'est déroulé en septembre 2000, un engagement en faveur du développement a été énoncé et incarné par huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) laissant la place à l'instauration d'initiatives pour contrer la pauvreté, la faim et les problèmes de santé. La santé de la mère et de l'enfant relève de deux OMD soit les 4 et 5 qui visent à réduire les taux de mortalité maternelle et des enfants dans les pays en développement touchés par une mortalité élevée de ce couple d'individus particulièrement vulnérables de la population.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé du Royaume du Maroc envisagea en 2008 de s'engager dans une stratégie nationale visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile; le renforcement des compétences des sages-femmes (SF), principales actrices dans l'offre des soins de santé reproductive, est une des dimensions principales de cette initiative.

Nous avons été impliquées dans l'évaluation de ce projet dans le cadre d'une recherche de thèse doctorale utilisant une approche d'évaluation de l'implantation d'une intervention en santé. En fait, comme le mouvement international pour l'atteinte des OMD contribue à encourager la mise en place d'interventions et de les évaluer, la recherche évaluative apparaît de plus en plus comme un exercice incontournable dans les domaines de la santé et du social (Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004).

Le présent chapitre vise à partager notre expérience dans la réalisation d'une telle évaluation. Il sera réparti en quatre sections qui porteront sur :

1) un bref aperçu du projet d'intervention;
2) l'approche d'évaluation retenue par le projet;

3) les défis rencontrés lors de la pratique évaluative en s'attardant sur les événements vécus et particulièrement significatifs; et enfin,
4) les stratégies potentielles pour réduire la résistance à la mise en pratique de l'évaluation en santé mondiale.

Bref aperçu de l'intervention objet de l'évaluation

L'intervention en question s'inscrit dans les cibles d'action des OMD, particulièrement l'objectif 5 ayant trait à l'amélioration de la santé maternelle. En effet, au Maroc, la mortalité maternelle représente une problématique centrale pour la santé des femmes. La surmortalité maternelle établie à 240 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes constituait un aspect négatif des résultats sanitaires de ce pays (OMS, 2009). Étant touché par ce drame, le ministère de la Santé du Royaume du Maroc a adopté un plan stratégique pour la période 2008-2012, qui comprend 28 décisions destinées à accélérer la réduction de la mortalité maternelle à 50 pour 100 000 naissances vivantes. Cette stratégie englobe une politique de ressources humaines pour renforcer les compétences des sages-femmes considérées comme principales prestataires de soins obstétricaux. En effet, la prise en charge professionnalisée de la période périnatale par un accoucheur qualifié comme la SF a un rôle central dans la réduction du nombre de ces tragédies (OMS, 2005).

Dans le cadre de l'implication Nord-Sud dans la réduction de la mortalité maternelle et en se basant sur les principales orientations selon les objectifs du Millénaire, une mission d'assistance technique pour la révision du programme de formation des SF a été réalisée par la professeure Marie Hatem de l'Université de Montréal. Elle a permis de poser le diagnostic de la profession de SF marocaine et de proposer conséquemment un plan d'action portant sur les plans socioculturel, disciplinaire et éducationnel dans lesquels évolue la SF marocaine. Ce plan comprend onze objectifs opérationnalisés, déclinés en indicateurs ainsi qu'en ressources vérifiables. Le but de la démarche effectuée dans le cadre de la mission précitée est de renforcer le rôle professionnel des SF afin de leur permettre de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle au Maroc (Hatem, 2008).

Ainsi, ce plan d'action consiste en l'introduction d'un changement dans les systèmes disciplinaire, éducationnel et dans la société, soit un nouveau rôle professionnel et de nouvelles responsabilités pour les SF en regard de la prestation des services périnatals.

Or, il est évident que le plan à l'étude n'est pas implanté dans un champ neutre. En effet, l'introduction de ce changement est un processus soumis à une combinaison d'éléments qui pourraient être favorables ou défavorables au succès de son implantation. Ainsi, une analyse des obstacles et des facteurs facilitateurs de l'implantation du plan à l'étude s'avère cruciale afin de dégager les ajustements à effectuer en cours de route et d'améliorer le processus d'implantation.

La phase empirique de cette pratique évaluative, soit la collecte des données, a été effectuée, suite à l'autorisation du ministère de la Santé, durant les mois de juin et juillet 2010 et certes elle s'est heurtée à des défis qui seront décrits et analysés dans la troisième section du chapitre.

La recherche évaluative en santé mondiale : l'approche adoptée par le projet en question

Une analyse de l'implantation s'est avérée la plus adaptée étant donné que la mise en œuvre du plan d'action était amorcée en juin 2009, supposant ainsi que l'intervention est devenue bien liée à son contexte. Dans l'état actuel des connaissances, l'analyse de l'implantation ne dispose pas de définition consensuelle (Champagne et autres, 2009). Toutefois, il existe un consensus évident quant à la finalité de cette démarche qui consiste à révéler le contenu de la « boîte noire » que constitue l'intervention, soit rendre explicite l'influence du contexte sur sa mise en œuvre (Champagne et autres, 2009; Damschroder et autres, 2009; Love, 2004). La pertinence d'effectuer une telle analyse étant de mieux comprendre la dynamique de l'implantation, de réduire les risques d'échec du changement visé par une intervention et de ne pas commettre l'erreur de type 3, soit tirer des conclusions erronées sur l'efficacité de l'intervention (Barry, Domitrovich et Lara, 2005; Champagne et autres, 2009).

L'approche retenue est celle recommandée par Love (2004) à la phase d'opérationnalisation de l'intervention qui consiste à comprendre les barrières et les facteurs facilitateurs à l'implantation. Plusieurs auteurs soutiennent cette approche étant donné qu'elle permet de surveiller l'évolution du processus, d'anticiper les problèmes, de tenir compte des enjeux qui risquent de compromettre la viabilité de l'intervention et conséquemment de réorienter la démarche en cours de route (Champagne et autres, 2009; Damschroder et autres, 2009; Patton, 1997).

Défis associés à la pratique de la recherche évaluative au Maroc

Avant d'aborder les difficultés rencontrées par la chercheuse principale lors de la conduite de la première collecte des données sur le terrain marocain, il serait pertinent de relater les défis décrits dans la littérature qui tiennent, d'une part, à la conduite du processus de recherche en santé mondiale et, d'autre part, au sujet même de l'évaluation :

1. Enjeux de la recherche en santé mondiale

Le débat relatif à ce sujet abonde dans la littérature. À cet égard, plusieurs auteurs ont tenté de brosser un portrait des défis en santé mondiale. Dean et ses collaborateurs (2005) évoquent la recherche en santé mondiale comme étant un phénomène complexe engendrant

différents enjeux liés à la gestion, au financement et aux méthodes de communication.

En ce qui concerne la recherche dans le domaine de la santé reproductive menée dans les pays à faible revenu, Stenson et ses collaborateurs (2010) ont démontré l'existence d'enjeux d'ordre éthique, faisant référence au consentement éclairé et aux incitatifs, d'ordre logistique, tels que les difficultés de communication d'outre-mer, et d'enjeux relatifs au maintien d'une relation de collaboration entre des chercheurs provenant de différents pays et porteurs de cultures diverses. Finalement, des enjeux relatifs au partenariat communautaire et des enjeux liés à la collecte et à la gestion des données ont également été rapportés par ces derniers.

Quant à Suárez-Herrera (2008), il décrit des défis de trois ordres à prendre en considération dans les recherches comparatives menées sur le plan international, soit les défis d'ordre organisationnel, épistémologique et éthique. Ainsi, les enjeux organisationnels ont trait à la stratégie méthodologique de la recherche et à des problèmes de communication et de compréhension entre les acteurs appartenant à des contextes différents. Sur le plan épistémologique, les enjeux sont inhérents d'une part aux problématiques de recherche qui diffèrent en fonction du contexte et qui sont souvent négligées par les chercheurs, et d'autre part, aux catégories de recherche utilisées et qui sont issues de contextes divers caractérisés par leur spécificité et ce, lors de la pratique de recherche comparative.

Finalement, il attire l'attention sur les enjeux éthiques relatifs majoritairement aux rapports de pouvoir, socioculturels, et à la production de connaissances socialement légitimes entre les acteurs locaux et les chercheurs étrangers.

2. Enjeux liés à la pratique de l'évaluation

En dépit des nombreuses finalités attribuées à l'évaluation et des apports importants générés par cette démarche, elle comporte des enjeux multiples, complexes et non négligeables étant donné qu'elle est inscrite dans un contexte politique, social et institutionnel qui interroge les logiques stratégiques des acteurs (Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004). Parmi l'ensemble des enjeux à contourner, la résistance à l'évaluation en ce qui a trait à son implantation et à l'utilisation de ses résultats est au cœur du débat de la communauté scientifique, comme en témoigne le discours de plusieurs chercheurs (Donaldson, Gooler et Scriven, 2002; Taut et Brauns, 2003; Taut et Alkin, 2002).

La résistance semble être liée à une image négative de l'évaluation et à la peur d'être négativement évalué, engendrant conséquemment un manque de coopération et de collaboration de la part des personnes évaluées (Brousselle, 2006; Taut et Brauns, 2003). L'expérience d'être évalué, jugé, aboutit généralement à une réaction émotionnelle de malaise, d'incertitude et d'appréhension (Donaldson, Gooler et Scriven, 2002).

Souvent, la démarche évaluative s'accompagne de la crainte des acteurs des conséquences négatives potentielles de ce processus telles que le jugement critique (Donaldson, Gooler et Scriven, 2002), l'embarras et la perte de financement et d'emplois (Donaldson, Gooler et Scriven, 2002; Taut et Brauns, 2003), en résumé la crainte d'être mal évalué (Patton, 1997).

La résistance à l'évaluation se manifeste aussi par des attitudes négatives des personnes évaluées affectant en conséquence l'utilisation des résultats qui en découlent (Patton, 1997). Il s'avère ainsi que l'évaluateur ne doit pas négliger les appréhensions et les réactions des acteurs à l'égard de l'évaluation, notamment en santé mondiale. De ce fait, partager l'expérience relative aux défis confrontés lors de la mise en œuvre d'un processus de recherche évaluative en santé mondiale permet de saisir, d'une part, les enjeux de l'évaluation en santé mondiale et, d'autre part, permet de nous questionner sur nos pratiques en vue de les améliorer. Ainsi, parmi la myriade des défis décrits dans la littérature, notre pratique a relevé majoritairement des défis relatifs aux attitudes des acteurs envers l'action évaluative, à la démarche méthodologique et finalement au contexte sociopolitique.

3. Défis relatifs aux attitudes des acteurs

Attitudes de méfiance et de manque de confiance des sages-femmes envers l'évaluateur

Concernant les acteurs, les attitudes de méfiance des participants et de manque de confiance envers la chercheuse ont illustré le mieux le poids des enjeux. Bien que la démarche suivie pour le recrutement de certaines sages-femmes (SF) ait été faite à distance, la chercheuse a essayé d'être explicite sur la démarche évaluative en communiquant à l'ensemble des acteurs potentiels un document descriptif détaillé des objectifs, des étapes de l'étude. Des explications ont aussi été fournies quant à l'utilité de l'information issue de l'évaluation pour l'avancement des connaissances en ce qui a trait à la profession SF et à la réduction des taux élevés de mortalité maternelle au Maroc. De même, le but formatif a été profondément précisé dans le formulaire de consentement. L'accent a été mis sur la pertinence de l'étude quant aux ajustements à effectuer dans l'environnement de la stratégie en question et quant à l'amélioration du processus d'implantation.

Bien que ces explications aient été réitérées et des éclaircissements apportés une fois la chercheuse présente sur le terrain marocain, la démarche évaluative a déclenché des attitudes de méfiance chez les participantes interviewées, notamment chez les SF enseignantes dans les instituts de formation et les SF cliniciennes exerçant dans les différentes structures de santé.

Ces attitudes ont été générées par l'évaluation perçue comme initiative externe. En dépit du fait que la stratégie, objet de l'évaluation, ait été élaborée et approuvée par le ministère dans le cadre de sa lutte contre la mortalité maternelle appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la population, elle a été perçue comme une procédure externe menaçante non négociée avec les principaux acteurs concernés. Les commentaires des SF et leurs réactions ont bien reflété ces attitudes :

> ***SF1*** *: Nous n'avons été informés que par vous-même, par la lettre qui a été envoyée et le formulaire de consentement, nous avons l'habitude de recevoir des informations par le biais de notre directeur quand c'est organisé par notre ministère (Enseignante).*
>
> ***SF2*** *: Pour être franche, on ne nous a pas mises au courant, je ne savais pas qu'il y avait une phase de diagnostic qui a précédé la mise en œuvre de ce plan, d'habitude l'information prend du temps, mais elle arrive, mais concernant cette étude, on n'a rien reçu, on dirait que c'est une étude juste organisée par l'Université de Montréal (Enseignante).*

En effet, l'adhésion des acteurs lors d'une démarche évaluative externe ou interne est cruciale et garante de sa bonne évolution. Un des meilleurs moyens pour l'obtenir est de construire la démarche avec eux afin de susciter leur confiance et d'obtenir leur coopération (Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004).

Pour certaines sages-femmes, un manque de confiance envers un chercheur étranger s'est manifesté par les propos suivants :

> ***SF3*** *: Comment vous allez utiliser l'information que je vous communique ? (Enseignante).*
>
> ***SF2*** *: Comment je pourrai être sûre que l'information que je vous transmets ne va pas être diffusée en mon nom ? Comment cette information sera utilisée ? (Enseignante).*
>
> ***SF4*** *: Écoutez, nous, dans les maternités, on vient d'être informées que vous allez faire des entrevues, est-ce que vous êtes envoyés par le Canada ? Je ne suis pas sûre si je suis capable de vous dire les choses d'une manière ouverte, heu vous comprenez ? (Clinicienne).*

En se référant à la littérature portant sur les barrières à l'évaluation, trois types de facteurs explicatifs de la résistance à l'évaluation ont été rapportés dans les écrits, soit les facteurs liés à l'évaluation, et ceux d'ordre contextuel et humain (Monsen, 2002).

Nos observations sur le terrain rejoignent les propos des auteurs ayant impliqué les facteurs humains dans la survenue des attitudes négatives de résistance envers l'évaluation, entre autres le manque de confiance envers l'évaluateur. Tault et Alkin (2003) ont classé le manque de confiance comme étant la deuxième barrière la plus prévalente à l'évaluation faisant partie des facteurs humains. Par ailleurs, les attitudes de méfiance ont été soulignées par Stenson et autres (2010) envers les chercheurs étrangers. Ils ont mis l'emphase sur la nécessité d'être sensible

aux normes culturelles du site de recherche afin de gagner la confiance des membres de la communauté.

Geva-May et Thorngate (2003) ont stipulé que l'évaluation est une procédure menaçante pour les évalués surtout si l'évaluation est entamée par un évaluateur externe. Dans la même veine d'idées, Wilderman (1979) a rapporté qu'une démarche d'évaluation initiée à l'interne faisant suite à une décision consensuelle des participants est probablement mieux acceptée et plus soutenue que celle fondée et conduite par des étrangers. Pour ces différents auteurs, la nécessité de développer des relations de confiance avec les évalués avant de procéder à la collecte des données s'avère un objectif important à viser étant donné la nature menaçante du processus évaluatif et les attitudes de résistance qu'il peut déclencher.

Attitudes de crainte des participants à l'égard de la démarche évaluative

Plusieurs sages-femmes ont révélé des incertitudes sur ce qu'est l'évaluation. Des craintes à l'égard de l'utilisation qui peut être faite des données ont été exprimées. Ces constatations s'appuient sur les différents propos des SF :

> ***SF1*** *: Est-ce que nos directeurs vont lire les documents des entrevues, à qui vous allez transmettre l'information, est-ce que ça pourra nuire à mon statut en tant qu'enseignante ? (Enseignante).*

> ***SF2*** *: Franchement, j'ai peur que ce que je vais dire affecte ma job ! (Enseignante).*

Il y avait la crainte du jugement et la crainte de remettre en cause leurs compétences et leur poste. La démarche a été perçue comme si c'était un prétexte pour exercer un contrôle, porter un jugement sur les acteurs.

Ces constatations sont consolidées par les écrits scientifiques qui rapportent que la crainte de l'évaluation semble être due à un manque de compréhension ou à une confusion quant à la signification du concept d'évaluation. Selon Wilderman (1979), les gens ont probablement tendance à craindre un processus qu'ils ne comprennent pas. Aussi, Taut et Brauns (2003) énoncent que la crainte de l'évaluation émane souvent d'une démarche perçue comme poursuivant un but de contrôle et de jugement.

En effet, différencier évaluation et contrôle semble être difficile du fait de notre perception négative de l'évaluation, vue comme un acte de jugement et une opération de contrôle et de sanction (Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004). Le risque d'une telle confusion a été souligné étant donné que l'évaluation est un terme équivoque suscitant de nombreux malentendus. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de distinguer entre les deux notions évaluation et contrôle. La première étant un processus égalitaire visant à comprendre les événements et à produire un savoir au service de l'évolution, contrairement à la deuxième qui désigne une démarche hiérarchique auprès des acteurs visant à mesurer le degré

de conformité avec une norme de référence afin de sanctionner l'action (Nossent, 2010).

Attitudes de résistance des directeurs

Le projet de recherche actuel constitue l'objectif 10 « mettre en place un processus de l'analyse de l'implantation » du plan d'action émanant de la mission d'assistance accomplie en 2008. Rappelons que la mission a englobé trois activités essentielles : une phase de diagnostic relative à la profession sage-femme au Maroc, suivie de la phase d'élaboration du plan d'action objet de l'évaluation. La dernière activité a consisté en la mise en place d'un atelier de validation du plan d'action auquel ont assisté des personnes occupant des postes de direction.

Néanmoins, l'attitude de quelques directeurs ayant assisté à ce dernier et intensément engagés dans le projet n'a pas été exempte d'enjeux inattendus. Des attitudes de résistance imprévue et d'obstruction à la quête d'informations se sont concrétisées sur le terrain sous la forme de difficultés rencontrées pour obtenir un rendez-vous ou encore d'un manque de coopération, se manifestant par exemple par le blocage de l'accès à certains documents importants relatifs au plan, sous prétexte de confidentialité. De même, un refus d'enregistrer les entrevues et une menace de tronquer l'information au cas où l'enregistrement aurait lieu ont contraint la chercheuse à procéder à la collecte de l'information par écrit. Ces attitudes ont été justifiées par la peur de compromettre leur emploi.

Ces observations vont à l'encontre des constatations de Taut et Alkin (2002) qui ont trouvé que plus la position des participants au programme était élevée, plus leur connaissance de l'évaluation et leurs attitudes envers l'équipe d'évaluation étaient favorables.

La littérature est bien explicite sur les difficultés relatives à la coopération de la part des évalués, entre autres le manque d'accès à l'information étant une des conséquences négatives d'une anxiété excessive face à l'évaluation (Donaldson, Gooler et Scriven, 2002). De même, les aspects menaçants des résultats de l'évaluation ont été mis en évidence tels que la menace des rôles (Wilderman, 1979) et la sécurité de l'emploi (Campbell, 1975).

En somme, en se référant à la liste de Patton (1997, p. 263) « *Threats to utility* », deux barrières, soit le manque de compréhension de l'évaluation en général, de l'utilité des résultats plus spécifiquement, et le manque de confiance relatif au processus d'évaluation ont été retrouvés lors de la conduite de notre pratique évaluative.

4. Défis relatifs à la méthodologie

Des barrières à la participation et des problèmes relatifs à la collecte des données et finalement à la conduite d'un travail de terrain qualitatif itératif ont également constitué des enjeux méthodologiques empiriques.

Barrières à la participation

Vu le manque de financement de la phase d'évaluation du plan en question, il nous a été impossible d'attribuer des incitatifs financiers ou autres aux répondants. Ceci a eu des répercussions sur la conduite des entrevues auprès de certaines sages-femmes. Dans certaines situations, des compensations financières ont été même réclamées par quelques participantes pour le temps consacré à l'entrevue. L'incitatif financier était considéré comme un facteur motivant pour participer à la recherche.

Cet état de fait n'est pas surprenant. Plusieurs études ont démontré les effets des incitatifs financiers et non financiers sur l'augmentation du taux de réponses et sur la participation (Hansen, 2006; Stenson et autres, 2010). Ruy, Couper et Marans (2006) ont même démontré qu'un plus grand effet est attribuable aux incitatifs financiers. La durée même des entrevues a été mise en évidence sur le taux d'achèvement d'une entrevue par Hansen (2006). En effet, quelques participantes ont ressenti un malaise quant au temps requis pour participer à une entrevue. Dans certains *focus groups* menés en milieu clinique, certaines SF se sont retirées sous prétexte d'être obligées d'assister à des réunions. Ceci suscite le questionnement suivant : en présence d'incitatifs financiers, la chercheuse aurait-elle été confrontée à la même situation problématique ?

Problèmes relatifs à la collecte des données :

Ces problèmes étaient majoritairement imputables à un financement limité et aux contraintes de temps. La période de temps consacrée à la collecte des données était restreinte vu le budget limité alloué pour le travail de terrain. Ainsi, durant une période d'un mois, la chercheuse a procédé à la rencontre des informateurs-clés et à la conduite des entrevues.

L'immersion de la chercheuse sur le terrain était intense en termes d'interaction quotidienne avec les participants et d'ouverture constante au contexte, mais menée sur une période de cinq semaines seulement.

Miles et Huberman (2003) rappellent que la confiance envers le chercheur augmente en fonction du temps passé avec les participants. À cet effet, il serait pertinent de savoir si une présence plus prolongée sur le terrain aurait permis de réduire les défis par rapport aux attitudes réfractaires des participants.

Problèmes de conduite d'un travail de terrain qualitatif itératif :

Comme le soulignent plusieurs auteurs (Miles et Huberman, 2003), une opération d'analyse itérative entre le chercheur et les données favorise une meilleure compréhension et apporte une plus grande validité au processus en jeu qu'une démarche linéaire. Cette dynamique s'avère aussi une démarche fructueuse tant au niveau de la qualité des données qu'au niveau des interprétations faites (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Cependant, la chercheuse a trouvé des difficultés à se conformer aux recommandations de l'itération suggérées en recherche qualitative. Une analyse en continu au cours de la collecte des données a été très difficile vu les limites de temps et le travail intensif effectué.

Ainsi, la courte durée de la mission a constitué un frein à réaliser une recherche qualitative selon une démarche progressive itérative, en alternant un travail de réflexion sur les données déjà collectées et en adoptant de nouvelles stratégies pour en collecter d'autres (Miles et Huberman, 2003).

5. Défis relatifs au contexte sociopolitique

En dépit de la lettre d'autorisation accordée par le ministère de la Santé du Maroc pour mener la recherche, la majorité des acteurs interviewés dans la ville de Rabat ont refusé l'enregistrement des entrevues. Ce refus a été attribué selon les propos des informateurs-clés au contexte sociopolitique et précisément à un système de santé centralisé de décisions :

> ***Médecin*** : *Nous sommes à Rabat, dans la ville ici il faut faire attention, tout ce qui est dit remonte vers le haut de la chaîne, du système, vous saisissez, Madame (Directeur).*

En effet, l'évaluation prend place dans un contexte politique particulier (Weiss, 1987); ainsi, il ne semble pas être surprenant que les facteurs contextuels incluant l'environnement politique au sens large soient rapportés dans la littérature comme une troisième catégorie de barrières à considérer dans l'explication de la résistance à l'évaluation (Patton, 1997; Taut et Alkin, 2003).

Brousselle (2006) rapporte aussi que la réalisation de l'évaluation dans des contextes politiques où les enjeux sont importants et auprès d'acteurs qui pensent subir des pertes ou des gains est difficile et peut se heurter à la résistance à l'objectivation de leur discours. Bibeau et Perreault (1995) attirent l'attention sur les milieux qui résistent à l'évaluation et qui sont difficilement pénétrables par un étranger.

Des stratégies pour vaincre la résistance à la mise en pratique de la recherche évaluative en santé mondiale

À travers l'explicitation d'une situation de recherche évaluative en santé mondiale, nous avons tenté dans ce chapitre de présenter une analyse fidèle des enjeux observés sur le terrain marocain. Bien que la littérature stipule que l'évaluation sommative engendre une plus grande menace que l'approche formative (Taut et Brauns, 2003), il ressort de notre expérience d'évaluation formative des défis qui méritent l'attention : d'ordre psychologique (relatifs aux attitudes des acteurs), méthodologique et sociopolitique. Les constats observés nous invitent à poser un regard réflexif sur la conduite de la recherche évaluative, à identifier des interventions afin de contourner ces défis et évoquer des pistes pour en améliorer le processus.

La pratique participative semble être une avenue intéressante évoquée consensuellement dans les écrits comme une approche à adopter en matière d'évaluation (Green, 1998; Patton, 2002; Ridde, 2006). Qualifiée comme étant un processus évaluatif conduit selon une démarche de partenariat entre des évaluateurs et des personnes concernées par l'évaluation, mais qui ne sont pas des évaluateurs (Ridde, 2006, p. 4), elle semble être une condition essentielle pour déjouer les résistances à l'évaluation et réduire les méfiances (Beaudoin, Lefrançois et Ouellet, 1986). Ceci est soutenu par les propos de plusieurs auteurs. Citons, d'une part, Green (1988) qui a démontré que la participation accrue des acteurs mène à un degré plus élevé d'acceptation de l'évaluation. D'autre part, Patton (2002) mentionne que des participants actifs dans une démarche évaluative ont probablement plus tendance à s'approprier non seulement les résultats, mais aussi le processus lui-même (Patton, 2002, p. 184). Weaver et Cousins (2005) ont identifié parmi les trois objectifs justifiant le recours à la recherche participative les objectifs pragmatique et politique. Le premier consiste à favoriser la réussite du processus évaluatif et à accroître l'utilisation des résultats et le deuxième, à promouvoir la justice sociale par la participation des individus à un processus rendu démocratique. En effet, dans une évaluation participative, les activités préconisées, entre autres la rétroaction et la communication, permettent de promouvoir la collaboration entre le chercheur et les participants et finalement de réduire la résistance (Patton, 1997; Whitemore, 1998).

Dans le contexte de la recherche mondiale, l'adoption d'une stratégie de partenariat entre le chercheur et les participants a même été considérée comme une exigence éthique (Tindana et autres, 2007). Ainsi, une telle stratégie de participation où les participants occupent une place de partenaires dans l'évaluation favorise une dynamique de production des informations valides dans un contexte exempt d'attitudes de résistance (Beaudoin, Lefrançois et Ouellet, 1986; Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004; Patton, 1997, 2002).

La littérature explorant le champ de conduite d'une démarche évaluative nous porte à mettre l'emphase sur deux axes principaux qui doivent être respectés pour pouvoir réussir cette dernière. Ce sont :

1. Le développement et le renforcement des capacités des acteurs locaux en recherche évaluative

Il ressort de notre expérience sur le terrain que des informations quoique détaillées à l'égard du processus évaluatif sont insuffisantes à elles seules pour éliminer les attitudes de résistance. Des activités éducatives des participants permettant l'explicitation de l'ensemble de la démarche d'évaluation – processus et finalités – s'avèrent indispensables. L'impact en est une communication de qualité, une meilleure connaissance à l'égard du processus et conséquemment une situation moins menaçante, un gain de confiance et une plus grande disponibilité à coopérer (Taut et Brauns, 2003). Il est impératif de mettre l'emphase sur les fonctions d'amélioration et de réajustement du plan visés par l'évaluation *versus* le contrôle et l'exercice de l'autorité. Les participants doivent être conscients que les résultats seront attribués au programme et non pas à la personne (Geva-May et Thorngate, 2003; Wilderman, 1979), ceci ayant des implications importantes sur les attitudes des participants telles qu'une meilleure acceptation de la démarche évaluative, comme le rapporte Wilderman (1979).

2. La considération de l'activité évaluative comme un travail de groupe collectif

Il s'agit d'un renouvellement de pratique permettant à l'ensemble des acteurs d'acquérir une meilleure compréhension des conditions de conduite de l'intervention et une participation active au processus évaluatif, et ce, afin d'améliorer la transparence et de désamorcer les craintes de contrôle (Beaudoin, Lefrançois et Ouellet, 1986; Dubois, Champagne et Bilodeau, 2009; Patton, 2002).

Ainsi, en se référant à la liste des principes primordiaux d'une recherche participative élaborée par Patton (2002), il serait pertinent :

1) d'engager activement les personnes concernées dans toutes les phases de l'évaluation : par exemple, dans la conception de l'évaluation, dans la phase de collecte et d'analyse des données et dans la communication des résultats;
2) de prendre en considération leurs valeurs, leurs points de vue, leurs intérêts et leurs attentes, à toutes les étapes du processus d'évaluation;
3) de minimiser les différences de pouvoir et la distance entre l'évaluateur et les participants.

Conclusion

En guise de conclusion, nous constatons qu'une évaluation participative interactive ayant pour principe « *working with people* », comme le recommande Patton (2002, p. 183), démocratique et non hiérarchique, ouverte à tous les participants de l'action sociale tel que recommandé par Contandriopoulos (2009) et Dubois, Champagne et Bilodeau (2009), construite avec les principaux acteurs, présente plusieurs avantages. La participation active des acteurs au processus évaluatif contribue non seulement à acquérir un climat de confiance (Ridde et autres, 2003) et à entraîner conséquemment l'adhésion, mais aussi à les mettre en position d'acteurs-clés des changements visés par le programme (Fontaine, Beyragued et Miachon, 2004; Patton, 1997).

L'évaluation participative, étant donné qu'elle vise à susciter des changements sociaux (Suárez-Herrera, Springett et Kagan, 2009), est une piste à soutenir et à encourager en vue de renforcer les capacités de mise en pratique de la recherche évaluative en santé mondiale.

Références bibliographiques

Barry, M., C. Domitrovich et Ma. Asunción Lara, 2005. « The implementation of mental health promotion programmes », *Promotion & Education*, vol. 12, p. 30-36.

Beaudoin, A., R. Lefrançois et F. Ouellet, 1986. « Les pratiques évaluatives : enjeux, stratégies et principes », *Service social*, vol. 35, n° 1-2, p. 188-213.

Bibeau, G. et M. Perreault, 1995. *Dérives montréalaises*, Montréal, Les Éditions du Boréal.

Brousselle, A., 2006. « Discours qui résistent à l'objectivation : Que peut-on en tirer pour l'évaluation ? », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 21, n° 1, p. 83-106.

Campbell, D. T., 1975. « Assessing the impact of planned social change », dans G. M. Lyons (ed.), *Social research and public policy*, Hanover, N.H, The Public Affairs Center.

Champagne, F., A. Brousselle, Z. Hartz, A.-P. Contandriopoulos et J-.L.. Denis, 2009. « L'analyse de l'implantation », dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 226-248.

Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos, A. Brousselle, Z. Hartz et J.-L. Denis, 2009. « L'évaluation dans le domaine de la santé », dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 35-56.

Contandriopoulos, A.-P., 2009. « Évaluer l'évaluation », dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 273-282.

Damschroder, L.J., D.C Aron, R.E. Keith., S.R. Kirsh, J.A. Alexander et J.C. Lowery, 2009. « Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science », *Implementation Science,* vol. 4, nº 50.

Dean, S.C., C.E. Harper, F.P. Cappuccio, E. Rink, C. Dirckx, J. Arnout et autres, 2005. « The challenges of cross-national research in primary health care across Europe », *Family Practice,* vol. 22, nº 3, p. 341-346.

Donaldson, S.I., L.E. Gooler et P. Scriven, 2002. « Strategies for managing evaluation anxiety: Toward a psychology of program evaluation », *American Journal of Evaluation,* vol. 23, nº 3, p. 261-273.

Dubois, C-A, F, Champagne et H. Bilodeau, 2009. « Historique de l'implantation », dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes,* Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p.13-34.

Fontaine, D., L. Beyragued et C. Miachon, 2004. *Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social,* Lyon, Espace Régional de santé Publique (ERSP). www.ersp.org/evaluation/pdf/referentiel_commun_eval.pdf [consulté le 10 avril 2011].

Geva-May, I. et W. Thorngate, 2003. « Reducing anxiety and resistance in policy and programme evaluations: a socio-psychological analysis », *Evaluation,* vol. 9, nº 2, p. 205-227.

Greene, J. G., 1988. « Stakeholder participation and utilization in program evaluation », *Evaluation Review,* vol. 12, nº 2, p. 91-116.

Hatem, M., 2008. *Rapport de fin de mission : Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc.*

Hansen, K.M., 2006. « The effects of incentives, interview length, and interviewer characteristics on response rates in a CATIStudy », *International Journal of Public Opinion Research,* nº 9, p. 112-121.

Koplan, J., T. Bond, M. Mersion, K. Reddy, M. Rodriguez, N. Sewankambo et J. Wasserheit, 2009. « Towards a common definition of global health », *Lancet,* nº 373, p. 1993-1995.

Love, A., 2004. « Implementation Evaluation », dans J.S. Wholey et autres (eds.), *Handbook of Practical program Evaluation,* California, San Francisco, Jossey-Bass, p. 63-97.

Miles, M. B. et A.M. Huberman, 2003. *Analyse des données qualitatives,* Traduction de la 2e édition américaine par M. H. Rispal. Bruxelles, Éditions De Boeck Université.

Monsen, L., 2002. « School-based evaluation in Norway: Why is it so difficult to convince teachers of its usefulness? », dans D. Nevo (ed.), *School-based evaluation: An international perspective,* Oxford, JAI Elsevier Science, p. 73-88.

Mukamurera, J., F. Lacourse et Y. Couturier, 2006. « Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives,* vol. 26, nº 1, p. 110-138.

Nossent, J-P., 2010. *Évaluation ou contrôle : pour une différenciation radicale,* Analyse de l'IHOES, n° 63, www.ihoes.be [consulté le 4 mai 2011].

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2009. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2005. *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié – une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO,* Santé et recherche génésiques, Genève.

Patton, M.Q., 2002. *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.), Thousand Oaks, Calif., Sage.

Patton, M.Q., 1997. *Utilization-focused evaluation* (3rd ed.), Thousand Oaks, Calif., Sage.

Ridde, V., 2006. « Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative », *The Canadian Journal of Program Evaluation,* vol. 21, n° 2, p. 1-23.

Ridde, V., J. Baillargeon, P. Ouellet et S. Roy, 2003. « L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue », *Service social,* vol. 50, n° 1, p. 263-279.

Ryu, E., M.P. Couper et R.W. Marans, 2006. « Survey incentives: Cash vs.in kind; face-to-face vs. mail; response rate vs. nonresponse error », *International Journal of Public Opinion Research,* n° 18, p. 89-106.

Stenson, A.L., C.T. Capungu, S.E. Geller et S. Miller, 2010. « Navigating the challenges of global reproductive health research », *Journal of Women's Health,* vol. 19, no 11, p. 2101-2107.

Stephen, C. et I. Daibes, 2010. « Defining features of the practice of global health research: an examination of 14 global health research teams », *Global Health Action,* vol. 3, p. 5188.

Suárez-Herrera, J.C., 2008. « L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine », dans V. Ridde & K. Mohindra (dir.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec,* Montréal, Acfas, p. 41-56.

Suárez-Herrera, J.C., J. Springett et C. Kagan, 2009. « Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations », *Evaluation,* vol. 15, n° 3, p. 321-342.

Taut, S., et M.C. Alkin, 2002. « Barriers to program evaluation: UCLA outreach program staff perspectives », *Occ. Rep.,* n° 10, Los Angeles, University of California, Outreach Evaluation, Graduate School of Education & Information Studies. http://gseis.ucla.edu/%E2%88%BC%20outreachevaluation/reports.html

Taut, S., et D. Brauns, 2003. « Resistance to evaluation: A psychological perspective », *Evaluation,* vol. 9, n° 3, p. 247-264.

Tindana, P.O., J. A. Singh, T.C. Shawn, E.J. Upshur, A.S. Daar, P.A. Singer, J. Frohhlich et J.V. Lavery, 2007. « Grand challenges in global health: Community engagement in research in developing countries », *PLoS Medicine,* vol. 4, n° 9, p. e273.

Weaver, L. et J.B. Cousins, 2005. « Unpacking the participatory process », *Journal of MultiDisciplinary Evaluation,* n° 1, p. 19-40.

Weiss, C.H., 1987. « Where politics and evaluation research meet », dans D. Palumbo (ed.), *The politics of program evaluation.* Newbury Park, Calif., Sage, p. 47-70.

Whitemore, E., 1998. *Understanding and Practicing Participatory Evaluation, New Directions for Evaluation,* n° 80, San Francisco, Calif., Jossey-Bass.

Wilderman, R., 1979. « Evaluation research and the sociopolitical structure: A review », *American Journal of Community Psychology,* vol. 7, n° 1, p. 93-106.

PARTIE 4

COMPTE-RENDU DE LA TABLE RONDE

ENJEUX, DÉFIS ET PISTES DE RECHERCHE ET D'ACTION EN SANTÉ MONDIALE[1]

Animatrice :
Sylvie Fortin, Université de Montréal

Conférenciers invités :
Gilles Bibeau, Université de Montréal;
Duncan Pedersen, McGill University;
Marie Gervais, Université Laval
et Bilkis Vissandjée, Université de Montréal

Introduction

Sylvie FORTIN, Université de Montréal

En introduction à la table ronde, Fortin souligne l'intérêt de considérer tout à la fois les dimensions macro dans la santé mondiale et les enjeux spécifiques au terrain. Elle se questionne néanmoins sur le fait que même si nous sommes conscients de la valeur ajoutée d'une perspective horizontale de la recherche – la nécessaire contextualisation de la problématique –, il n'en reste pas moins que la recherche s'inscrit dans un marché qui est plutôt vertical. La question se pose alors quant à la façon dont se rencontreront l'horizontalité des intentions et la conjoncture de la perspective verticale.

Fortin fait un retour sur le concept de « paradigme intégrateur » qui, malgré les avancées en biomédecine, dans la technologie ou dans la structure même de l'intervention, nous rappelle qu'il ne faut pas laisser de côté le pont entre le biologique, le social et le culturel, qui demeurent insécables.

Sur le plan de la méthode, Fortin met l'emphase sur la diversité des approches méthodologiques couvertes lors de la journée de ce colloque. Cela a permis de faire des constats assez élémentaires – mais nécessaires –, à savoir comment la méthode retenue structure le savoir et la réalité qui seront documentés et, finalement, que la méthodologie n'est pas en divorce d'une certaine posture idéologique. Elle nous rappelle qu'il faut être conscient de nos choix et de leurs implications.

---

1. Ce chapitre est paru dans une première version dans : Suárez-Herrera, J.C. et M.-J. Blain (dir.) avec la collaboration des rapporteurs J. Simard et L. Doyon (2011). *Compte-rendu du colloque : « Contributions des approches anthroposociales au champ transdisciplinaire et intersectoriel de la recherche en santé mondiale »*, Montréal (Québec), Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale (Santé-Cap), 46 p. Disponible en ligne : http://umontreal.academia.edu/JoseCarlosSuarezHerrera/Papers

Pour ce qui est de l'intervention, Fortin mentionne qu'il y a plusieurs liens à faire entre ce qui se passe dans le monde, à notre portée, et les réflexions plus larges sur la place du social, la contextualisation, la façon d'aborder le terrain, la restitution et l'utilisation des données. Ces réflexions l'amènent à penser que la question de la santé mondiale n'est pas très différente des réflexions sur la santé en général concernant la visée et la portée de la médecine.

Première intervention

Marie GERVAIS, Université Laval

Gervais commence son intervention en rappelant qu'il y a une contribution significative à la recherche et à l'évaluation en santé mondiale, mais qu'elle n'est pas optimale en terme de valeur ajoutée. Elle exhorte l'audience à ne pas se précipiter dans un contexte d'intervention en santé mondiale avant de comprendre le contexte historique, économique, politique, culturel, etc., de connaître notre marge de manœuvre ainsi que les rôles et responsabilités qui nous seront assignés dans le cadre de la recherche.

Gervais propose cinq pistes d'actions. Dans un premier temps, elle suggère que le renforcement et l'élargissement des compétences touchent les praticiens, la relève et les locaux. Dans le cursus des cours gradués, le volet opérationnel est particulièrement fort en termes de compétences. Par contre, il faut réfléchir, selon Gervais, sur les volets professionnel et contextuel, sur la gestion de la démarche et les relations interpersonnelles dans le but d'intégrer ces compétences dans la formation de la relève. De plus, Gervais insiste sur le fait que la réflexion sur la formation devrait accorder une importance au transfert immédiat dans le milieu de pratique de l'apprenant, au suivi post-formation ainsi qu'aux réflexions sur notre pratique et les expériences conduites.

Au niveau de l'éthique et des normes de pratique, Gervais mentionne qu'il faudrait valoriser la connaissance des principes éthiques et leur arrimage avec la pratique afin d'assurer l'indépendance de la recherche et de l'évaluation. Même chose au niveau pratique, il importe de connaître et d'encourager le recours aux normes et standards de pratique qui permettent d'améliorer la qualité des évaluations.

Une approche de gestion bonifiée comprend la gestion des risques au quotidien. Par risque, Gervais entend tout « événement ou situation dont la concrétisation, incertaine, aurait un impact positif ou négatif sur les objectifs du projet » (Project Management Institute). L'auteure soutient qu'il est important d'intégrer une culture du risque dans la pratique comme telle, par le biais de démarches proactives et itératives.

Le potentiel d'influence est ainsi à optimiser selon Gervais. Pour l'utilité, elle propose de poser la question de l'utilité de chaque projet afin de permettre une meilleure sélection et priorisation de ceux-ci. Les notions de risque et d'utilité sont, selon elle, intimement liées et il importe,

en fait, de savoir quel est le risque de ne pas évaluer un programme. Les jeux de pouvoir, d'influence et de contrôle permettent de comprendre le positionnement et la proximité des acteurs et des décideurs.

Pour terminer, Gervais propose une réflexion sur le rôle du chercheur à l'aide de deux questions. 1) Jusqu'où ce dernier doit-il aller pour soutenir le développement d'une culture et d'une capacité en recherche et évaluation sur le terrain et dans les organisations concernées ? 2) Face à l'*évaluaphobie*, comment la recherche ou l'évaluation sera-t-elle présentée et valorisée ?

Deuxième intervention

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

Par rapport aux enjeux associés à ses recherches sur les pratiques traditionnelles au Burkina Faso et en Sierra Leone, le travail dans un contexte intersectoriel est, selon Vissandjée, la seule façon d'ancrer le sujet dans une congruence culturelle. Elle rappelle que les défis concernent la question du consentement et de la façon dont la relation de confiance peut être affectée par la signature de formulaires de consentement. Vissandjée propose de se questionner sur ce que le chercheur entend par le fait d'adopter une « position neutre ». Il est nécessaire, selon elle, de garder en tête la position de l'intervieweur.

Par exemple, dans le cadre d'une recherche sur l'excision et l'infibulation, Vissandjée ne pouvait pas engager des membres d'un Ordre professionnel compte tenu de l'obligation de ces professionnels de rapporter toute action condamnable dans un pays, si la santé de l'enfant était mise en jeu. Dans ce sens, Vissandjée propose de se demander si l'« ethnic match » (des jumelages sur la base de l'origine ethnique) est un gage de plus grands succès. La question de la diversité humaine est à considérer dans l'élaboration de la recherche. L'intervenante nous rappelle qu'il faut prendre en compte la singularité des trajectoires et les identités multiples, que ce soit sur le terrain ou dans le cadre du recrutement. Finalement, lorsque l'on traite de sujets délicats, Vissandjée propose de reconsidérer nos cadres de références occidentaux et de voir s'ils nous permettent de travailler et de donner un soutien tout en garantissant la sécurité des personnes interviewées.

Troisième intervention

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Premièrement, Bibeau nous rappelle qu'essayer de nourrir ce projet de santé mondiale, c'est préciser dans nos têtes les rapports entre le monde occidental et le monde non occidental dans ses traditions de savoir. Il se remémore qu'en 1966, lorsqu'il est arrivé en Afrique, où il a travaillé durant sept ans à évaluer l'efficacité des thérapies traditionnelles, c'était

l'époque où l'on parlait de l'Alma-Ata, des soins de santé primaire, de la santé pour tous en l'an 2000, etc. Très rapidement, il s'est aperçu que le système traditionnel de soins africain et le système occidental devaient rester indépendants l'un de l'autre. Alors, il est apparu selon lui que tous ces projets d'intégration des deux univers étaient mauvais.

Par exemple, à partir de ses expériences des thérapies traditionnelles, si l'on se représente le corps de façon hydraulique, énergétique ou mécanique, ces représentations reposent sur des métaphysiques qui sont en contradiction les unes par rapport aux autres. Cependant, de part et d'autre, il a constaté que des praticiens traditionnels essaient de faire de l'intégration par le port du sarrau blanc et du stéthoscope tandis que des médecins formés à l'occidentale voulaient intégrer le pouvoir de divination. En fait, Bibeau réitère qu'il faut garder les systèmes indépendants : l'intégration opère à un autre niveau. Il y a rencontre de logiques et il y a interface entre les deux systèmes dès que l'on regarde du côté des populations. La population, face à plusieurs systèmes, se meut à travers ceux-ci. Ils sont donc intégrés au niveau de la population et ils sont tenus distincts selon leur amarrage ou étayage métaphysique. La contribution du chercheur, selon Bibeau, est alors de se mettre à l'écoute de l'Autre, par un apprentissage qui prend du temps, non pas pour essayer de les intégrer, mais dans l'optique d'épauler ce processus.

Deuxièmement, Bibeau discute de son expérience au Burkina Faso, où il est en charge depuis maintenant huit ans d'un comité scientifique international, en particulier pour le Centre de recherche en santé de Nouna. Ce qu'il y voit, c'est un partenariat entre l'Allemagne, plus précisément une équipe de chercheurs à Heidelberg, et l'équipe de chercheurs burkinabés. Ces partenariats à long terme sont indispensables, selon Bibeau. Il faut qu'il y ait une confiance réciproque qui se développe, de même qu'un principe d'égalité avec avantages mutuels. Bibeau insiste ici sur le fait qu'il faut être capable de dire ce que l'on reçoit de ces partenariats puisque ceux-ci fonctionnent si chacun des acteurs en profite et en retire quelque chose. Le signe du respect de l'*Autre*, selon Bibeau, c'est d'être capable de faire en sorte que *Ses* priorités de recherche deviennent *Nos* priorités, et cela se négocie de part et d'autre.

Dans ce cas-ci, les priorités des centres de recherche nationaux sont déterminées par les ministères de la Santé. À titre d'exemple, Bibeau relate qu'au Burkina Faso il existe 14 priorités dans le domaine de la santé. Si un chercheur arrive avec son propre agenda de priorités, il peut y avoir un manque de respect à ne pas entrer dans cette perspective. Donc, il faut renforcer sérieusement le processus d'autoréflexion non seulement au niveau du chercheur, mais aussi au sein de l'équipe de recherche.

En dernier lieu, Bibeau porte sa réflexion sur la pensée critique, qu'il illustre par le fait d'adopter la position de l'éternel insatisfait de la conceptualisation. Celle-ci a pour but, selon Bibeau, d'essayer de calmer notre anxiété devant la complexité des choses. On vient, avec les concepts, développer une stratégie qui nous tranquillise pour un certain temps. L'inquiétude est alors une condition essentielle, et l'insatisfaction aussi,

à la possibilité d'une pensée riche, d'une pensée critique. Selon Bibeau, la pensée critique repose d'abord sur l'idée que les mondes, tels qu'ils existent, sont construits à l'avantage d'une proportion limitée de la population et qu'elle les maintient par un système idéologique et que l'ordre de la nature est en fait l'ordre de l'arbitraire.

Dans cette perspective, et lorsque l'on en est convaincu, on met en doute ses propres points de vue, on entre dans un questionnement qui nous oblige à la collaboration, à débusquer des choses. Bibeau croit que la santé mondiale sera cela. On le fait chez nous, on ne peut pas travailler ailleurs si on n'est pas engagé dans sa propre société. Il faut être capable de poser les mêmes questions à sa société que l'on pose lorsque l'on est ailleurs. Dans ce sens, Bibeau croit que nous pouvons enrichir l'action ailleurs et l'action chez nous en la nourrissant mutuellement.

Résumé des discussions

- **Question**

Sylvie FORTIN, Université de Montréal

La conférence de Gilles au début de la journée montrait bien que pour les anthropologues il y a une fin de non-recevoir chez les organismes subventionnaires pour les projets proposant une complémentarité entre le biologique, le social et le culturel. Il y a une force dans les pays du Nord vers la biotechnologisation des enjeux autour de la santé mondiale. Devant une réalité sociale qui est extrêmement prégnante, que se passe-t-il à partir de maintenant ?

- **Réponse**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Il faut repenser le contexte dans lequel on réfléchit la santé mondiale, donc la tendance à produire des réponses de type technique. Ce type de réponse plaît, et est finançable. Il faut savoir que ça existe, mais en même temps il y a des leviers possibles pour faire autre chose. Les modèles dominants et la force des lobbys sont présents, mais il faut trouver à l'intérieur de cela les espaces pour rebondir.

- **Question**

Enkelejda SULA-RAXHIMI, Université de Montréal

Dans la littérature liée à la question des Roms, je trouve parfois des passages qui mettent l'accent sur certains traits négatifs attribués arbitrairement aux Roms, renforçant ainsi la stigmatisation d'une population déjà stigmatisée. Comment, dans la recherche, éviter le renforcement de la stigmatisation d'une population déjà stigmatisée ?

- **Réponse**

Duncan PEDERSEN, McGill University

Extreme poverty requires much of this kind of symmetry in the approach that principles of social justice, which should prevail in every single actions that call for a very explicit set of moral principles that should be attached to global health research. As one of the fundamental ingredients to research in health in general, I think that the ethics with which we have been conducting research in poor resource populations around the world require a total revision because the fundamental ethical principles are Western, Christian and have very limited connections with this kind of specific marginalized population where we conduct our research all along. I think that the « Comités d'éthique » just respond with this set of principles. When you look at the set of rules that these committees impose on our research, they do not function in the way they should. There is no universal set of ethics as such. That means we have to start thinking of a different code of ethics that should be participatory, and would allow maintaining the optimal distance with the subject of investigation.

- **Suite**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Il est évident que l'on peut faire beaucoup de torts aux populations fragilisées face aux groupes qui les stigmatisent lorsque nous dévoilons par exemple leurs stratégies pour faire face à différents problèmes et que nous les rendons publiques. Il faut faire extrêmement attention à ce que nous dévoilons. Plus les populations sont fragiles, plus il faut réfléchir à la récupération potentielle de ce que nous disons, de ce que nous faisons passer dans l'espace public. Il y a des principes généraux, mais le reste, c'est prudentiel, c'est une question de jugement.

- **Question**

Enkelejda SULA-RAXHIMI, Université de Montréal

Quels sont les pièges dans le fait d'être critique et engagé sans tomber dans le militantisme pour les populations vulnérables ?

- **Réponse**

Duncan PEDERSEN, McGill University

The first question is how you will conduct your research with this extremely vulnerable and stigmatized population. There is a kind of publication that was called « Street Ethnography » trying to work with stigmatized groups, sometimes borderline groups you have to deal with.

It is important for you to be clear on how you will proceed but more important is to answer to yourself why you conduct such studies among the Roms. What is the force moving your research ? The question is why it has not been solved by field researchers like us, with the carefulness that it requires. That has to do with the social justice approach.

- **Suite**

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

J'ai participé à un panel de rapprochement culturel de l'AUCC (The Association of Universities and Colleges of Canada) qui se préoccupait de la perte des ressources humaines intervenant dans le domaine de la santé mondiale. On y proposait de capitaliser sur la diaspora pour justifier cette excuse que la distance optimale pourrait être rejointe si on se base sur quelqu'un qui est au pays depuis 40 ans et qu'il deviendrait burkinabé si on lui propose un projet au Burkina Faso. Je crois qu'il y a encore beaucoup de questions en suspens, dont une : est-ce que la diaspora peut réduire la distance entre l'intervenant et le sujet d'étude ?

- **Suite**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

La semaine dernière au Festival Nuits d'Afrique, on regardait les films et étonnamment 80 % des réalisateurs étaient des Africains vivant hors de l'Afrique et qui traitent de problématiques africaines. Sur l'engagement, je ne crois pas à l'objectivité dans les sciences qui nous concernent. Je crois que nous avons besoin de méthodes rigoureuses, systématiques, honnêtes, etc. Mais le premier instrument, c'est nous comme personne et nous avons des valeurs. Il faut en être conscient à travers un processus d'autoréflexivité continue à toutes les étapes de la recherche. Nécessairement, nous sommes porteurs d'un projet social qui doit être explicité, transparent. Nous avons besoin de cela pour que les gens nous saisissent là où nous sommes et en même temps, ne jamais être satisfait de la position théorique que nous avons adoptée, la mettre en mouvement continuellement, la réajuster continuellement. C'est ça l'autoréflexivité. J'ai soulevé le problème de la qualité du rapport que l'on crée avec les gens. On a beau dire que tel instrument est fiable et valide, dans un contexte particulier, si je suis rejeté ou si je n'ai pas rempli l'attente qui a été projetée sur moi, cela va se traduire dans les réponses qui seront données et dans leur utilisation. Je pense qu'il y a des engagements lucides à avoir, mais pas des engagements militants dans le sens d'une militance visant à transformer les choses.

- **Suite**

Sylvie FORTIN, Université de Montréal

Dans un cours que je donnais à l'hiver 2011, j'ai invité un sociologue qui a travaillé auprès des jeunes de la rue à Vancouver. Il avait un malaise parce qu'un des intervenants qu'il interviewait était à la fois intervenant auprès des jeunes de la rue et travaillait pour le compte de Placement Canada. Il avait donc une fonction politique et une fonction d'intervention. Si on tombe dans l'intervention, on n'a pas terminé de comprendre. Je crois que les deux phases sont possibles du moment qu'elles sont faites séquentiellement, sinon on risque de faire soit une mauvaise intervention, soit une mauvaise recherche ou les deux.

- **Question**

José Carlos SUÁREZ-HERRERA, Université de Montréal

La recherche en santé mondiale nous renvoie à un projet de traduction de savoirs multiples qui entrent souvent en conflit. Quel est le rôle de l'Université et de ses représentants dans ce projet de traduction de savoirs multiples et conflictuels ?

- **Réponse**

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

Je pense qu'une des tendances chez les universités canadiennes et américaines est cette urgence d'implanter des programmes de 2e et 3e cycles en santé mondiale. Je pense qu'il faut voir ce que font les autres et comment ils le font. C'est comme si on voyait une vague, que les frontières s'estompent et qu'il faut se préparer de part et d'autre. Toutefois, je ne suis pas sûre qu'il y ait actuellement des préparations pour aborder la diversité culturelle à laquelle nous sommes confrontés sur le terrain. Je sens qu'il y a quelque chose qui se fait dans ce sens. Il faut se demander s'il est impératif, dans le cadre des recherches en santé mondiale, d'avoir des partenaires directement sur le terrain.

- **Suite**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Au mois de février, j'ai eu la chance d'être à Dakar pour le forum Sciences et Démocratie dans lequel nous avons beaucoup réfléchi sur l'Université du 21e siècle. Ce que nous savons de l'examen comparatif des curriculums, des banques de cours, du développement des thématiques de mémoires et de thèses, c'est qu'au cours des dernières années c'est devenu de plus en plus technique. Une perte d'un certain nombre de concepts et de théories, particulièrement de théories critiques et des approches

plus conventionnelles. Même si nous parlons d'un univers de plus en plus mondialisé qui devrait peut-être se traduire par la *multiversité*, par une ouverture de l'ensemble des étudiants à l'ensemble des traditions intellectuelles à travers le monde, on ne peut pas aujourd'hui former des jeunes occidentaux et les autres uniquement dans la pensée occidentale. Il faut puiser dans les pensées musulmanes, arabes, chinoises, indiennes, etc. L'Université occidentale devra s'ouvrir de même que les autres universités, ailleurs, et elles doivent faire en sorte que la place qu'elles donnent aux modèles occidentaux soit complétée par une réflexion sur eux-mêmes.

- **Suite**

Marie GERVAIS, Université Laval

Dans les pays où les démocraties sont très fragiles, le rôle des Universités est renforcé du fait que c'est un des rares lieux où l'on peut s'exprimer, se questionner et remettre en question certaines orientations politiques. Nous avons une perspective d'appui envers ces Universités pour maintenir leur distance critique afin qu'elle conserve leur rôle de catalyseur dans la société.

- **Question**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Des relations ponctuelles, nécessitant la confiance, doivent être établies. Ne faut-il pas refuser un travail intensif d'un mois ? Car, cela n'empêche-t-il pas que les conditions minimales soient là, pour avoir des données fiables ? Dans l'évaluation, il y a à la fois la distance optimale qu'il faut avoir, et la proximité. Comment on négocie cela ?

- **Réponse**

Marie GERVAIS, Université Laval

Plus tôt, j'essayais de mentionner la question de l'adaptation continuelle entre le devis parfait d'évaluation et la réalité du terrain, l'évidence et les tendances. Il faut naviguer là-dedans continuellement. Être capable d'évaluer l'impact de son terrain sur sa méthode, et vice versa, devient un questionnement éthique. Si les conditions ne sont pas ou ne sont plus réunies pour assurer une évaluation de qualité, il faut avoir le courage de se retirer. Normes, pratiques éprouvées et qualité doivent baliser les décisions de quelqu'un qui travaille en recherche et évaluation.

- **Suite**

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

À ce sujet, j'aimerais faire appel à la mémoire du professeur Bibeau, qui nous avait questionnés sur la position du chercheur dans un contexte où celui-ci ne connaît pas du tout la pratique. Doit-il se retirer ? Faut-il absolument qu'un obstétricien gynécologue ait accouché pour être obstétricien gynécologue ? Est-ce qu'il peut comprendre la douleur d'une femme s'il n'a jamais accouché ? Je crois que la position du chercheur devient très importante dans ces contextes, que ce soit dans un pays receveur d'immigration ou ailleurs. Quelle position éthique doit-on avoir, et jusqu'où aller pour se maintenir dans un contexte de rigueur scientifique, où la dimension expérientielle n'est pas toujours tout à fait là ?

- **Suite**

Marie GERVAIS, Université Laval

C'est toujours la tension entre l'objectivité et l'indépendance, *versus* la proximité dans des contextes qui ne sont pas nécessairement les nôtres. C'est continuellement en tension. Une des façons c'est de s'entourer, de travailler en équipe dans l'interdisciplinarité pour enlever un peu cette aura d'étranger, qui permet d'être accepté dans le milieu.

- **Suite**

Duncan PEDERSEN, McGill University

Many of the operational problems are usually conducted in short time frames. In the history of evaluation and operational research, it began in agriculture, not in health. Rapid ethnographies were done. Because of the nature of funding agencies and donors, many of these quick ethnographies, or Rapid Assessment Procedures (RAP) became very popular in the health sector. What you may call « recherche évaluative » was called 20 years ago Rapid Assessment Procedures. There were a number of toolboxes prepared by anthropologists, including very structured observational procedures or interviews. You don't have too much time to make a rapid assessment...

- **Suite**

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

Ceci vient justement en contradiction avec la nécessité de faire des études mixtes. Ça prend du temps, faire des études mixtes. On voit qu'il y a une vitesse à laquelle il faut produire et en même temps des impératifs rigoureux qui demandent d'aller de façon un peu plus lente.

- **Question**

Sylvie FORTIN, Université de Montréal

Dans la présentation de Marie, où il était question de savoirs experts et d'évidences, ailleurs et ici sont similaires. Je suis étonnée par la similarité des stratégies de terrain entre ici et ailleurs, où les différences ne sont pas très grandes. Il faut toujours prendre le temps d'apprendre les codes, de prendre le pouls du terrain...

- **Réponse**

Marie GERVAIS, Université Laval

C'est intéressant parce que le schéma que vous mettez en évidence a été testé en première ligne. Ce qui ressortait, c'est que les gestionnaires ne prennent en compte les évidences (c.-à-d. *evidence-based*) qu'en dernier lieu. Il y a beaucoup d'analogies et ça renforce les réflexions sur le fait qu'il faut tester des nouvelles façons d'approcher ces problématiques-là et de voir comment on peut les transposer dans différents milieux. Le praticien doit être capable de lire son contexte, de le décoder, ça demande une certaine élasticité.

- **Suite**

Bilkis VISSANDJÉE, Université de Montréal

Il y a par exemple présentement des discussions en santé publique pour savoir si ça vaut la peine d'aller jusqu'au Burkina Faso faire des stages en santé mondiale. On a eu un moratoire dans notre faculté en raison de ces débats-là, en se posant la question si le fait de faire un stage plus près dans un milieu défavorisé pouvait remplacer un stage coûteux au Burkina Faso.

- **Question**

Jean-Claude MOUBARAC, Université de Montréal

Quel est le rapport entre unité et diversité ? Si l'on reconnaît et valorise l'Autre, pour les questions de santé, est-ce qu'on n'est pas amené à réfléchir sur la valeur de chacune des différentes traditions culturelles au développement de l'être humain ? Est-ce que les causes et les déterminants de la santé de l'être humain ne seraient pas semblables et seraient-ils des facteurs liés à l'intervention, la détection, l'implémentation et l'organisation des stratégies de prévention de santé qui, elles, seraient à contextualiser dans le social et le culturel et, donc, adaptées aux réalités locales?

- **Réponse**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Tout ce projet d'évaluation pour savoir qui est le meilleur ou le moins bon, c'est très dangereux. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'on ne peut aller vers l'unité qu'en passant par la diversité. Il y a des réalisations singulières, historiques, dans des lieux donnés, de l'humanité. De la comparaison, on accède à un certain nombre d'éléments qui semblent partagés. À partir du moment où l'on tente de hiérarchiser les éléments, c'est une entreprise qui est piégée. On devra finir par imposer au reste du monde un cadre de référence étranger. Il faut dénoncer les tendances hégémoniques de l'Occident qui prônent que celui-ci est la version supérieure de l'Humanité, la réalisation la plus parfaite de l'Humanité, mais pas en essayant de relancer le projet de la hiérarchisation puisque la dérive vient trop vite.

- **Question**

Jean-Claude MOUBARAC, Université de Montréal

Si le résultat, la finalité, c'est la santé, ne serait-il pas possible de s'entendre sur ce qui est fondamental pour tous les êtres humains ?

- **Réponse**

Gilles BIBEAU, Université de Montréal

Si l'on retourne à la biologie, le métabolisme est universel. En ce sens, il y aurait peut-être là des paramètres qui permettraient de ne pas culturaliser le phénomène et de dire qu'une cuisine, par exemple, est plus équilibrée qu'une autre. Mais c'est sujet à débat.

- **Suite**

Sylvie FORTIN, Université de Montréal

Il reste que toute cette posture qu'est le relativisme culturel a été pensée comme une méthode plutôt qu'une finalité afin de se distancier de la perspective évolutionniste. Une fois que l'on se rappelle qu'il s'agissait d'une méthode pour travailler sur la base d'une comparaison transversale, cela remet en question, d'une part, la posture qu'elles se valent toutes, et, d'autre part, la question de l'universalisme de certains besoins.

Conclusion de la session

Au cours des dernières décennies, un riche corpus théorique s'est développé et a permis de nourrir la recherche en santé mondiale. Au fil de la pratique, des défis ont ressurgi et ont forcé les chercheurs à repenser les méthodes et les pratiques utilisées pour mener à bien leurs recherches. En combinant les savoirs construits dans différentes disciplines, des approches mixtes ont pu être développées pour mieux intégrer des pratiques novatrices à la réalité du terrain de recherches.

Un autre pan incontournable de cette réflexion sur la complexité de la santé mondiale est cette question, plus politique peut-être, des contextes plus macro de réalisation des recherches. Le contexte postcolonial et l'hégémonie de l'Occident sur le plan des valeurs, des normes de pratiques et des méthodes d'intervention doivent faire place à plus de diversité, ou plutôt de *multiversité*, entre les systèmes de pensée et d'action dans le champ de la santé mondiale. La hiérarchisation des valeurs et des pratiques, surtout dans le contexte de la santé, est une entreprise minée. Ainsi, pour les participants à cette table ronde, le questionnement sur les motifs d'une intervention ou d'une démarche évaluative et des effets produits par ces actes sur le terrain est indissociable d'un souci constant, surtout dans les contextes de pauvreté et de vulnérabilité des populations, pour l'intégration des partenaires locaux dans des structures relationnelles plus symétriques.

Les réflexions proposées lors du colloque ont servi à rendre compte des défis auxquels font face les chercheurs en santé mondiale tout en proposant quelques pistes de réflexion. Parmi elles, nous retrouvons le besoin perpétuellement renouvelé de considérer la position du chercheur, que ce soit dans l'établissement des priorités de recherche, dans l'exécution de celle-ci et dans le transfert et le partage des savoirs. Les intervenants ont mis l'emphase sur l'importance de reconsidérer le programme de formation afin d'y inclure des volets permettant aux futurs praticiens d'acquérir les outils nécessaires à la rencontre avec des cultures qui leur sont étrangères. La pensée critique, l'intégration des connaissances provenant de champs divers et l'utilisation de méthodes d'analyse mixtes sont autant d'outils et de postures permettant d'atteindre les visées de ce champ transdisciplinaire et intersectoriel qu'est la recherche en santé mondiale.

CONCLUSION

VERS UNE PRATIQUE INNOVATRICE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ MONDIALE : À PROPOS DES RÉSEAUX TRANSNATIONAUX DE TRADUCTION DES SAVOIRS

José Carlos Suárez-Herrera

Perspectives socio-anthropologiques de la recherche en santé mondiale

Depuis leur naissance comme disciplines, l'anthropologie et la sociologie ont une longue histoire commune, parsemée de controverses et de collaborations. Toutefois, l'approche socio-anthropologique est récente. Initialement orienté, dans les années 1980, vers l'étude du travail en France et au Québec, le champ de la socio-anthropologie tend actuellement à englober l'ensemble des phénomènes sociaux, qu'il s'efforce de mettre en relief dans leur contexte. Ce champ de recherche se trouve à l'interface entre la sociologie et l'anthropologie, la première visant à souligner les médiations qui font qu'à une échelle globale la configuration de certains faits sociaux s'universalise, et la seconde ayant pour objet d'expliquer l'interdépendance des dynamiques qui constituent, à l'échelle locale, la particularité de ces faits (Bouvier, 1997; Hamel, 1997).

Appliqué au domaine de la santé, le champ de la socio-anthropologie a été historiquement dominé par une collaboration nettement fructueuse entre les acteurs de la santé publique et les sociologues et anthropologues de la santé (Massé, 2005; Olivier de Sardan, 2010), avec les avantages et les inconvénients de toute relation qui traverse les frontières étanches des disciplines académiques (Bibeau, 1997, 1999; Dozon et Fassin, 2001). Ce « métissage disciplinaire » a permis le développement d'un champ de recherche innovateur capable de dépasser les oppositions classiques entre, d'une part, les approches universalistes, qui prônent l'unicité des exigences épistémologiques et l'équivalence fonctionnelle des catégories, et, d'autre part, les approches culturalistes, qui préconisent l'élaboration de critères spécifiques et la différenciation identitaire des populations locales.

Cette « sensibilité dialectique » fait de la socio-anthropologie une véritable clé de voûte capable de rendre compte de la nature paradoxale du champ complexe de la recherche en santé mondiale. En fait, les multiples transitions sociétales des dernières décennies ont confirmé un éclatement progressif des problématiques visées dans le domaine de la santé qui ne peuvent être abordées au seul plan local, mais qui doivent l'être plutôt dans le cadre plus complexe d'une perspective socio-anthropologique (Bibeau, 1996; Bozorgmehr, 2010; Fassin, 2001; Janes et Corbett, 2009; Massé,

2010; Saillant et Genest, 2005). De nouveaux acteurs internationaux et de nouvelles stratégies de santé, telles les interventions mises en place par les ONG et les fondations privées multinationales, s'installent de plus en plus dans des lieux de confluence entre l'État et la société civile au regard des processus décisionnels (Massé, 2010). La santé comme fait socioculturel complexe, à la fois global et local, est ainsi de plus en plus imbriquée dans un véritable espace de forces de tensions contradictoires entre la globalisation expansionniste des politiques publiques internationales en matière de santé et la territorialisation intersectorielle des interventions sociosanitaires locales (Suarez-Herrera, 2010).

La socio-anthropologie joue ainsi, dans le champ de la recherche en santé mondiale, un rôle clé qui lui permet d'adapter son regard aux problématiques contemporaines de la santé et de le sensibiliser aux réalités pluriethniques des communautés locales et à l'ancrage des pratiques locales dans des contextes transnationaux (Bibeau, 1997; Saillant et Genest, 2005). La multiplicité d'approches qui la constituent facilite définitivement un va-et-vient analytique incessant entre les processus d'articulation de l'action collective locale et une vision panoramique des stratégies sociopolitiques contemporaines reliées à la santé des populations.

Les auteurs de cet ouvrage se sont engagés sur des voies convergentes à ces propos, que nous structurons autour de trois argumentaires mutuellement complémentaires. Ceux-ci se constituent comme source prolifique d'innovations épistémologiques nécessaires pour faire face aux défis émergents dans le champ complexe de la recherche en santé mondiale.

1. L'ouverture disciplinaire : vers un renouvellement conceptuel adapté à la complexité sociale et à la diversité technique

La nature paradoxale du champ de la recherche en santé mondiale requiert une actualisation constante des outils conceptuels privilégiés dans ses études. Dans le domaine de la socio-anthropologie, ces concepts ont adopté traditionnellement une perspective plutôt culturaliste, principalement ancrée dans des normes culturelles des populations locales[1]. Graduellement, la socio-anthropologie a su mettre en place un processus de renouvellement conceptuel de mieux en mieux adapté à la complexité sociale et à l'expertise technique inhérentes aux sociétés contemporaines[2]. Ainsi, l'actualisation constante de l'appareil conceptuel

1. Tel est le cas des notions de « modèles explicatifs de la maladie », de « trajectoire de soins », de « pluralisme médical » ou de « savoirs populaires » (Massé, 2010).

2. Ce renouveau sémantique lui a permis de développer des concepts complexes d'importance capitale pour la recherche en santé mondiale, tels que ceux de « langages du corps », de « *social suffering* » ou de « droit à la vie » (cités par Saillant et Genest, 2005), d'« habitus du risque » ou de « violence structurelle » (cités par Massé, 2010), ou ceux de « *global technoscapes* » ou d'« *epistemic communities* » (cités par Janes et Corbett, 2009).

socio-anthropologique facilite définitivement le développement d'un ensemble de « réseaux sémantiques » plus aptes à soutenir une étude fine et adéquate des significations et des conceptions universelles adaptées à des problématiques et à des contextes de vie spécifiques. Ceci renforce le déploiement d'un espace, non pas simplement de bricolage éclectique de rationalités, mais de véritable « médiation transdisciplinaire » comme réponse au problème posé tant par la fragmentation des objets de recherche que par le fractionnement du processus de compréhension cher aux disciplines contemporaines (Duchastel et Laberge, 1999).

L'enjeu ici est d'abord celui d'une conciliation transdisciplinaire qui révèle, plus qu'elle ne la masque, la complexité du travail mené par les chercheurs en santé mondiale sur les défis associés à la mondialisation. Un véritable projet de traduction sémantique entre les diverses approches paradigmatiques procédant de plusieurs courants de pensée contemporains s'avère un impératif, non seulement pragmatique mais éthique, nécessaire afin d'éviter que ces courants ne soient réduits à de simples échos passifs et naïfs par rapport aux discours expansionnistes des approches dominantes. La recherche en santé mondiale gagnerait définitivement à remettre en question les fondements conceptuels sous-jacents à la configuration normative et prédictive des modèles classiques sur les déterminants de la santé et à développer des perspectives théoriques et conceptuelles de facture heuristique capables de rendre compte des problématiques associées aux relations sociales inégalitaires et aux rapports de pouvoir asymétriques. Quoique tout projet de mise en action transdisciplinaire ne soit pas exempt d'enjeux de tout ordre (Couturier et Chouinard, 2003; Dumas, 1999; Hamel, 2002), le fait de reconnaître la valeur intrinsèque d'une ouverture disciplinaire entre le champ de la socio-anthropologie et les sciences de la santé ne peut qu'enrichir les bases et les fondements épistémologiques de la recherche en santé mondiale.

Fidèles à ces argumentaires de facture critique et innovatrice, les auteurs de la première partie de cet ouvrage se sont penchés sur les considérations conceptuelles nécessaires à la compréhension des enjeux théoriques de la recherche en santé mondiale tout en soulevant de façon consensuelle l'urgence à concevoir de nouveaux repères paradigmatiques. Cette vision intégratrice, puisant dans une complexité qui ne serait pas sans rappeler les travaux d'Edgard Morin (1984) ou de Cornelius Castoriadis (1975) entre autres, propose une articulation plus vivante entre des conceptions de la réalité biologique et sociale, à la fois locale et globale, jusqu'ici appréhendée de façon plutôt dichotomique.

Dans ce sens, **Duncan Pedersen** et **Gilles Bibeau** iront, à ce propos, jusqu'à revendiquer une nouvelle ontologie de la santé mondiale. Ils revendiquent une plus grande pénétration entre le local et le global, entre l'individuel et le collectif, de même qu'une compréhension conjointe du biologique, du social et du politique. Plutôt qu'une lecture de l'espace vu à travers des interventions ciblées et conçues au préalable, les penseurs de la nouvelle santé mondiale désirent faire émerger une conception spatiale traversée par des trajectoires de vie, du symbolique et du signifiant. En

somme, incorporer dans le champ de la recherche en santé mondiale la densité et la richesse des approches socio-anthropologiques.

Pour **Véronique Lapaige** et **Jean-Claude Moubarac**, cette densification de la vision du chercheur en santé mondiale doit se faire conjointement à un combat contre le primat des réponses biotechnologiques en vogue chez certaines écoles de pensée. Il est impossible de s'engager dans la voie de la complexité sans se poser la question du politique, d'où la pertinence de revoir les processus inhérents à la construction sociale de la connaissance. Il n'est plus question de négliger les contextes socioculturels, ou même biopolitiques, où évoluent – et parfois s'enlisent – toutes sortes de modèles conceptuels et de représentations du monde. Un projet d'action collective et de traduction sémantique, une réflexion critique sur la notion classique de paradigme de même que sur le caractère hégémonique de la culture occidentale sont essentiels à ce renouvellement conceptuel de la recherche en santé mondiale.

2. L'intégration des méthodes : vers un agencement complémentaire de la pluralité méthodologique

Les chercheurs en santé mondiale sont confrontés au défi de développer des dispositifs méthodologiques capables de rendre compte de l'articulation d'une multiplicité de niveaux d'analyse imbriqués (du local au transnational) et des interfaces entre une multiplicité d'épaisseurs des phénomènes sociaux et culturels (de la territorialisation des interventions sociosanitaires à la globalisation des politiques publiques en matière de santé) (Bibeau, 1996; Massé, 2007; Suarez-Herrera, 2010).

Pour ce faire, il importe de développer une perspective comparative systématique permettant d'opérer une double visée, soit d'échapper au risque d'accumulation de monographies purement locales tout en portant attention aux ressources globales des acteurs locaux, soit de privilégier l'intervention d'acteurs extérieurs sur la scène locale (Fassin, 2001; Hours, 1989; Olivier de Sardan, 2001; Yach et Bettcher, 1998a). En ce sens, la mise en place d'un programme transnational de recherche en santé mondiale axé sur les approches comparatives nécessite un agencement complémentaire d'approches méthodologiques qui, historiquement, ont été regroupées dans deux grands courants fort divergents : le courant universaliste, privilégiant les méthodes quantitatives qui envisagent les faits sociaux comme des objets définis au préalable selon certains paramètres d'ordre typologique, et le courant culturaliste, privilégiant les méthodes qualitatives qui cherchent à imbriquer les relations sociales dans leur contexte pour tenter de rendre compte du rôle des interactions dans la construction des phénomènes sociaux.

Au lieu de se focaliser exclusivement sur l'un ou l'autre de ces courants, plusieurs auteurs proposent un agencement complémentaire de méthodes pour développer une stratégie de recherche novatrice, qu'on appelle couramment les « méthodes mixtes » (Greene, 2007; Tashakkori et Teddlie, 2003). Cette intégration des méthodes quantitatives et qualitatives

devient de plus en plus populaire dans le domaine de la santé (Lapaige, 2010a; O'Cathain, Murphy et Nicholl, 2008; Wright et autres, 2010). Les méthodes mixtes sont fondées sur la notion qu'il existe une cohérence systémique à l'intérieur de chaque unité d'observation, les catégories pertinentes étant celles qui traduisent la spécificité des interactions locales. Dans le champ de la socio-anthropologie, cet « interactionnisme méthodologique » permet de prendre l'enchevêtrement des logiques sociales comme une entrée empirique privilégiée tout en se refusant à en faire un objet en soi, sans s'y limiter (Olivier de Sardan, 2001).

Cette intégration des méthodes devient incontournable dans le champ de la recherche en santé mondiale où les faits sociaux – objet de ses études comparatives – ont la particularité de produire de très nombreuses interactions entre une variété d'acteurs agissant dans des univers sociaux très variés, relevant de statuts différents, dotés de ressources multiples et déployant des stratégies distinctes. La polyvalence analytique associée aux méthodes mixtes, fondamentalement centrées sur les interfaces entre pratiques sociales distinctes et mondes sociaux différents, contribue à éclairer les microsoubassements locaux des macroprocessus globaux, ce qui permet de déboucher sur l'analyse comparative de logiques d'action transversales à des échelles plus vastes. De cette façon, l'intégration de méthodes nous permet d'acquérir une certaine intelligibilité des pratiques sociales locales liées à la santé, facilitant la double tâche d'une compréhension approfondie de leurs particularités et surtout de leur comparaison systématique, mais aussi d'élever éventuellement le niveau de généralité de ces pratiques à un plan global (Livingstone, 2003).

Malgré les enjeux relatifs à la formulation de la problématique et à la définition préalable de l'objet de recherche (Olivier de Sardan, 2010) ou bien à la maîtrise des stratégies d'analyse quanti-qualitative (Curchod, 2003), les méthodes mixtes apparaissent comme un dispositif épistémologique capable de surmonter la tendance des courants dits « universalistes » à décontextualiser les pratiques sociales explorées afin de les rendre comparables, de même que celles des courants dits « culturalistes » à masquer les caractères généraux de ces pratiques en visant la spécificité des réalités observées. Grâce à l'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives, chère au champ de la socio-anthropologie, la recherche en santé mondiale pourrait centrer son intérêt sur des passages incessants entre le niveau global d'analyse – celui des mécanismes politiques de régulation – et le niveau local d'action, où se jouent les rapports stratégiques de pouvoir en matière de santé (Suarez-Herrera, 2010).

Aux yeux des auteurs de la deuxième partie de cet ouvrage, le double désir du chercheur d'expliquer et de quantifier les phénomènes sociaux pose un enjeu de taille dans le choix méthodologique de la recherche. Dans le cadre de leurs contributions, plusieurs approches ont été explicitées. D'abord, l'analyse organisationnelle, telle qu'exposée par **Daniel Reinharz**, permet de cibler la capacité d'action des acteurs tout en vérifiant la cohérence entre les schèmes interprétatifs et organisationnels. En outre, les méthodes mixtes, thème discuté en profondeur par **Pierre Pluye**,

offrent un éventail de possibilités quant à la cueillette et à l'analyse des informations et quant à l'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives.

Béatrice Nikiema, Enkelejda Sula-Raxhimi et l'équipe de **Léna D'Ostie-Racine** ont bien mis en lumière qu'un choix méthodologique comporte nécessairement des avantages et des inconvénients. Une bonne connaissance du terrain et des limitations auxquelles peut faire face le chercheur permettra de faire un choix plus éclairé sur le plan méthodologique. Rappelons ici que les auteurs de cette partie du livre ont mené des recherches dans des milieux fort différents tant sur les plans social et culturel que politique et économique. Ceci rend nécessaire l'utilisation plus soutenue d'études de faisabilité et d'évaluabilité, dispositifs permettant de vérifier l'intérêt et la pertinence de tout projet de recherche en santé mondiale tout en évitant le gaspillage de ressources matérielles et financières.

3. La réflexivité procédurale : vers une remise en question critique du rôle et de la pratique du chercheur

La pratique de la recherche en santé mondiale expérimente de son côté un virage socio-anthropologique promouvant la participation active – et de plus en plus réflexive – de nombreux acteurs concernés par des enjeux sociaux et de la santé. Cette multiplicité accrue d'acteurs et de secteurs qui participent – tant aux paliers local et national qu'international – aux démarches empiriques des études en santé mondiale est en train de changer substantiellement la praxis d'un champ de recherche qui a été historiquement exercée par les représentants du domaine de la santé (Horton, 2009; Kickbusch, 2006; Morgan, 2001; Yach et Bettcher, 1998b).

Ici, le chercheur devient un acteur situé – mais aussi situant – dans un contexte intersubjectif d'action collective, en interaction constante avec d'autres acteurs portant de multiples identités (académique, politique, entrepreneuriale, etc.) qui influencent certainement la façon dont il construit son objet de recherche (Bourdieu, 2001; Massé, 2007). Devant ce panorama complexe constitué par un réseau d'acteurs individuels et collectifs ainsi que d'interventions intersectorielles, une remise en question critique du rôle et de la pratique de la recherche en santé mondiale s'impose comme condition *sine qua non* du processus de production et de partage des savoirs (MacKian, Elliott, Busby et Popay, 2003; Suarez-Herrera, 2010).

Au-delà d'un simple questionnement à propos du positionnement social et culturel du chercheur, cette démarche autoréflexive devrait l'amener à se poser des questions critiques sur les « conditions non reconnues » et les « conséquences non intentionnelles » associées à sa présence sur le terrain ainsi que sur les interventions recommandées comme résultat de ses recherches (Giddens, 1987). La recherche en santé mondiale devient ainsi une « pratique réflexive » fondée sur une démarche dialogique qui s'efforce de cerner et d'établir des liens entre de nombreux sujets procédant des divers secteurs, voire de différents pays,

qui remettent largement en question les modèles classiques de partage des savoirs entre « experts » et « profanes » ainsi que la nature excessivement technocratique des espaces ouverts à la participation citoyenne pour la production et le transfert des connaissances (Bérard et Crespin, 2010).

Cette « objectivation participante » (Bourdieu, 2003) du chercheur permettrait de mieux comprendre comment son terrain s'inscrit dans une « toile complexe d'interconnexions » (Massé, 2007) avec d'autres milieux, telles d'autres entités organisationnelles et même d'autres institutions multinationales représentant des secteurs sociétaux fort différenciés. Le chercheur devient ainsi conscient que son champ de pratique est constitutif d'enjeux sociopolitiques fort complexes – au niveau tant infranational que supraterritorial – tissés d'interactions entre des acteurs relevant de mondes sociaux et professionnels particulièrement hétérogènes, ce qui aura une incidence certaine sur sa façon de procéder. En fait, cette réflexivité procédurale permettrait au chercheur en santé mondiale de mieux comprendre à quel point sa pratique quotidienne est clairement influencée tant par la circulation à l'échelle mondiale de modèles et de méthodes dominants (Fassin, 2001) que par l'enchevêtrement des nombreuses logiques d'actions divergentes, voire conflictuelles, qui se tissent au plan local (Olivier de Sardan, 2001).

Les auteurs de la troisième partie de cet ouvrage misent précisément là-dessus, sur les enjeux associés à la pratique de la recherche en santé mondiale. Des contributions de **Marie Gervais**, **Bilkis Vissandjée** et **Lakshmi Lingam** émerge d'abord et avant tout un appel sur la nécessité, pour les chercheurs dans le domaine, à intégrer davantage de réflexivité dans le processus de recherche, d'évaluation et d'intervention. Comment améliorer les réalités locales à travers la pratique d'une démarche scientifique ? Comment conjuguer les attentes, les désirs des différents acteurs impliqués ? Une des avenues abordées par les auteures fut celle de l'utilisation des connaissances par les groupes et acteurs locaux, une question néanmoins beaucoup plus complexe qu'elle ne le paraît. On souligne ici justement cette force de réappropriation des concepts, des outils et des pratiques effectuée par groupes locaux impliqués dans les interventions en santé mondiale, force qui rappelle les stratégies de résistance et de réappropriation du quotidien discutées par Michel De Certeau (1980) ou Scott (1985).

Hanna Kienzler et l'équipe de **Sabina Abou-Malham** rappellent avec justesse la nécessité d'éviter les pièges de l'imposition d'outils hégémoniques sur des terrains colonisés, symboliquement et matériellement. Ces auteures abordèrent également la question de la profondeur et de la densité de l'implication du chercheur sur le terrain. Trop peu de temps pour réaliser une recherche ou une évaluation veut souvent dire un accès manqué à l'intimité du terrain, donc une impossibilité de produire des savoirs fondamentaux. D'où l'importance, encore une fois, de puiser dans des approches partenariales et participatives où la socio-anthropologie est riche en exemples fructueux.

Au final, les auteures de cette troisième partie soulignent l'importance de la transdisciplinarité et de l'intégration des acteurs locaux dans les projets de recherche et d'intervention. Le regard réflexif sur la pratique et la collaboration généralisée des acteurs locaux permet la création d'un espace collectif de production de connaissances tout autant scientifiquement valides que socialement acceptables. Encore une fois, l'éthique doit être replacée au cœur de la pratique de la recherche en santé mondiale. Sur le terrain, la tolérance, le respect de la diversité et l'autoréflexivité du chercheur qui s'inscrit dans un contexte éminemment complexe doivent être des soucis quotidiens.

Des pratiques novatrices au sein des réseaux transnationaux de traduction des savoirs

L'ensemble des auteurs de cet ouvrage ont insisté sur la nécessité, dans le champ de la recherche en santé mondiale, d'un regard renouvelé capable de s'adapter aux nombreuses transitions déstabilisantes des sociétés contemporaines. Je voudrais à mon tour aller dans cette direction tout en proposant une notion novatrice de facture pratique qui rend compte des enjeux sociétaux faisant l'objet du présent ouvrage. En m'inspirant des fondements ontologiques analogues à ceux de la 'théorie de l'acteur-réseau' – aussi connue comme théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon et Latour, 1986) –, je me propose d'illustrer comment la pratique de la recherche en santé mondiale peut s'organiser sous forme de « réseaux transnationaux de traduction des savoirs », c'est-à-dire, comme un ensemble de réseaux d'acteurs qui traduisent des savoirs divers et qui s'apprennent mutuellement. L'organisation de la recherche en réseau constitue le milieu idéal pour le développement de pratiques novatrices. Il s'agit là d'une forme d'organisation partenariale et collaborative combinant la recherche, l'apprentissage et l'innovation (Dehler et Edmonds, 2006).

Espaces hybrides entre les *communautés de pratique* (Lave et Wenger, 1991; Wenger, 1998) et les *communautés épistémiques* (Haas, 1992; Miller et Fox, 2001), les réseaux transnationaux de traduction des savoirs deviennent un contexte organisationnel propice à la mobilisation dynamique des connaissances tant scientifiquement valides que socialement acceptables, tout en permettant le développement des réponses rapides aux besoins et aux problèmes identifiés par les acteurs concernés. Ces réseaux peuvent soutenir la coproduction de stratégies novatrices qui renforcent la transformation des connaissances individuelles en savoirs collectifs permettant à leurs partenaires de construire des relations de confiance et, grâce à cela, de développer un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel envers leurs réseaux respectifs (Wenger et Snyder, 2000; Wenger, McDermott et Snyder, 2002).

La notion de « réseau » dépasse nettement la confrontation traditionnelle entre les courants global et local des processus de mobilisation de connaissances et s'adresse à la signification que les acteurs concernés donnent à leurs actions collectives en matière de santé. La configuration

réticulaire de ces réseaux permet de résoudre, du moins partiellement, l'absence relative de consensus entre les différents acteurs concernés tout en créant un « point de passage obligé[3] », un espace incontournable où les acteurs concernés signifient leurs convergences. L'attribution de signification aux pratiques des acteurs relève d'un processus réflexif axé sur la *négociation de sens* (Wenger, 1998). Il s'agit d'un processus de rencontre et de dialogue qui implique l'alignement normatif plus ou moins explicite entre la multiplicité d'acteurs transnationaux, tout en s'appuyant sur des éléments tacites, comme des traductions successives des savoirs.

La notion de « traduction » réfère quant à elle à une mise en relation constante qui implique toujours une transformation dans l'organisation d'un réseau de nature « sociotechnique[4] », et donc une innovation au sein des contextes organisationnels où ce réseau se configure. Elle consiste à relier des discours et des enjeux *a priori* divergents, et souvent nettement contradictoires, pour établir des liens entre des acteurs humains et non humains et rendre ce réseau intelligible aux yeux des parties prenantes (Callon et Latour, 1986). Ces liens s'établissent dans le temps par une chaîne de « moments » par lesquels certains acteurs (individuels et collectifs) deviennent des porte-parole[5] et traduisent la volonté de leurs réseaux respectifs, tout en essayant d'intéresser et d'enrôler de nouveaux acteurs.

Cette configuration dynamique du réseau passe généralement par une gestion active et réflexive des controverses qui permet de cerner le positionnement des acteurs tout en construisant des liens intersectoriels stables. De ce fait, les savoirs produits et partagés résultent d'une série de traductions qui font également apparaître de nouveaux réseaux dans lesquels ils font sens et sont utilisés. Ces savoirs hybrides sont produits et circulent par traductions successives, dont la certitude peut toujours être remise en cause par l'apparition de controverses et donner lieu à des changements significatifs (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001). En effet, la controverse précède toujours l'émergence d'une innovation (Akrich, Callon et Latour, 1988a, b).

Autrement dit, à travers la traduction des savoirs hybrides localement inscrits, les réseaux transnationaux de recherche en santé mondiale

---

3. Dans la Théorie de l'acteur-réseau (Callon, 1986; Callon et Latour, 1986) un « point de passage obligé » correspond à une définition des problèmes qui, par le biais de traductions d'intérêts, devient commune pour différentes catégories d'acteurs.

4. Selon le Centre de sociologie de l'innovation (CSI) de l'École de Mines de Paris, seul l'enchevêtrement des relations complexes qui se nouent entre les différents acteurs humains et non humains permet de comprendre la forme prise par les projets d'action collective. Dans ce contexte de complexité sociale, produire une innovation c'est déployer le réseau de relations qui constituent à la fois l'objet de recherche et son contexte.

5. Les *négociations de sens* qui vont s'instituer auront lieu entre les porte-parole de chacun des partenaires du réseau. En fait, le réseau initial ne s'élargira que si les partenaires qui le composent parviennent à se traduire. Tous les acteurs humains et hon-humains doivent être représentés dans les espaces de négociation à partir desquels le réseau élargi se traduit. Les porte-parole rendent alors possible la traduction des savoirs multiples.

deviennent, au-delà du simple contexte de partage d'informations hétérogènes, de véritables observatoires de recherche et d'action dont les membres peuvent coopérer ouvertement pour une traduction participative des savoirs sociaux et scientifiques. Grâce à un triple processus d'*ouverture disciplinaire*, d'*intégration des méthodes* et de *réflexivité procédurale*, les réseaux transnationaux de traduction des savoirs constituent en soi un puissant outil de recherche et d'action permettant aux participants de donner sens aux savoirs coproduits. Ces derniers sont mieux compris et acceptés puisqu'ils émergent d'un processus participatif par le moyen duquel les rapports de pouvoir deviennent plus symétriques. Ils sont ancrés dans le contexte local et leur légitimité n'est pas remise en question. Ces réseaux privilégient tant le niveau microsocial de la territorialisation des interventions en santé que, par la collaboration avec d'autres réseaux, la perspective plus panoptique de la globalisation des politiques publiques en matière de santé.

Cette réalité « glocale » (Kickbusch, 1999; Lapaige, 2010b) fondée sur des savoirs localement produits, mais interconnectés à l'échelle internationale, donne donc lieu à un équilibre de pouvoir renversé, avec des règles du jeu et des acteurs locaux et globaux. Les réseaux transnationaux mobilisent les acteurs concernés pour empêcher l'adaptation unilatérale des processus de mobilisation des savoirs tout en permettant ainsi de rompre avec une vision conservatrice de la recherche en santé mondiale. Les innovations épistémologiques proposées par le champ de la socio-anthropologie permettent ainsi de reconnaître la pratique de la recherche en réseau comme étant un processus décisif en matière de changement social qui prend en compte des aspects stratégiques et régulateurs de l'action collective (Feierman et autres, 2010).

Les liens entre des dynamiques globales et des pratiques locales sont ainsi pris en considération par ces réseaux transnationaux et intégrés dans des processus de traduction des savoirs qui portent sur de nouveaux objets de recherche en santé mondiale, tels les formes intersectorielles de gouvernance de la santé (Brown et Bell, 2008; Gostin et Mok, 2009; Kickbusch, 2005; Tarantola, 2005), les rapports stratégiques de pouvoir et les mécanismes politiques de régulation configurant les interventions complexes en santé (Bozorgmehr, 2010; Feierman et autres, 2010; Navarro, 2008; Suarez-Herrera, 2010), les négociations en matière de sens, de signes et d'actions associées aux représentations socioculturelles de la santé et de la maladie (Bibeau, 1996; Bibeau et Corin, 1994) ou l'enchevêtrement des pratiques sociales participatives associées à l'implantation des réseaux locaux de santé et de services sociaux (Morgan, 2001; Olivier de Sardan, 2001; Suarez-Herrera, O'Shanahan-Juan et Serra-Majem, 2009).

Pour (ne pas) conclure

L'articulation entre les phénomènes globaux et les pratiques locales associés au domaine de la santé est un impératif non seulement pragmatique, mais aussi éthique, étant donné les influences des processus

reliés à la mondialisation sur l'émergence, à l'échelle internationale, de relations sociales inégalitaires et de rapports de pouvoir asymétriques (Beaglehole et autres, 2004; Lee, 2000; Kickbusch, 1999; Marmot, 2009; Varmus et autres, 2003). À cet égard, les auteurs de cet ouvrage collectif convergent dans la nécessaire élaboration d'un programme transnational de recherche et d'action capable de rendre compte, à l'échelle planétaire, d'enjeux sociopolitiques fort complexes – tant au niveau infranational que supraterritorial (Fassin, 2001; Navarro, 2008; Suarez-Herrera, 2008).

Nous avons tenté, dans les sections précédentes, d'articuler notre réflexion autour de la pertinence pour les acteurs clés de la recherche en santé mondiale de concevoir de nouvelles perspectives socio-anthropologiques de recherche centrées sur la mobilisation des savoirs autant scientifiquement valides que socialement acceptables. En ce sens, la recherche en santé mondiale émerge de nos jours comme une modalité de recherche qui ne s'articule plus en vase clos, mais plutôt sous forme de réseaux transnationaux promouvant la traduction des savoirs entre les différentes catégories d'acteurs sociaux.

Le lecteur aura pu se convaincre, nous l'espérons bien, du fait que la configuration en réseau du champ de la recherche en santé mondiale facilite, de par sa nature réticulaire et dynamique, l'émergence de pratiques innovantes promouvant la coproduction de connaissances et l'apprentissage organisationnel. Dans ce sens, l'organisation de la recherche en réseau s'appuie sur une relation dialectique axée sur la participation des acteurs concernés à des processus de transformation des connaissances individuelles dans des projets d'action collective, consistant à créer des points de focalisation autour desquels s'organise la négociation de sens.

Par ailleurs, quelques mots sur les « réseaux transnationaux de traduction des savoirs » situent le lecteur dans une perspective innovatrice de la recherche en santé mondiale. Ces réseaux font de la traduction leur 'façon de faire', tout en plaçant la résolution de controverses et la gestion d'innovations au cœur de la mobilisation des savoirs hybrides – de nature transdisciplinaire et intersectorielle – dans un contexte incertain caractérisé par la complexité sociale et l'expertise technique. Tout en respectant les propos conceptuels et méthodologiques de la socio-anthropologie, ces réseaux privilégient tant le niveau microsocial de la territorialisation des interventions sociosanitaires que, tout en collaborant avec d'autres réseaux, la perspective plus panoptique des politiques centrales de santé et de services sociaux.

En ce sens, les réseaux transnationaux de traduction des savoirs se présentent comme étant une innovation épistémologique fort intéressante qui permettrait l'arrangement systémique entre les dimensions globales et locales des enjeux contemporains émergeant dans le domaine de la santé mondiale. Ainsi, ces réseaux servent de liaison pragmatique entre plusieurs échelles de complexité sociétale en matière de santé et, en conséquence, ils facilitent l'adoption d'une perspective dialectique capable d'établir des passages analytiques incessants entre le plan global

de coordination, celui des politiques internationales en matière de santé par exemple, et le plan local d'action où se déroulent les interventions sociosanitaires territoriales.

Bref, les dynamiques transformatrices, et donc émancipatrices, développées au sein des réseaux transnationaux de traduction des savoirs permettent d'assurer que les connaissances et les actions produites rendent compte de la pluralité des valeurs culturelles, des régulations politiques et des agencements stratégiques des personnes et des entités organisationnelles agissant dans le champ de la recherche en santé mondiale.

Références bibliographiques

Akrich, M., M. Callon et B. Latour, 1988a. « À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode - L'art de choisir les bons porte-parole », *Annales des Mines. Gérer et comprendre,* vol. 12, p. 14-29.

Akrich, M., M. Callon et B. Latour, 1988b. « À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode - L'art de l'intéressement », *Annales des Mines. Gérer et comprendre,* vol. 11, p. 4-17.

Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton, O. Adams et M. McKee, 2004. « Public health in the new era: improving health through collective action », *The Lancet,* vol. 363, nº 9426, p. 2084-2086.

Bérard, Y. et R. Crespin (éd.), 2010. *Aux frontières de l'expertise. Dialogues entre savoirs et pouvoirs,* Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Bibeau, G. et E. Corin, 1994. « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale », dans F. Trudel, P. Charest et Y. Breton (dir.), *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélard Tremblay,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 105-148.

Bibeau, G., 1996. « A step towards thick thinking: From webs of significance to connections across dimensions », *Medical Anthropological Quarterly,* vol. 10, nº 4, p. 402-416.

Bibeau, G., 1997. « At Work in the Field of Public Health: The Abuse of Rationality », *Medical Anthropological Quarterly,* vol. 11, nº 2, p. 246-252.

Bibeau, G., 1999. « Une troisième voie en santé publique », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* vol. 6, nº 2, p. 209-236.

Bourdieu, P., 2001. *Science de la science et réflexivité,* Paris, Éditions Raisons d'agir.

Bourdieu, P., 2003. « L'objectivation participante », *Actes de la recherche en sciences sociales,* vol. 150, p. 43-58.

Bouvier, P., 1997. « L'objet de la socio-anthropologie : crise, déstructuration, recomposition, perdurance », *Socio-anthropologie,* vol. 1. http://socio-anthropologie.revues.org/index27.html [consulté le 25 août 2012].

Bozorgmehr, K., 2010. « Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach », *Globalization and Health,* vol. 6, nº 1, p. 19.

Brown, T. et M. Bell, 2008. « Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of a global public health strategy », *Social Science & Medicine*, vol. 67, nº 10, p. 1571-1579.

Callon, M. et B. Latour, 1986. « Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations ? », *Prospective et Santé*, vol. 36, p. 13-25.

Callon, M., 1986. « Éléments pour une sociologie de la traduction », *L'Année sociologique*, vol. 36, p. 169-208.

Callon, M., P. Lascoumes et Y. Barthe, 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Éditions du Seuil.

Castoriadis, C., 1975. *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Éditions du Seuil.

Couturier, Y. et I. Chouinard, 2003. « La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels : une mise en problème à partir du cas du secteur sociosanitaire », *Esprit critique*, vol. 5, nº 1, p. 1705-1045.

Curchod, C., 2003. « La méthode comparative en sciences de gestion : vers une approche qualiquantitative de la réalité managériale », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 6, nº 2, p. 155-177.

De Certeau, M., 1980. *L'invention du quotidien. Tome 1- Arts de faire*, Paris, Gallimard.

Dehler, G.E. et R.K. Edmonds, 2006. « Using Action Research to Connect Practice to Learning: A Course Project for Working Management Students », *Journal of Management Education*, vol. 30, nº 5, p. 636-669.

Dozon, J.P. et D. Fassin, 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.

Duchastel, J. et D. Laberge, 1999. « La recherche comme espace de médiation interdisciplinaire », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, nº 1, p. 63-76.

Dumas, B., 1999. « Les savoirs nomades », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, nº 1, p. 51-62.

Fassin, D., 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », dans B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Les Éditions Karthala, p. 24-40.

Feierman, S., A. Kleinman, K. Stewart, D. Farmer et V. Das, 2010. « Anthropology, knowledge-flows and global health », *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, vol. 5, nº 2, p. 122-8.

Giddens, A., 1987. *La constitution de la société*, Paris, Presses Universitaires de France.

Gostin, L.O. et E.A. Mok, 2009. « Grand challenges in global health governance », *British Medical Bulletin*, vol. 90, nº 1, p. 7-18.

Green, J., 2007. *Mixed methods in social inquiry*, Cambridge, Harvard University Press.

Haas, P.M., 1992. « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, vol. 46, nº 1, p. 1-35.

Hamel, J., 1997. « La socio-anthropologie, un nouveau lien entre la sociologie et l'anthropologie », *Socio-anthropologie*, vol. 1. http://socio-anthropologie.revues.org/index73.html [consulté le 25 août 2012].

Hamel, J., 2002. « L'interdisciplinarité en jeu : enjeux et problèmes institutionnels, intellectuels et épistémologiques en milieu universitaire », dans L. Gélineau (dir.), *L'interdisciplinarité et la recherche sociale appliquée. Réflexions sur des expériences en cours*, Montréal, Université de Montréal et Université Laval, p. 67-76.

Horton, R., 2009. « Global science and social movements: towards a rational politics of global health », *International Health*, vol. 1, nº 1, p. 26-30.

Hours, B., 1989. « Les soins de santé primaires comme objet de sciences sociales », dans G. Salem et E. Jeannee (dir.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde*, Paris, Orstom p. 283-288.

Janes, C.R. et K.K. Corbett, 2009. « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, nº 1, p. 167-183.

Kickbusch, I., 1999. « Global + local = glocal public health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53, nº 8, p. 451-452.

Kickbusch, I., 2005. « Action on global health: Addressing global health governance challenges », *Public Health*, vol. 119, nº 11, p. 969-973.

Kickbusch, I., 2006. « Mapping the future of public health: action on global health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, nº 1, p. 6-8.

Lapaige, V. (éd.), 2010b. *La santé publique globalisée*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval.

Lapaige, V., 2010a. « "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision », *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 3, p. 33-47.

Lave, J. et E. Wenger, 1991. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Cambridge University Press.

Lee, K., 2000. « Strengthening governance for global health research », *British Medical Journal*, vol. 321, p. 775–776.

Livingstone, S. 2003. « On the challenges of cross-national comparative media research », *European Journal of Communication*, vol. 18, nº 4, p. 477-500.

MacKian, S., H. Elliott, H. Busby et J. Popay, 2003. « 'Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new' public health », *Health & Place*, vol. 9, nº 3, p. 219-229.

Marmot, M., 2009. « Working through the issues of global governance for health », *The Lancet*, vol. 374, nº 9697, p. 1231-1232.

Massé, R., 2005. « L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes », dans F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 61-90.

Massé, R., 2007. « La troisième voie en anthropologie de la santé : pour une réflexivité constructive », dans O. Leservoisier et L. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques,* Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 267-281.

Massé, R., 2010. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé,* vol. 1, nº 1, 15 p. http://anthropologiesante.revues.org/116 [consulté le 25 août 2012].

Miller, H.T. et C.J. Fox, 2001. « The Epistemic Community », *Administration Society,* vol. 32, nº 6, p. 668-685.

Morgan, L.M., 2001. « Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge », *Health Policy and Planning,* vol. 16, nº 3, p. 221-230.

Morin, E., 1984. *Science avec conscience,* Paris, Arthème Fayard.

Navarro, V., 2008. « Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata », *Global Social Policy,* vol. 8, nº 2, p. 152-155.

O'Cathain, A., E. Murphy et J. Nicholl, 2008. « The quality of mixed methods studies in health services research », *Journal of Health Services Research and Policy,* vol. 13, nº 2, p. 92-98.

Olivier de Sardan, J.-P., 2001. « Les trois approches en anthropologie du développement », *Tiers-Monde,* vol. 42, nº 168, p. 729-754.

Olivier de Sardan, J.-P., 2010. « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... », *Anthropologie et santé,* vol. 1, nº 1, 12 p. http://anthropologiesante.revues.org/86 [consulté le 25 août 2012].

Saillant, F. et S. Genest (éd.), 2005. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux,* Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval.

Scott, J.C., 1985. *Weapons of the weak. Everyday forms of peasant resistance,* New Haven, CN, Yale University Press.

Suarez-Herrera, J.C., 2008. « L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine », dans V. Ridde et K. Mohindra (dir.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec,* Montréal, Cahiers scientifiques de l'Acfas, p. 41-56.

Suarez-Herrera, J.C., 2010. *L'intégration organisationnelle de la participation. Des enjeux locaux pour une santé publique globale,* Thèse de doctorat, Département d'administration de la santé, Montréal, Université de Montréal.

Suarez-Herrera, J.C., J.J. O'Shanahan-Juan et L. Serra-Majem, 2009. « La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional », *Revista Espanola de Salud Publica,* vol. 83, nº 6, p. 791-803.

Tarantola, D., 2005. « Global Health and National Governance », *American Journal of Public Health,* vol. 95, nº 1, p. 8.

Tashakkori, A. et C. Teddlie (éd.), 2003. *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research,* Sage, Thousand Oaks.

Varmus, H., R. Klausner, E. Zerhouni, T. Acharya, A.S. Daar et P.A. Singer, 2003. « Public Health: Enhanced: Grand Challenges in Global Health », *Science*, vol. 302, n° 5644, p. 398-399.

Wenger, E., et W. Snyder, 2000. « Communities of Practice: The Organizational Frontier », *Harvard Business Review*, vol. January-February, p. 139-145.

Wenger, E., 1998. *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.

Wenger, E., R. McDermott et W.M. Snyder, 2002. *Cultivating Communities of Practice*, Boston, Harvard Business School Press.

Wright, M.T., B. Roche, H. von Unger, M. Block et B. Gardner, 2010. « A call for an International Collaboration on Participatory Research for Health », *Health Promotion International*, vol. 25, n° 1, p. 115-22.

Yach, D. et D. Bettcher, 1998a. « The globalization of public health, I: Threats and opportunities », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 5, p. 735-738.

Yach, D. et D. Bettcher, 1998b. « The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 5, p. 738-744.

Association francophone pour le savoir

Acfas

BAnQ
000 667 342

La nature transdisciplinaire et intersectorielle de la recherche en santé mondiale fait appel à des théories, des méthodes et des pratiques procédant de plusieurs courants de pensée contemporains fort éloignés du point vue épistémologique, mais potentiellement complémentaires. Cette confluence d'approches favorise l'émergence d'interactions dynamiques entre de nombreux acteurs concernés par la recherche tout en permettant de mettre en œuvre une démarche dialectique entre, d'une part, des perspectives plus universalistes, qui prônent l'unicité des critères et l'équivalence du sens, et d'autre part, des approches nettement culturalistes, qui préconisent la cohérence interne et la différenciation identitaire.

Afin de rendre compte de cette complexité et des enjeux qui lui sont attribués, nous avons organisé en 2011, dans le cadre du 79e congrès de l'Acfas, un colloque visant l'alignement d'un ensemble de propositions socio-anthropologiques essentielles au développement de compétences clés pour les chercheurs, praticiens, étudiants et gestionnaires en santé mondiale. Pour ce faire, nous avons compté sur la participation de chercheurs reconnus dans le domaine de la santé mondiale par la qualité et les retombées de leur production scientifique ainsi que d'étudiants universitaires post-gradués.

Tout en suivant la structure proposée au sein du colloque, les parties de cet ouvrage illustrent les contenus touchés au sein des quatre sessions de cet événement. Les deux premières parties sont consacrées respectivement aux **considérations conceptuelles** et aux **approches méthodologiques** associées à la recherche en santé mondiale. La troisième partie, quant à elle, est dédiée aux **stratégies opérationnelles** relatives à la pratique du chercheur en santé mondiale. Enfin, la dernière partie de cet ouvrage est axée sur **les enjeux, les défis et les pistes de recherche et d'action** pour la santé mondiale.

ISBN 978-2-89245-154-2