

362.1
C7143
2008

110

La santé mondiale

Recherche et
enseignement au Québec

Publié sous la direction de
Valéry Ridde et
Katia S. Mohindra



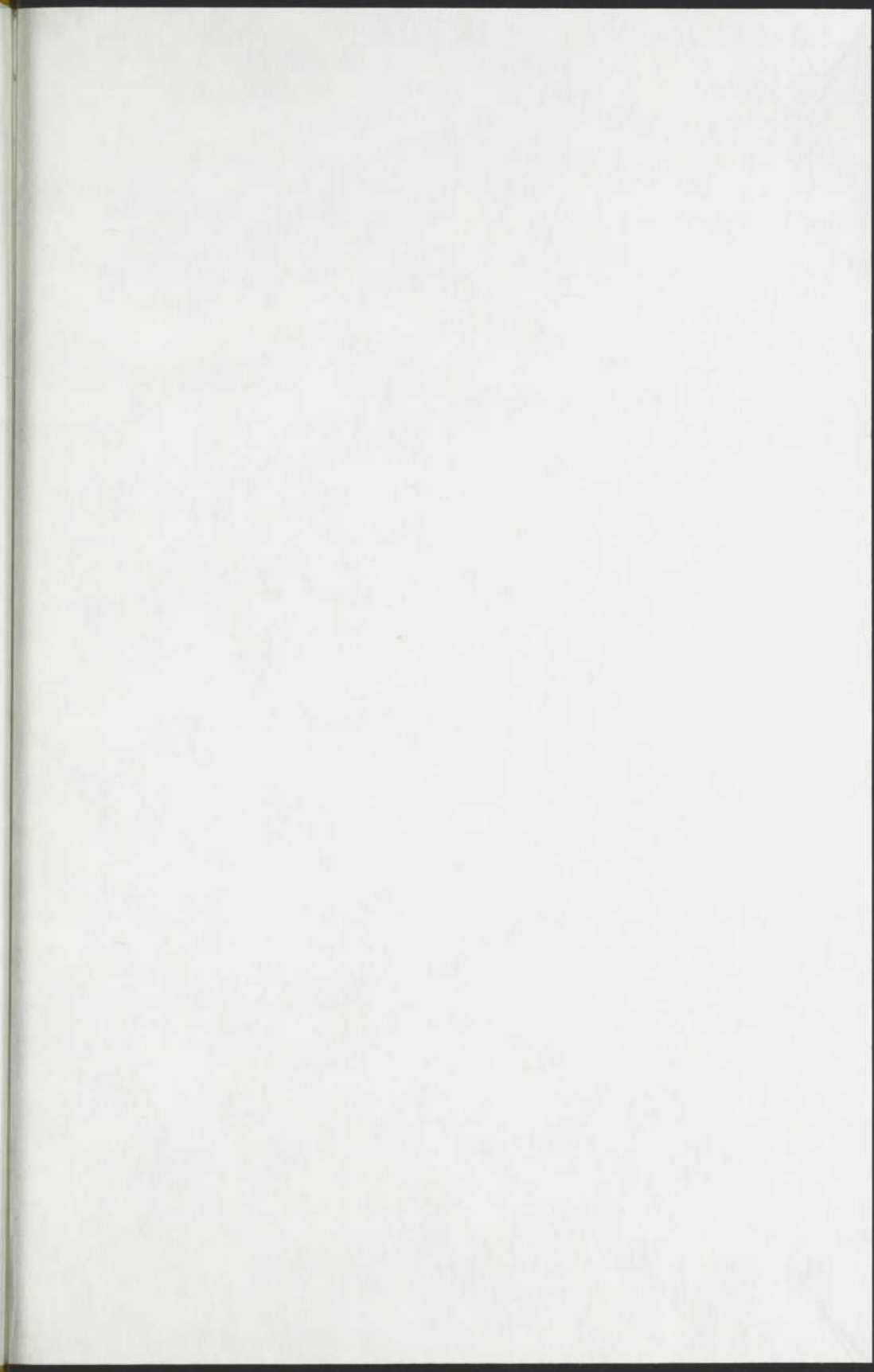
Cahiers scientifiques

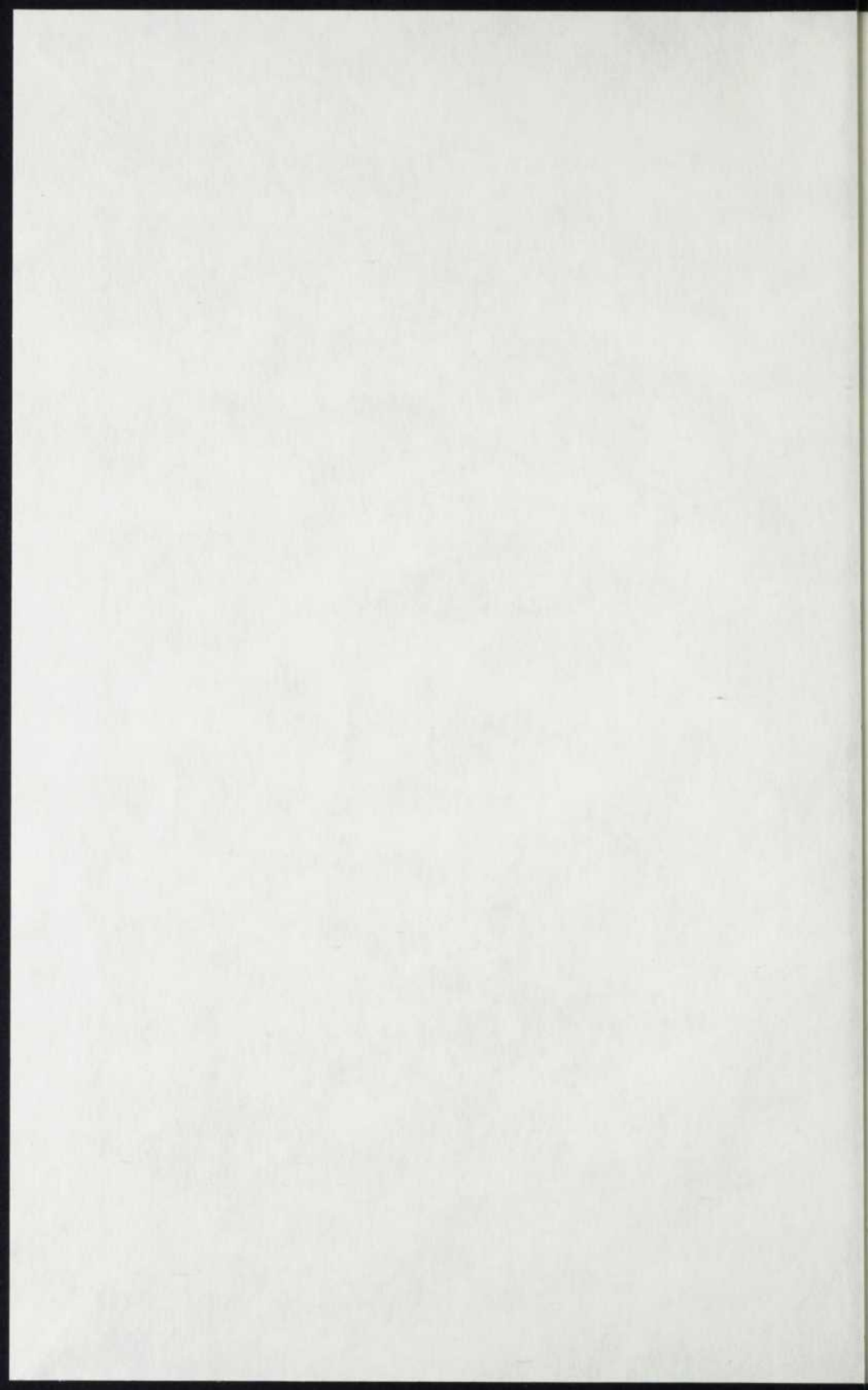


Bibliothèque
et Archives
nationales

Québec









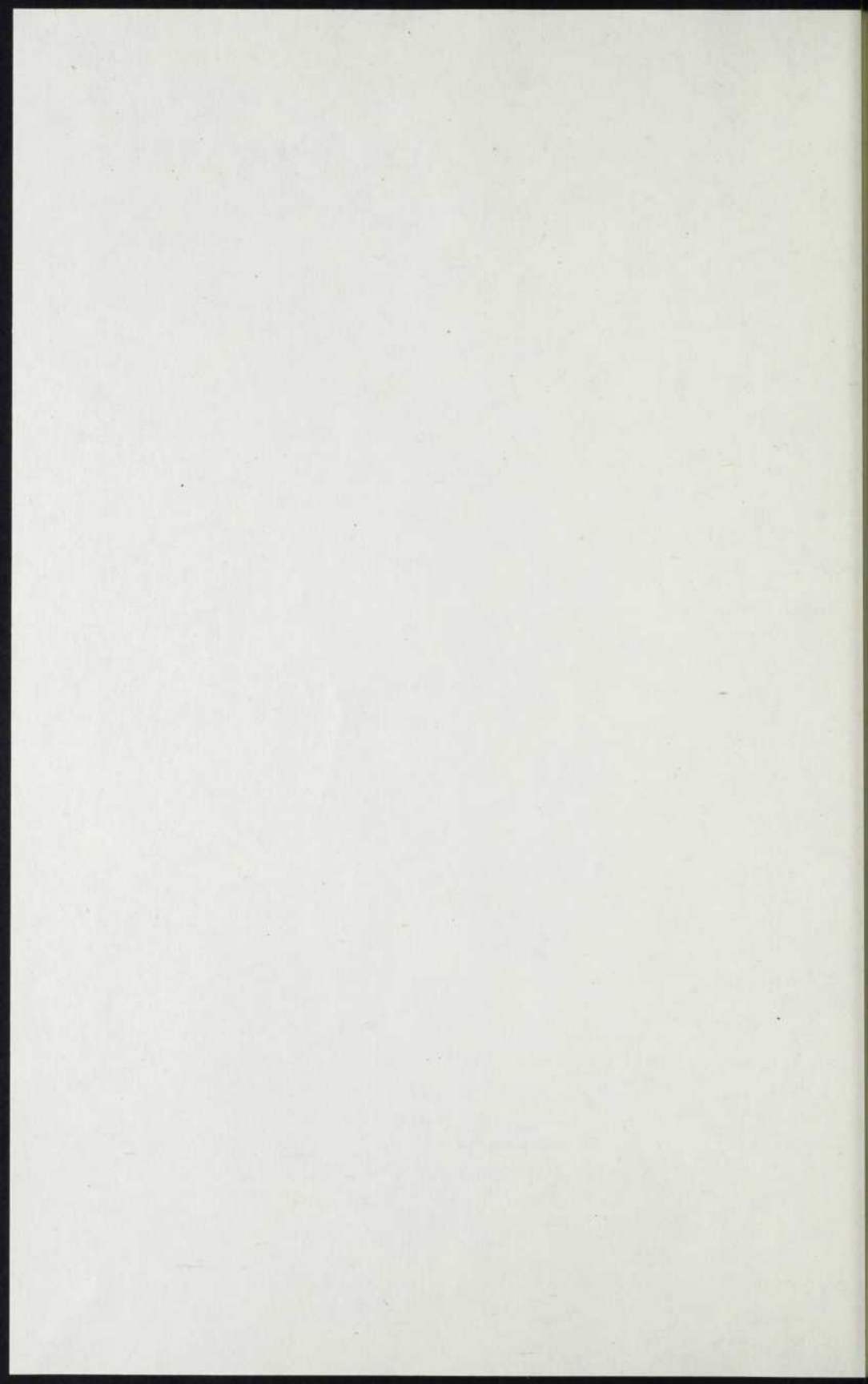
Cet ouvrage est imprimé sur du papier sans chlore,
100% postconsommation.

La santé mondiale

Recherche et enseignement au Québec

Cet ouvrage a été rendu possible
grâce à la contribution financière du
Réseau de recherche en santé des
populations du Québec.

Le Réseau est financé par le
Fonds de la recherche en santé du Québec.



La santé mondiale

Recherche et enseignement au Québec

Publié sous la direction de
Valéry Ridde et Katia S. Mohindra

Actes du colloque
*Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en
santé mondiale au Québec*
Présenté dans le cadre du 75^e Congrès de l'Acfas,
à l'Université du Québec à Trois-Rivières, le 11 mai 2007

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.

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

Disponible en librairie
Distribution : Socadis

© Acfas, 2008
ISBN 978-2-89245-135-1

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

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

Table des matières

Liste des auteurs.....	1
Le métier de chercheur en santé mondiale et les compétences interculturelles : questions éthiques et méthodologiques	
<i>Emmanuelle Bédard</i>	3
Comment favoriser la participation d'étudiantes et d'étudiants en santé mondiale : le point de vue d'une étudiante du Sud	
<i>Awa Seck</i>	13
Une intégration réussie d'étudiantes et d'étudiants à un projet de coopération internationale en santé	
<i>Yv Bonnier Viger</i>	21
'Approches universalistes de participation et leur utilisation dans les programmes de coopération internationale en santé : du guide méthodologique aux rapports terrain	
<i>Hélène Laperrière et Ricardo Zúñiga</i>	25
L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine	
<i>José Carlos Suárez</i>	39
La recherche en santé mondiale : frontières floues et distances relatives	
<i>Jean-Frédéric Levesque</i>	55
Démographie et santé mondiale : un carrefour indispensable	
<i>Amélie A. Gagnon et Nathalie K. Mondain</i>	63

Exploration de l'état des lieux de la recherche
et de l'enseignement au Québec : perspectives d'avenir

Valéry Ridde, Katia S. Mohindra et Francine LaBossière..... 77

Postface : La problématique de l'enseignement et de
la recherche scientifique en Afrique francophone

Blaise Sondo 103

Liste des auteurs

Emmanuelle BÉDARD

Ph.D., Professeure adjointe,
Département des sciences infirmières,
Université du Québec à Rimouski

Yv BONNIER VIGER

M.D. spécialiste Santé communautaire,
Directeur général adjoint du Conseil cri de la santé et des
services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ),
Directeur de santé publique de l'Iiyiyiu Aschii,
Étudiant à la Maîtrise internationale pour un leadership en santé
(IMHL, www.imhl.ca)

Amélie A. GAGNON

Étudiante au doctorat,
Département de démographie,
Université de Montréal, Québec

Francine LABOSSIÈRE

Axe de recherche en santé mondiale,
Réseau de recherche en santé des populations du Québec,
Centre de recherche du Centre hospitalier de
l'Université de Montréal, Montréal, Québec

Hélène LAPERRIÈRE

Ph.D. Professeure adjointe,
École des Sciences infirmières,
Université d'Ottawa, Ontario

Jean-Frédéric LEVESQUE

M.D., Ph.D., FRCP(C), Centre de recherche du Centre
hospitalier de l'Université de Montréal, Québec
Unité de santé internationale, Université de Montréal, Québec
Institut national de santé publique du Québec

Katia S. MOHINDRA

Ph.D. Department of Health Care and Epidemiology,
University of British Columbia, Vancouver
Global Health Research Program, University of British Columbia

Nathalie K. MONDAIN

Ph.D., Professeure adjointe,
Département de sociologie et d'anthropologie,
Université d'Ottawa, Ontario

Valéry RIDDE

Ph.D., Chercheur,
Centre de recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal,
Département de médecine sociale et préventive,
Université de Montréal, Québec

Awa SECK

Étudiante au doctorat en santé communautaire,
Université Laval, Québec

Blaise SONDO

M.D., Professeur titulaire, Faculté de médecine,
Université de Ouagadougou, Burkina Faso

José Carlos SUAREZ

Étudiant au doctorat,
Département d'Administration de la santé,
Université de Montréal, Québec

Ricardo ZUÑIGA

Ph.D., Professeur associé,
École de Service social,
Université de Montréal, Québec

Le métier de chercheur en santé mondiale et les compétences interculturelles : questions éthiques et méthodologiques

Emmanuelle Bédard

Introduction

Notre expérience comme chercheuse en santé mondiale nous a fait réfléchir aux sources de biais possibles lors de collectes de données en contexte interculturel africain ainsi qu'aux méthodes pouvant les minimiser. En nous référant à Poupart (1997), nous avons identifié celles d'entre elles pouvant influencer les réponses des participants lors d'entretiens qualitatifs. Il s'agit des sources de biais attribuables à la relation entre l'intervieweur et l'interviewé et de celles relatives au contexte de l'étude. Dans le contexte propre à la recherche en santé mondiale, nous étudions en quoi la réflexion sur ces sources de biais pose un questionnement éthique plus large, celui du rapport de pouvoir entre deux cultures, précisément entre les cultures occidentale et africaine. Par la suite, nous évaluons comment la rencontre interculturelle proposée par Cohen-Émerique (2000) nous invite à contrer ces biais tout en développant un rapport, sinon égalitaire, au moins négocié, où le partage des valeurs et des savoirs prend tout son sens.

Questions méthodologiques

Au cours de nos recherches sur le VIH/sida en milieu prostitutionnel africain depuis une dizaine d'années, plus précisément au Bénin et au Burkina Faso, nous avons dû réfléchir aux sources de biais pouvant influencer les réponses des participants lors des collectes de données ainsi qu'aux méthodes à employer pour les minimiser. Favorisant une approche de recherche davantage qualitative, nous nous sommes référée à Poupart (1997) afin d'identifier les principales sources de biais dont nous devons tenir compte lors d'entretiens individuels semi-directifs¹. Selon l'auteur, trois sources de biais sont possibles dans ce cas : celles reliées aux dispositifs de l'enquête, celles attribuables à la relation entre l'intervieweur et l'interviewé et celles relatives au contexte de l'étude. Dans la

1. Ces sources de biais ont également été pertinentes lors de collectes de données quantitatives parallèles puisque comme le qualitatif, la recherche quantitative met en interaction un intervieweur et un interviewé et s'inscrit dans un contexte plus global qu'il faut prendre en compte.

présente réflexion, nous ne retiendrons que les deux dernières sources de biais, la première relevant davantage d'aspects techniques.

La relation entre l'intervieweur et l'interviewé

La manière de diriger l'entrevue et d'aborder l'objet d'étude ainsi que les caractéristiques sociales telles que l'âge, le sexe, l'ethnicité et la classe sociale peuvent avoir des effets sur les propos des personnes interrogées (Poupart, 1997). Dans le cas des études que nous avons menées sur le terrain en Afrique de l'Ouest, ces aspects nous ont particulièrement préoccupée en raison des différences d'ordre culturel et social qui nous séparaient des participants. Le fait d'être une jeune femme blanche nord-américaine interrogeant des femmes et des hommes noirs d'Afrique subsaharienne mettait d'emblée en évidence notre écart social. Si la proximité sociale est généralement souhaitable pour minimiser ce biais, Poupart (1997) affirme également qu'elle peut constituer un obstacle à la neutralité du chercheur jusqu'à l'empêcher d'être critique par rapport au discours des participants. Nous avons également constaté qu'une trop grande familiarité pouvait aussi représenter un obstacle à l'ouverture de soi chez les personnes interrogées, particulièrement lorsque les entretiens portaient sur des sujets intimes tels que la sexualité et les rapports extra-conjugaux. En effet, il est probable que certaines personnes interrogées (travailleuses du sexe ou clients de celles-ci) n'auraient pas souhaité que leur appartenance aux milieux prostitutionnels ou leur fréquentation de ceux-ci soit connue par des personnes de même milieu social, par crainte d'être jugées et d'avoir à subir des représailles, et ce, malgré les précautions d'usage assurant la confidentialité et l'anonymat. À cet égard, la distance sociale qui nous séparait des participants a pu favoriser leur ouverture.

En outre, si le rapport que nous entretenions comme chercheuse avec les travailleuses du sexe était empreint de compassion voire même de solidarité², celui avec les hommes clients et partenaires sexuels de travailleuses du sexe était pour le moins confrontant. Les rapports entre les hommes et les femmes et les raisons de leurs recours aux services des travailleuses du sexe étaient des sujets particulièrement sensibles. Cette position a pu être perçue³ par les participants et influencer leurs discours

2. Cette solidarité féminine a, espérons-nous, fait en sorte que les travailleuses du sexe se sentent à l'aise de s'exprimer, et ce, en toute confiance. Les entretiens avec elles se sont généralement très bien passés.
3. La chercheuse était, par son attitude et ses comportements, visiblement différente des femmes burkinabées. De plus, le fait même qu'elle travaille en milieu prostitutionnel dénotait d'une certaine force de caractère pour les hommes interrogés. L'un d'entre eux lui a même dit que sa démarche ressemblait, par son assurance dans les rues en pleine noirceur, à celle d'une « bandite ».

sur ce sujet, soit en camouflant des aspects de la réalité, soit au contraire en voulant plaire à la chercheuse. Toutefois, malgré ce biais, nous reconnaissons qu'il existe des femmes et des hommes dignes dans le domaine des transactions sexuelles comme le soutient Pheterson (2001). Il s'avérait donc important pour nous d'écouter et de comprendre ce que ces femmes et ces hommes avaient à dire plutôt que de les juger. Ainsi, l'intérêt et le respect que nous avons tenté d'exprimer à l'égard du discours des participants en plus de favoriser l'acceptation inconditionnelle, l'authenticité, l'empathie et le reflet, reconnus en psychologie clinique (Rogers, 1999), ont sans doute aidé à minimiser ces possibles lacunes.

Enfin, la façon d'aborder l'objet d'étude était aussi à prendre en compte. En ce sens, il est possible de constater dans la littérature scientifique (particulièrement dans les périodiques médicaux et épidémiologiques) que plusieurs infections ou maladies, dont le VIH/sida, ont été traitées à partir de la notion de risque (Skolbekken, 1995). Cette notion, appliquée au contexte interculturel de nos recherches, fait en sorte que les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels sont reconnus comme étant des « groupes à risque » de contracter le VIH/sida. Or, cette notion de risque agit comme un contrôle social sur les individus (Perreault, 1994) et remplace en quelque sorte la notion désuète du péché, redéfinissant du même coup la norme du bien et du mal (Douglas, 1990; Lupton, 1995). Les personnes qui sont à risque d'attraper ou de transmettre le VIH/sida sont alors perçues comme des pécheurs (Lupton, 1995) ou plus précisément comme des personnes fautives que l'on doit remettre sur le bon chemin.

Cette manière d'aborder le problème, par la notion de risque, implique aussi l'idée d'un changement prescrit, qu'il soit sur le plan des normes sociales ou des comportements individuels. Cela a pu être compris comme tel par les participants au point de les empêcher d'avoir un discours sincère sur leurs pratiques. Par exemple, au cours de nos visites sur le terrain, toujours accompagnées d'un intervenant, certaines personnes insinuaient que nous n'approuvions pas leurs comportements sexuels. Nous devions donc en prendre conscience et s'intéresser à leur discours comme nous l'avons mentionné plus haut.

Contexte de l'étude

Le contexte de l'étude porte sur le fait de participer à la recherche et sur ce que cette dernière représente pour les personnes interrogées. En ce sens, certaines d'entre elles ont pu craindre des représailles en participant à nos recherches comme nous l'avons noté précédemment. Il nous appartenait, en tant qu'intervieweuse de mettre à l'aise les participants afin qu'ils se sentent en confiance (Poupart, 1997). Les moyens décrits

plus haut quant au respect des participants sont, ici aussi, applicables. De plus, les efforts et le temps⁴ que nous avons consacrés à nous intégrer dans les milieux a certainement pu favoriser l'acceptation et la confiance en nos recherches chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires.

Il est également indispensable de mettre en lumière le contexte plus large de coopération internationale dans lequel ces recherches se sont déroulées (Bédard, 2004). En effet, celle-ci peut être interprétée comme une suite réformée de la colonisation qui entretient la dépendance des pays pauvres envers les pays riches (Massiah, 1982). Ce n'est d'ailleurs pas anodin si dans son dernier roman, l'écrivain Ahmadou Kourouma qui, par la voix de ses jeunes personnages ivoiriens et le sarcasme qu'on lui connaît, décrit le passage de la colonisation à la coopération en affirmant que le « coopérant fut le nouveau nom du colon sans rien changer au contenu » (2004). Ainsi, malgré les différences notables entre la coopération internationale et le colonialisme (dont le fait que la coopération soit une forme de collaboration), nous retrouvons ce même rapport de pouvoir, cette même hégémonie des valeurs, des pratiques et des savoirs occidentaux sur ceux des pays d'Afrique subsaharienne. Dans ce contexte, les efforts de prévention (par la recherche ou l'intervention) réalisés par des personnes provenant de pays occidentaux ou industrialisés peuvent être vus comme une forme d'entreprise d'acculturation qui impose son système de valeurs et de comportements à des personnes provenant de pays dits en développement (Massé, 1995; 2003). Pour cette raison, il était indispensable d'en prendre conscience et de rester critique vis-à-vis de son approche.

Questions éthiques

Le constat auquel nous a amenée la réflexion entourant les sources de biais dans un contexte de recherche en santé mondiale est qu'elle dépasse le point de vue strictement méthodologique et pose un questionnement éthique plus large, celui des rapports de pouvoir entre les cultures (occidentales/africaines⁵), entre les classes sociales (riches/pauvres

4. Nous séjournions généralement plusieurs mois sur le terrain (jusqu'à douze mois).

5. Par culture, nous entendons non seulement des « représentations et des comportements partagés par un ensemble quelconque d'acteurs sociaux » (Olivier De Sardan, 2007), mais aussi des valeurs et des pratiques propres à ce groupe. Nous sommes d'avis qu'il existe une diversité culturelle tant en Occident qu'en Afrique subsaharienne et que ces cultures ne peuvent être mises en vases clos. Les cultures évoluent et se transforment selon les contextes sociaux, politiques et économiques en présence. Dans le cadre de nos recherches, il s'agissait d'être particulièrement attentive aux représentations du VIH/sida et aux comportements des travailleuses du sexe et de leurs partenaires sexuels, que ces représentations et comportements soient, ou non, acceptables à nos yeux d'occidentale.

ou scolarisées/non-scolarisées) et entre les savoirs (experts/profanes). Il s'avère donc important de tenir compte de ces deux niveaux de réflexion lorsque vient le temps de déterminer les moyens de minimiser les biais méthodologiques dans nos recherches.

Ainsi, pour obtenir la collaboration du milieu, favoriser un discours sincère et en profondeur des personnes interrogées et rechercher l'objectivité dans sa démarche par la reconnaissance de sa propre subjectivité, notre expérience comme chercheuse nous a confirmé qu'il était judicieux de miser sur le développement de nos compétences interculturelles. Pour ce faire, nous nous sommes inspirée du modèle de Cohen-Émerique (2000) qui présente une approche basée sur la rencontre interculturelle. Bien que ce modèle soit développé initialement dans le but de mieux intervenir auprès des migrants, il s'est avéré tout à fait approprié dans le contexte de nos recherches en Afrique de l'Ouest où nous devons effectuer des collectes de données en milieu prostitutionnel. Les prochaines lignes présentent brièvement ce modèle et l'intégration libre que nous en avons faite dans notre pratique de la recherche.

Pour Cohen-Émerique (2000), la rencontre interculturelle se fait en trois étapes : la décentration, la découverte du cadre de référence de l'autre et la médiation/négociation interculturelle. L'étape de la décentration consiste à se questionner sur soi, sur sa propre identité et sur son système de valeurs afin de comprendre comment ces éléments ont façonné le ou la chercheuse que nous sommes et en quoi ils influencent notre recherche, notre rapport à l'autre. Avant de nous rendre sur le terrain, nous avons donc fait l'exercice de réfléchir sur nos caractéristiques sociales et nos principales valeurs, sur la situation politique, sociale et économique de notre pays d'origine et les valeurs sociales qui y sont véhiculées. Ensuite, nous avons identifié nos attentes envers le milieu (ou le pays) d'accueil et nos idées préconçues, favorables ou défavorables, envers celui-ci.

La seconde étape, « la découverte du cadre de référence de l'autre » implique de se questionner sur l'identité de l'autre (Cohen-Émerique, 2000). Par « autre », nous entendons ici une personne, un groupe ou un milieu d'accueil à l'étranger. À cette étape, nous nous sommes donc interrogée sur les valeurs et les croyances culturelles et religieuses présentes au sein du milieu d'accueil et plus largement sur la situation politique, sociale et économique du pays hôte. C'est au cours de cette étape que les questions fondamentales sur les rapports qui existent entre le chercheur et son milieu de recherche (et plus globalement entre son pays d'origine et le pays hôte) se posent. Quel type de rapport notre pays d'origine et le pays qui nous accueille entretiennent-ils sur le plan historique ? S'agit-il de rapports relativement équitables ou au contraire de

domination ? Comment est perçu notre pays d'origine par le milieu d'accueil et par les participants à nos recherches ? Quelle est leur position sociale par rapport à la nôtre ? Quelles peuvent être leurs attentes envers nous ? Quelle est l'image que ces personnes peuvent se faire de nous et de notre approche ? Ce sont là quelques-unes des questions qui permettent de comprendre comment ces rapports peuvent influencer le déroulement de notre recherche sur le terrain ainsi que les réponses des participants aux entretiens.

Cet approfondissement de la compréhension de notre rapport à l'autre a grandement facilité notre intégration dans le milieu d'accueil et la qualité des relations avec les intervenants et les participants. Cela nous a aussi aidée à mieux planifier notre recherche sur le terrain, à prévoir les obstacles possibles et à nous ajuster à ceux qui se sont présentés en cours de route. À titre d'exemple, nous avons mentionné précédemment que certains propos tenus par les participants pouvaient être déstabilisants. Sans la découverte du cadre de référence de l'autre dans une attitude de respect et de reconnaissance de ses différences, il nous aurait été difficile d'écouter plutôt que de juger. Chaque personne interrogée avait des connaissances et des croyances qu'il nous importait de saisir.

Enfin, la rencontre interculturelle selon Cohen-Émerique (2000) comporte une dernière étape, la « médiation ou négociation culturelle ». Si la rencontre de deux mondes signifie la découverte et l'exploration d'une nouvelle culture, elle peut aussi se traduire par une confrontation des valeurs, des idées et des pratiques d'où un choc culturel possible de part et d'autre auquel nos années d'expérience comme chercheuse ne nous mettent pas totalement à l'abri. C'est donc à cette étape que la négociation entre en jeu, que l'on doit lâcher du lest et assouplir nos rigidités pour favoriser notre ouverture à l'autre. En ce sens, le dialogue avec les milieux où nous réalisons nos recherches à l'étranger est essentiel dans la mesure où il favorise le partage des valeurs, des savoirs et des pratiques (Egrot et Taverne, 2003) et permet d'adapter notre approche aux réalités locales (Massé, 1995; 2003). C'est en reconnaissant les valeurs, les savoirs et les pratiques des personnes du milieu qui nous accueille (dans la seconde étape du modèle de Cohen-Émerique, 2002), que nous reconnaissons leur pouvoir et qu'il leur est possible de le négocier. Au sens de Landry (2007), les valeurs, les savoirs et les pratiques des personnes des milieux où nous réalisons nos recherches sont considérés comme des ressources personnelles. Dans la mesure où nous, partenaires occidentaux, reconnaissons ces ressources, celles-ci constituent une forme de pouvoir chez les personnes qui les détiennent. La possibilité de négocier le pouvoir représente l'une de ses dimensions intrinsèques. À titre d'illustration, notre expérience comme chercheuse en milieu interculturel nous a

montré que les compromis⁶ faits sur certains aspects de la méthode, suite aux conseils des personnes du milieu, ont généralement toujours servi la recherche. Ces compromis ont non seulement répondu à nos critères éthiques en encourageant le partage du pouvoir par la négociation mais ont aussi apporté un haut niveau de collaboration et d'entente mutuelle avec les milieux de recherche.

Conclusion

Ainsi, les rapports de pouvoir inégaux présents à différents niveaux de la relation que nous entretenons avec les milieux interculturels où se déroulent nos recherches, touchent des aspects éthiques autant que méthodologiques. De fait, ils déterminent le niveau de collaboration entre les partis et se répercutent sur l'ensemble du processus de collecte de données jusqu'à favoriser ou non sa réussite et influencer la qualité des données recueillies. En tant que chercheuse en santé mondiale, il est indispensable d'en prendre conscience et d'agir en conséquence.

Afin de contrer d'éventuelles lacunes scientifiques, nous suggérons donc aux chercheurs de développer⁷ leurs compétences interculturelles en s'inspirant de l'approche proposée par Cohen-Émerique (2000). Cet exercice montre comment la rencontre interculturelle, adaptée au contexte de la recherche en santé mondiale, exige du chercheur un degré d'intériorité et d'autoréflexion avant de s'ouvrir à l'autre et d'être en mesure de partager ses valeurs, ses savoirs et ses pratiques. Dans cette optique, si les rapports entre les chercheurs occidentaux et les milieux de recherche à l'étranger demeurent inégaux, ils peuvent néanmoins être négociés dans un souci d'équité.

En terminant, précisons que cette méthode s'est imposée de façon tout à fait naturelle dans notre cheminement. Nous ne suggérons donc pas aux chercheurs de l'appliquer à la lettre au point d'empêcher toute spontanéité sur le terrain, mais bien de l'intégrer à leur pratique quotidienne de la recherche de manière réflexive.

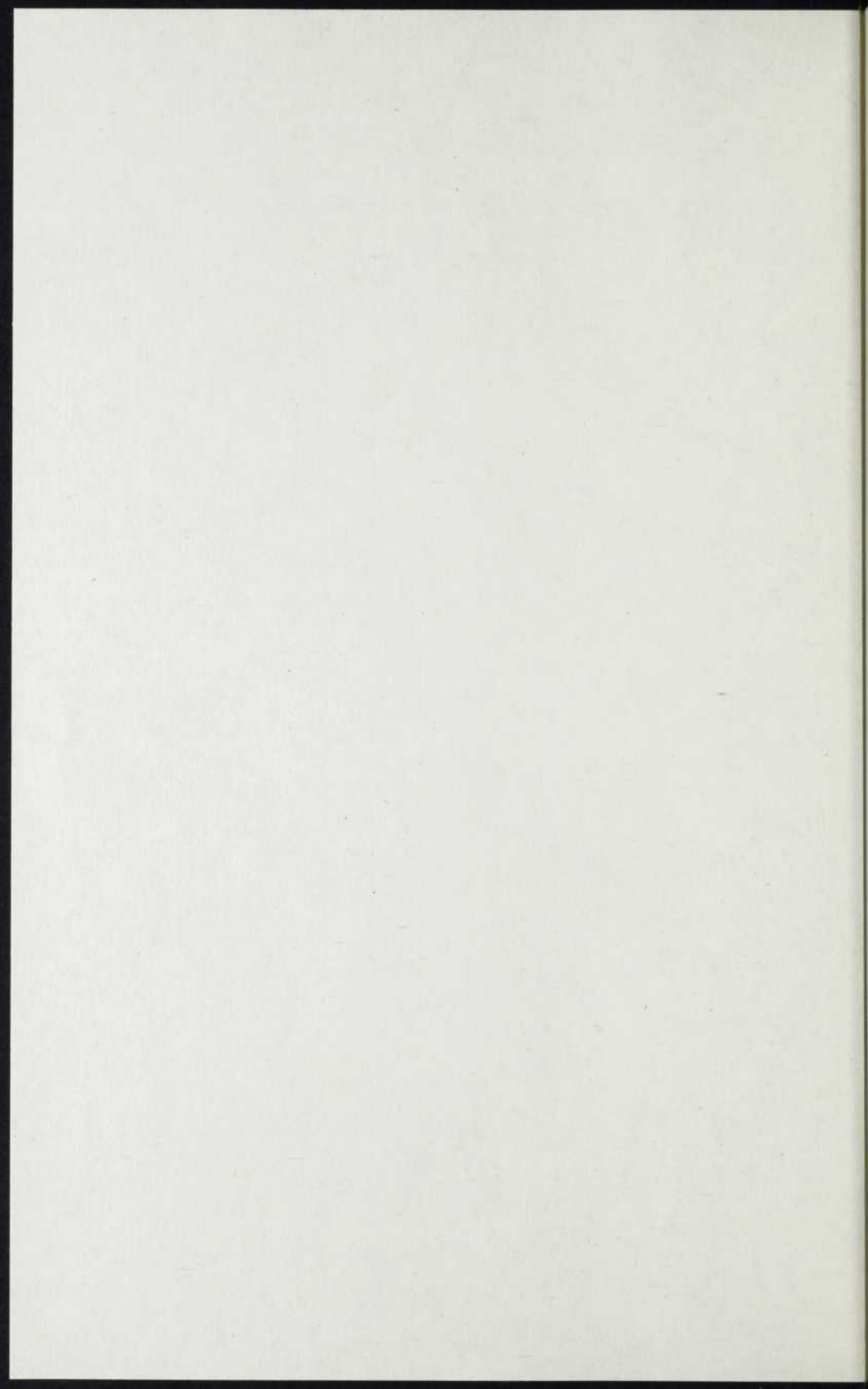
6. Par exemple, nous avons élaboré un plan de collecte de données fondé sur une analyse critique de la littérature scientifique et des écrits locaux sur le milieu prostitutionnel. Une fois sur le terrain, et suite aux conseils des intervenants sur place, nous avons dû revoir nos stratégies de recrutement des participants. Nous étions d'avis que les intervenants connaissaient mieux le milieu prostitutionnel que nous et que leur savoir méritait d'être écouté. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas accepté toutes leurs suggestions comme celle d'offrir des boissons alcoolisées aux participants sous prétexte que « ça faisait partie de la culture du milieu » ! Enfin, ces compromis ne nous ont pas empêchée de conserver une certaine rigueur méthodologique.

7. Ou de les améliorer, c'est selon.

Références bibliographiques

- Bédard, E. (2004). *Aspects éthiques en promotion de la santé : l'exemple de la prévention du VIH/sida en milieu prostitutionnel africain dans un contexte de coopération francophone*. Colloque « Développement durable : leçons et perspectives », Ouagadougou, Burkina Faso, 1^{er} au 4 juin 2004. www.francophonie-durable.org/documents/colloque-ouaga-a3-bedard.pdf
- Cohen-Émerique, M. (2000). L'approche interculturelle auprès des migrants. Dans G. Legault (Ed.), *L'intervention interculturelle* (p. 161-184). Montréal : Gaëtan Morin.
- Douglas, M. (1990). Risk as a Forensic Resource. *Daedalus*, 119(4), 1-16.
- Egrot, M. et Taverne, B. (2003). La transmission sexuelle des maladies chez les Mossi; rencontre des catégories nosologiques populaire et biomédicale dans le champ de la santé publique (Burkina Faso). Dans Bonnet, D. et Jaffré, Y. (Dir.), *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de transmission*, Paris : Karthala. Récupéré de <http://www.amades.net/publications/txtligne/txt03/Egrotav.html>
- Kourouma, A. (2004). *Quand on refuse on dit non* (p. 88). Paris : Seuil.
- Landry, S. (2007). La zone du pouvoir. Dans Landry, S. *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints* (p. 309-397). Québec : PUQ.
- Lupton, D. (1995). Taming Uncertainty: Risk Discourse and Diagnostic Testing. *The Imperative of Health, Public Health and the Regulated Body* (p. 77-105). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Massiah, G. (1982). La coopération : une transition dans le passage de l'administration coloniale aux États néo-coloniaux. Dans F. Mapero (Ed.), *Coopération et dépendance : La France socialiste face au tiers Monde*, (p. 60-75), Paris : F. Mapero.
- Olivier De Sardan, J.-P. (2007). De la nouvelle anthropologie du développement à la socio-anthropologie des espaces publics africains. *Revue Tiers Monde*, 191, juillet-septembre, 1-10.
- Perreault, M. (1994). MST et SIDA : Construction sociale d'une épidémie mondiale. Dans Dumont, F., Langlois, S. et Martin Y., *Traité des problèmes sociaux* (p. 197-221). Québec, IQRC.
- Pheterson, G. (2001). *Le prisme de la prostitution*. Paris : L'Harmattan.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Rogers, C.R. (1999). *La relation d'aide et la psychothérapie*, (12^e éd). Paris : ESF Éditeur.
- Skolbekken, J.A., (1995). The risk epidemic in medical journals. *Social Science & Medicine*, 40(3), 291-305.



Comment favoriser la participation d'étudiantes et d'étudiants dans la recherche en santé mondiale : le point de vue d'une étudiante du sud

Awa Seck

Dans le contexte actuel de la globalisation, l'intensification des interactions humaines et la fluctuation des frontières nationales promettent un avenir meilleur. En effet, la révolution technologique et informationnelle (Pearce, 2004) et de nouvelles possibilités de gestion de la santé publique dans les pays en développement (Bettcher et Lee, 2002) laissent espérer l'amélioration du bien-être des populations. Toutefois, une menace constante plane sur la santé mondiale, compte tenu d'autres enjeux conjoncturels tels que l'augmentation du fardeau mondial de maladies, la circulation de maladies transmissibles redoutables et la progression des disparités en santé (Bettcher et Lee, 2002). Pour que la santé soit un facteur de développement humain, il faut connaître et maîtriser ses enjeux, ce qui passe forcément par la recherche en santé mondiale.

Selon la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) (2004-2008), cette recherche implique la collaboration de tous les pays concernant les déterminants communs de santé. Or, les pays du Sud, qui sont majoritaires sur la planète, ne font pas assez d'études sur la santé, faute de ressources humaines et financières. Ils n'ont pas non plus suffisamment accès aux résultats de recherche pour développer de nouvelles pratiques visant l'amélioration de la santé de leurs populations. Ainsi, un meilleur programme de recherche en santé mondiale ne sera une réalité que si des efforts importants sont communément déployés dans tous les pays du monde. Puisque la recherche est très développée dans les pays industrialisés, une attention toute particulière pourrait être accordée à la formation supérieure des étudiants étrangers qui séjournent dans les universités de ces pays. D'ailleurs, dans le cas particulier des universités québécoises, où séjourne un grand nombre d'étudiants issus de pays en développement, il existe plusieurs opportunités pour développer ou renforcer la recherche en santé mondiale, et ce, dès l'admission de ces étudiants à la formation universitaire. Mais ces possibilités ne sont pas souvent utilisées de façon optimale notamment pour développer des partenariats de recherche précoces, efficaces et durables, et pour harmoniser les façons de procéder. Par exemple, plusieurs contraintes d'ordre

éthique, institutionnel et financier se dressent contre la contribution significative des chercheurs en postdoctorat et des doctorants à la recherche en santé mondiale (Walker, Ouellette et Ridde, 2006). Pourtant, les étudiants étrangers, au Québec, constituent des personnes-ressources importantes dans le dispositif de recherche en santé mondiale, pour plusieurs raisons.

D'abord, leurs effectifs sans cesse croissants constituent de toute évidence un important potentiel pour toutes les actions visant le développement et le renforcement de la recherche dans leurs pays d'origine. La plupart d'entre eux retourneront dans leurs pays, et travailleront comme planificateurs, décideurs, formateurs et aussi chercheurs. Ensuite, ces étudiants côtoient quotidiennement, au cours de leurs études au Québec, d'éminents praticiens et chercheurs auprès desquels ils acquièrent un savoir et une expertise qui peuvent contribuer à la transformation de la situation sanitaire et médicale de leurs pays. Enfin, ils possèdent une vraie connaissance des réalités du monde aussi bien développé qu'en voie de développement, ce qui fait d'eux des agents pivots dans l'évolution de la recherche mondiale et dans le soutien aux chercheurs du Nord qui interviennent dans les pays en développement. Il apparaît donc nécessaire de s'intéresser davantage à ces étudiants chercheurs afin de rentabiliser leur contribution à la recherche en santé mondiale. Pour ce faire, quelques défis devront être relevés et des solutions proposées.

Revoir la politique d'appui financier des étudiants étrangers

Sur le plan institutionnel, on a remarqué une ouverture de plus en plus grande des universités québécoises vers les pays en développement. Ainsi, grâce à des ententes interinstitutionnelles Nord-Sud, plusieurs accords de coopération existent entre ces universités et des institutions de formation des pays en développement. C'est également dans ce cadre que les universités québécoises font beaucoup d'efforts financiers qui facilitent l'intégration des étrangers dans leur nouveau contexte scolaire et la prise en charge d'une partie ou de la totalité de leurs études.

Le financement, d'origines diverses, témoigne des dispositions prises pour faciliter les conditions d'études et de séjour d'étudiants venant de pays en développement :

- 1) les bourses de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF)
- 2) l'aide qu'apporte le gouvernement québécois sous forme de bourses d'excellence et d'exemption des droits supplémentaires de scolarité
- 3) les programmes d'appui financier sous forme de bourses provenant des Fondations, de bourses d'admission et de progression

au doctorat (Université Laval, 2008) ainsi que d'emplois-campus et de programmes études-travail.

Ces sources financières sont très importantes pour la poursuite de la scolarité des étudiants étrangers. Mais plusieurs contraintes méritent d'être relevées et résolues pour une plus grande efficacité.

Le nombre de bourses disponibles est très limité et l'accès à certaines sources de financement parfois complexe. L'objectivité quant au choix des candidats est souvent douteuse lorsque la sélection des bénéficiaires se fait dans les pays d'origine. En effet, dans certains pays, les bourses d'exemption de frais de scolarité ne sont pas attribuées selon des critères d'excellence académique, mais plutôt selon des critères d'appartenance tribale ou d'accord avec le régime gouvernemental en place. Vu l'insuffisance de l'aide financière en lien avec les Programmes travail-campus ou études-travail, la réduction du temps d'apprentissage personnel des étudiants est un risque d'allongement de la durée de leurs études. Les frais de scolarité, rendus exorbitants par les droits supplémentaires qui s'ajoutent aux droits généraux applicables aux étudiants québécois, limitent aussi considérablement les opportunités de poursuite des études universitaires aux cycles supérieurs. De manière générale, les chances d'accès aux moyens financiers pour ces étudiants sont d'avance moins élevées que celles des autres étudiants au sein des mêmes programmes scolaires, ce qui constitue un handicap pour bon nombre d'étudiants issus de pays en développement.

Pour relever le défi d'accès au financement des études, il serait nécessaire de revoir toute la politique d'appui financier aux études pour les étudiants étrangers. À cause des moyens très limités de leurs pays, le montant des frais de scolarité doit être revu à la baisse, du moins pour les futurs chercheurs que constituent les étudiants de 2^e et 3^e cycles. Pour le cas particulier des bourses d'exemption, le gouvernement du Québec devrait exiger des pays bénéficiaires que la priorité soit accordée aux étudiants des cycles supérieurs et non à ceux du 1^{er} cycle, dans le souci de mieux préparer la relève et de disposer de chercheurs compétents et en nombre suffisant.

Prendre en compte les besoins des pays en développement dans les programmes de formation des universités québécoises

On constate une augmentation croissante des effectifs d'étudiants étrangers venant de pays défavorisés dans les universités québécoises. Cette augmentation est due notamment à la mise en œuvre de politiques d'ouverture sur l'international. En retour, dans le cadre des échanges Nord-Sud, on note un accroissement des stages d'étudiants

québécois dans les pays défavorisés. Suite à la création d'un nouveau Programme de stages internationaux de recherche, il est intéressant de noter que la circulation des étudiants de 2^e et 3^e cycles est devenue une question d'actualité (Fonds de la recherche en santé du Québec, 2007). Plusieurs défis existent cependant sur le plan pédagogique.

D'une part, la plupart des contenus des programmes de formation continuent d'ignorer les besoins sociosanitaires des pays en développement, les questions de mondialisation, d'inégalités en santé et même de diversité culturelle. Ces aspects méritent d'être identifiés et pris en considération dans les programmes d'études pour trois raisons :

- 1) cela facilite, pour les étudiants étrangers provenant de pays en développement, l'application des connaissances et compétences acquises dans leurs pays d'études
- 2) les échanges sont plus enrichissants pendant les cours
- 3) c'est un excellent moyen de sensibilisation des étudiants et des professeurs du Nord aux réalités du Sud. Pour une meilleure ouverture au monde, un auteur comme Breton (2003) souligne l'importance de l'internationalisation des programmes de formation et propose la création de programmes conjoints sous forme d'ententes réciproques pour renforcer ou bonifier la formation universitaire des étudiants. C'est dans cette perspective que l'Association des universités et collèges du Canada (AUCC, 2003) prône la préparation des étudiants et des professeurs canadiens à la mondialisation.

D'autre part, l'encadrement universitaire de la recherche étudiante présente des lacunes qui doivent être comblées. En effet, la plupart des étudiants étrangers de 3^e cycle ne sont pas intégrés dans des groupes de recherche qui leur auraient permis de forger une forte expérience tout en jetant les bases d'un partenariat à poursuivre, après le retour dans leurs pays. Un aspect non moins important est que la plupart de ces futurs chercheurs travaillent sur des préoccupations propres à leurs pays. Or, les directeurs de recherche, voire les membres qui composent les comités de thèse, ne maîtrisent que rarement les problématiques de recherche des pays en développement. Cette situation qui défavorise les étudiants peut être améliorée de deux façons. Premièrement, dès l'admission au doctorat et l'identification du sujet de recherche, l'étudiant chercheur doit être rattaché à une équipe qui a les mêmes intérêts de recherche que lui. Deuxièmement, les chercheurs provenant de pays étrangers doivent être impliqués dans l'encadrement de la recherche de leurs compatriotes étudiants, dans un souci de pertinence et de validité des projets de thèse.

Les universités prendront en charge les frais afférents à cet encadrement, notamment lors du déplacement des chercheurs du pays, au moment de l'examen du protocole et de la soutenance de thèse des étudiants concernés, ce qui est loin d'être évident (Ridde, 2007). Les programmes d'échanges d'étudiants, qui sont un réel succès dans les universités québécoises, doivent être renforcés dans les deux sens, aussi bien pour les étudiants québécois que pour leurs homologues étrangers. L'appui à la circulation bidirectionnelle des étudiants est d'ailleurs fortement recommandé par l'AUCC (2003). Pourquoi ne pas rendre culturellement compétentes les universités pour favoriser une adaptation bidirectionnelle plutôt que de se concentrer uniquement sur l'accueil des étudiants étrangers ? Car, comme l'indique le recteur de l'Université Laval, François Tavenas (cité dans Dontigny, 2000), les professionnels et les leaders n'accomplissent leur mission dans une société ouverte sur le monde que lorsque leur formation comporte une dimension internationale offerte dans un contexte de diversité linguistique et culturelle.

La diffusion des résultats et le partage des connaissances de la recherche

L'existence de programmes de soutien à la diffusion de résultats de recherche, dans les facultés ou avec les associations d'étudiants, est une action méritoire. Ces appuis constituent, pour les étudiants, des occasions privilégiées de participation à des rencontres scientifiques nationales et internationales. L'implication dans ces instances de partage de connaissances et de diffusion de résultats est aussi une occasion privilégiée d'établir des liens de collaboration avec des chercheurs d'autres pays qui partagent les mêmes intérêts que les étudiants. Par ailleurs, le partage de connaissances issues de la recherche favorise le travail en équipe même au-delà de la durée d'un projet commun à des chercheurs (Tsui, Chapman, Schnirer et Stewart, 2006). Compte tenu de la pertinence de cet appui financier qui ne couvre qu'une partie des frais requis pour des déplacements hors du Québec, il est souhaitable, d'une part, que les montants alloués soient revus à la hausse, d'autre part, que la contribution des directeurs de thèse soit systématisée pour faciliter les opportunités de participation aux rencontres internationales qui requièrent la mobilisation d'importantes ressources financières.

Perspectives d'emploi en santé mondiale

Aussi bien dans leurs pays d'origine que dans leurs pays d'études, les étudiants chercheurs qui ont terminé leur formation n'ont pas toujours un emploi garanti dans le domaine de la recherche en santé mondiale. Les opportunités de travail sont même très rares. Dans certains

pays en développement, le retour des étudiants chercheurs ne fait l'objet d'aucune planification, même si les études de ces derniers sont financées par leur propre pays. Ces nouveaux chercheurs doivent compter sur leurs propres relations pour s'insérer dans des équipes de recherche. Aussi, dans beaucoup de pays en développement, le financement de la recherche n'est pas une préoccupation. D'autre part, la plupart des projets de recherche qui existent dans les pays en développement sont financés par des bailleurs de fonds extérieurs, selon des objectifs et des programmes qui sont propres à leurs institutions. Or, la non-adéquation des projets aux besoins des pays bénéficiaires est un facteur d'échec de ces programmes (Watier, 2007).

Une des meilleures manières de promouvoir l'implication des futurs chercheurs en santé mondiale serait surtout de développer des partenariats internationaux sur des thématiques orientées vers les problèmes locaux de santé ou, à la limite, vers des préoccupations communes aux pays développés et en développement. Le volet « Politique intégrée de santé » du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD, 2008) est un exemple assez édifiant de la nécessité de coordination et de collaboration entre les pays africains et les pays industrialisés. Avec une politique cohérente de coopération internationale, la main-d'œuvre hautement qualifiée du Canada peut contribuer efficacement, par l'enseignement et la recherche, à la résolution des problèmes d'acuité mondiale (AUCC, 2003). Il est également indispensable que la recherche soit une activité régulière financée par des fonds propres des pays d'origine des étudiants. Malheureusement, l'écart existant entre les besoins de recherche et les moyens disponibles est de plus en plus grand. À cela s'ajoute, depuis quelques années, un exode des cerveaux des pays moins nantis vers les pays industrialisés (Clemens et Pettersson, 2008). Menken, Blanc et Lloyd (2002) ont montré qu'un nombre important de scientifiques issus de pays en développement ne travaillent pas pour leurs pays d'origine. Pour éviter une telle perte, la meilleure voie est d'encourager le retour des diplômés étrangers dans leurs pays d'origine, en facilitant leurs conditions d'accueil et d'intégration (y compris la reconnaissance des diplômes obtenus). Il serait souhaitable que le renforcement et la mise à niveau de leurs compétences soit périodiquement assurés. Le maintien des liens avec les diplômés qui retournent dans leurs pays doit aussi être encouragé par les universités du Québec à travers des équipes de recherches mixtes ou internationales.

Conclusion

La recherche en santé mondiale continue de faire l'objet de nombreux défis qu'il est urgent de relever. Dans les universités québécoises

où l'expertise en recherche est mondialement reconnue, la nécessité de mettre efficacement à contribution les étudiants étrangers provenant de pays du Sud fournit des occasions privilégiées de développer et de pratiquer la recherche notamment celle appliquée à la santé mondiale. Pour cela, il est important de reconsidérer certaines politiques en vigueur dans les universités. Parmi celles-ci, il y a le financement des études, l'adaptation des programmes de formation aux besoins des pays du Sud, le renforcement des partenariats Nord-Sud et aussi l'emploi en santé mondiale.

Références bibliographiques

- Association des universités et collèges universitaires canadiens (AUCC). (2003). *L'excellence canadienne dans le monde et pour le monde. Apport de la mondialisation de l'enseignement supérieur et de la recherche à la politique étrangère du Canada*. Accessible sur le site http://www.aucc.ca/_pdf/francais/reports/2003/foreign_%20policy_dialogue_f.pdf.
- Bettcher, D. et Lee, K. (2002). Globalisation and Public Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 8-17.
- Breton, G. (2003). De l'internationalisation à la globalisation de l'enseignement supérieur. Dans Breton, G. et Lambert, M., *Globalisation et universités : Nouvel espace, nouveaux acteurs* (p. 22-33). Paris : Éditions UNESCO/ Presses de l'Université Laval/ Economica.
- Clemens, M.A. et Pettersson, G. (2008). Human Resources for Health: New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 6(1). Accessible sur le site <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-1.pdf>.
- Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) (2004-2008). *Outils et ressources : La trousse du champion de la recherche en santé mondiale*. Accessible sur le site <http://www.ccghr.ca/default.cfm?lang=f>
- Dontigny, D. (2000). S'internationaliser ? Essentiel !, *Revue Contact*, 15(1) : 2-3.
- Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (2007). *Programmes de bourses et de subventions 2008-2009 : Programmes d'échanges internationaux*. Accessible sur le site http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/financement/programmes/programmes_2008_2009.shtml#05
- Menken, J., Blanc, A. et Lloyd, C. (2002). *Training and support of developing-country population scientists: A panel report*. New-York: Population Council.
- Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) (2008). *Stratégie sanitaire*. Accessible sur le site <http://www.nepad.org/2005/fr/documents/54.pdf>.
- Pearce, N. (2004). Globalization of epidemiology: introductory remarks, *International Journal of Epidemiology*, 33: 1127-1131.
- Ridde, V., Gagnon, E. et De Koninck, M. (2007). Scientifiques avec ou sans frontières ? *Bulletin de l'Association pour la Santé publique du Québec*, 3(29) : 5-7.

- Tsui, L., Chapman, S-A., Schnirer, L. et Stewart, S. (2006). *A handbook on knowledge sharing: Strategies and recommendations for researchers, policymakers, and service providers*. Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (CUP): Edmonton, Alberta.
- Université Laval (2008). *Bureau des bourses et de l'aide financière : Bourses d'admission*. Accessible au site <http://www.bbaf.ulaval.ca/sgc/site/bbaf/pid/6587>.
- Walker, S.H., Ouellette, V. et Ridde, V. (2006). How can PhD research contribute to the global health research agenda ? *Canadian journal of public health*, 97(2): 145-148.
- Watier, F. (2007). Recherche en santé mondiale et besoins locaux. *Découvrir international*, 28(4) : 17-18.

Une intégration réussie d'étudiantes et d'étudiants à un projet de coopération internationale en santé

Yv Bonnier Viger

Objectif de la présentation

Apporter une réflexion sur une expérience d'intégration réussie d'étudiantes et d'étudiants à la recherche, l'innovation et l'action en santé internationale.

Description du Projet d'appui à la surveillance épidémiologique (PASÉ¹)

En 1990, je revenais du Rwanda où, fraîchement diplômé en mathématiques et informatique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), j'avais aidé à mettre en place un système informatique pour le programme de lutte contre le sida à Kigali. J'étais alors inscrit à la maîtrise en mathématiques. Mon projet était de modéliser le concept d'un univers en huit dimensions (quatre réelles et quatre imaginaires, comme dans la théorie des nombres) inspiré par les travaux du physicien Claude Charron² à l'aide d'automates cellulaires (petits êtres informatiques capables de vivre et d'évoluer dans leur environnement en fonction d'un ensemble de règles simples). Mais j'étais aussi tenté par un retour à la médecine et j'ai opté pour une maîtrise en épidémiologie.

À cette époque, le *Centers for Disease Control and Prevention* avait développé les premières versions du progiciel Epi-Info³. Au Rwanda, avait germé chez moi l'idée de se servir de l'outil informatique pour établir une surveillance rapprochée de l'épidémie de sida et de ses conséquences sur l'émergence d'autres maladies. Le raisonnement était que, si on crée des phénomènes d'immunité de masse avec nos programmes de vaccination, réciproquement, une épidémie de déficit immunitaire pouvait laisser surgir des pathologies autrement contrôlées dans la population. J'ai donc suggéré, comme projet de mémoire de maîtrise, de décrire

1. <http://www.ccsid.org/pasei> et <http://www.ccsid.org/pasei2>

2. Jean E. Charron, *La connaissance de l'Univers*, Édition du Seuil, 1961.

3. <http://www.cdc.gov/EpilInfo>

un système de surveillance épidémiologique dans un pays dont le développement technologique était comparable au Rwanda de cette époque⁴. Pour des raisons de sensibilité politique, le tout a été maquillé sous le nom d'un pays fictif d'Afrique subsaharienne et toutes les données, qui étaient réelles, ont été « dénominalisées ». Ce qui a donné dans les faits un modèle théorique, générique, de surveillance.

Pierre Viens, médecin microbiologiste, était alors professeur au département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Il a accepté de diriger mon mémoire. Il était aussi directeur général du Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD⁵). Le centre a, à la même époque, obtenu de l'Agence canadienne de coopération internationale (ACDI⁶) la coordination d'un premier projet multicentrique d'appui à la lutte contre le sida en Afrique francophone. Pierre est donc venu me voir et m'a demandé si ce ne serait pas une bonne idée de valider ma théorie dans la pratique. Me voilà alors en route vers l'Afrique centrale puis de l'Ouest pour « vendre l'idée d'un projet pilote de surveillance au niveau du district » aux pays potentiellement susceptibles de participer au projet de lutte contre le sida. Le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire se sont portés volontaires. Déjà, au terme de la mission de faisabilité, nous connaissons nos partenaires : Benoît Soro, épidémiologiste en Côte d'Ivoire et Louis Hamadé Ouédraogo, épidémiologiste au Burkina Faso.

Le projet consiste alors à former en deux ans, au niveau de dix districts sanitaires du Burkina et dix de la Côte d'Ivoire, des Centres de surveillance épidémiologiques (CSÉ) qui seront capables de donner en temps utile des informations pertinentes aux Directeurs de ces districts pour qu'ils puissent adapter leurs interventions et activités en fonction de l'état de santé de la population dont ils sont responsables. Les personnes visées sont les personnes (habituellement des infirmières ou des infirmiers) en charge des statistiques et deux de leurs collègues qui serviront éventuellement de substituts. Ces personnes recevront une formation en épidémiologie et en informatique pour les habiliter à faire le travail qui leur sera demandé. Quatre séminaires de trois semaines, entrecoupés de quatre mois de support sur le terrain sont prévus sur une période de deux ans. La formation, suivie d'un essai, sera accréditée comme un certificat de premier cycle en surveillance épidémiologique par l'Université Laval.

4. Yv Bonnier Viger, *Utilisation d'un logiciel pour la saisie et l'analyse de données épidémiologiques dans le contexte de l'Afrique sub-saharienne*. Mémoire de maîtrise sous la direction de Pierre Viens, Université Laval, 1991.

5. www.ccisd.org

6. <http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/acdicida.nsf/Fr/Accueil>

Rôle des étudiants dans le PASÉ

De retour au Québec, je rencontre Fadel Khan, médecin sénégalais et Joseph Catrayé, médecin béninois. Tous les deux terminent leur maîtrise en épidémiologie à Laval. Ensemble, nous mettrons en forme ce projet. Il faut alors penser à l'intégration de notions épidémiologiques de façon progressive tout en couplant cela à l'apprentissage de l'informatique. La démarche peut faire penser aux techniques d'alphabétisation de Paulo Freire⁷. Pour la production du matériel pédagogique de base, Colette Gaulin et d'autres collègues de la maîtrise en épidémiologie ou en santé communautaire nous donneront un coup de main. En juillet 1991, nous sommes prêts à commencer au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.

On aime bien me présenter comme le père du PASÉ. Pierre Viens aime bien ajouter, par-dessus mon épaule, qu'il en est la mère. C'est juste en effet, parce que le père conçoit et la mère met au monde et les deux nourrissent et protègent l'enfant ensuite. Fadel Kane et Benoît Soro d'une part et Joseph Katrayé et Louis Hamadé d'autre part sont respectivement responsables de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso pour ce qui est du suivi sur le terrain mais ils participent tous les quatre aux séminaires dans les deux pays.

L'enthousiasme est grand à la fin de la première année. D'autres partenaires s'intéressent au projet et, en août 92, je mène avec Joseph une mission de faisabilité au Mali et au Niger. Le projet démarrera quelques mois plus tard dans ces deux pays. Il est en cours maintenant dans six pays et supporte deux cents CSÉ.

En parallèle, des réflexions se poursuivent sur la pérennité du projet. Mes collègues africains forment une compagnie de consultants, le Bureau d'appui en santé publique (BASP⁸). Une diversification des sources de revenus est aussi entreprise systématiquement auprès tant des autorités nationales que des bailleurs multi et bilatéraux. Le projet couvre maintenant six pays, supporte environ deux cents CSÉ et, depuis septembre 1992, est géré sur place par l'équipe des collègues africains.

Rôle des étudiants dans les projets de développement

Je pense que cette étude de cas illustre bien ce qui se passe souvent dans plusieurs projets de recherche et d'innovation. La fraîcheur de pensée des étudiantes et étudiants permet de voir sous un angle nouveau

7. http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-url_id=11819&url_do=do_topic&url_section=201.html et http://fr.wikipedia.org/wiki/Paulo_Freire.

8. www.basp96.org

des défis posés depuis longtemps et non résolus avec satisfaction. La recherche dans le domaine de la santé internationale n'y échappe pas. Il me semble donc important que les équipes de recherche associent continuellement à leurs projets des ressources provenant de divers horizons, et ce, à divers niveaux de développement de leur expérience professionnelle.

Conclusion

L'intégration de l'énergie étudiante dans la recherche, l'innovation et l'action en santé internationale est essentielle à son développement. L'exemple du PASÉ n'en est qu'un parmi bien d'autres. L'expérience du PASÉ révèle aussi que l'implication, dès la conception d'un projet, des étudiantes et étudiants ressortissants des régions ciblées, s'avère une des conditions de pérennité du projet.

Approches universalistes de participation et leur utilisation dans les programmes de coopération internationale en santé : du guide méthodologique aux rapports terrain

Hélène Laperrière et Ricardo Zúñiga

Nous analysons des approches participatives et de partenariat dans le développement sanitaire des pays dits « en voie de développement ». Notre but est de montrer, à partir des expériences de recherche terrain, le cheminement des projets de développement international dans la gestion des évaluations requises pour leur financement, encadrement et reddition des comptes, et ceci, du point de vue des expériences des intervenants et des agents sur le terrain, dans le domaine de la formation à l'évaluation communautaire.

Ce compte rendu n'est pas un « rapport de recherche », mais plutôt le résultat d'une pratique réflexive. Le but est de présenter la transformation d'une intention civilisatrice qui mène à un investissement politique des ressources et à la vérification de ses résultats. Les projets de coopération internationale en santé sont souvent formulés en termes soigneusement dépolitisés dans les sphères qui sont précisément à l'origine des décisions politiques d'investissement des ressources et de sélection des projets. Le projet devient programmatique, et les gestionnaires prennent la responsabilité de transformer l'idée en une action transformatrice sanitaire prévisible. La première ligne de cette transformation (intervenants et acteurs terrain) devient l'agent de transformation directe, qui doit faire la médiation entre le « devoir être » du projet et « la vraie vie » de son insertion. Dans le processus, nous observons l'insertion des évaluateurs, plus ou moins proches des « chercheurs » (s'il s'agit d'une recherche évaluative) ou des « gestionnaires » (s'il s'agit d'une évaluation commandée), et les messages qu'ils passent selon les cadres de référence qu'ils privilégient : contrôle et soutien international.

Nous côtoyons les ambiguïtés de la conception de l'évaluateur, que Scriven (2004) a soulignées à tant de reprises, à l'accueil si froid. Un évaluateur, dit-il, est quelqu'un qui est compétent à évaluer, et sa compétence s'exprime d'abord dans sa capacité à évaluer pourquoi on veut faire une évaluation et qu'est-ce qu'on attend d'elle — et donc, de lui. Le fait de parler d'évaluation et de recherche est, en effet, ambigu. Il y a la

recherche de développement et d'amélioration technique, qui est le résultat de l'expérience de tout évaluateur réfléchi. Il y a, aussi, la recherche de ce que nous pourrions appeler « le bien-fondé », qui peut aller loin dans le questionnement — (voir Cronbach, il y a déjà vingt-huit ans, en 1980).

Une revue initiale des sites Internet de quelques agences d'aide internationale (UNDP¹, 1997; 2001; 2004; 2005a, 2005b; 2007; UNAIDS², 1998; 2005) montre une invitation à situer les secteurs locaux dans des contextes sociétaux et théoriques plus larges servant de points de référence universels. Voici deux exemples de la normativité épistémologique prônée par ces agences :

Building on its acknowledged role as an honest broker, facilitator and topnotch advisor with the knowledge base and expertise anchored on a human development philosophy and commitment to human rights principles, UNDP should be able to play its comparative strengths vis-à-vis other players in DGD [Decentralised governance for development]. Its strategic niche lies in i) creating the enabling environment and institutional framework at national and sub-national levels through participatory approaches; ii) developing capacities of local democratic institutions and the national agencies tasked with supporting them; iii) strengthening citizen participation and community empowerment; iv) facilitating partnerships; and v) experimenting with innovative approaches to DGD. (UNDP, 2004, p. 2).

The key objective is to promote a more coherent implementation of HIV/AIDS responses across a range of programmatic and operational areas that include national development plans, poverty reduction strategies, UN Country Team action and decentralised planning processes. A Response Implementation Framework (RIF) is proposed for this purpose (UNDP, 2005a, p. 3).

La prétention d'universalité du contenu des ateliers de capacitation en intégration du VIH/SIDA, dans les secteurs et programmes proposés par l'ONUSIDA à la XVI^e Conférence internationale sur le sida (Toronto 2006), est à l'origine de plusieurs questionnements en lien avec des expériences de pratiques et recherches au Brésil (Laperrière, 2004; Laperrière, 2007; Laperrière, sous presse) et au Chili (Zúñiga, 1975). Quels postulats épistémologiques peuvent être dégagés des programmes de coopération internationale en santé ? Quelles préoccupations concernant

1. United Nations Development Programme.

2. United Nations Joint Programme on HIV and AIDS.

la constitution des acteurs sociaux dans un cadre politique expriment-ils ? Quels sont ces acteurs et quelles sont les relations entre eux ; ceux que la coopération est présumée permettre ou promouvoir ? Comment visualisons-nous les relations entre les acteurs dans une perspective plus réaliste de participation internationale ?

Nous observons trois moments dans le processus d'implantation d'une recherche en santé mondiale : (a) un discours scientifique universel qui s'impose aux conditions et savoirs locaux ; (b) une période de confrontation à la réalité du terrain et de négociation silencieuse et (c) le développement d'un discours de compromis entre une acceptation scientifique de la valeur des approches qualitatives et participatives, incluant savoirs locaux et le politique, et l'occultation de la réticence des bailleurs de fonds à accepter une évaluation qui dépasserait les indicateurs quantitatifs reliés au contrôle et à la planification financière.

Un tel discours collectif de convergence apparente cache une instrumentation de l'évaluation limitant sa contribution potentielle à une compréhension des actions sociosanitaires que la recherche étudie.

La confrontation entre les lignes directrices d'un programme et l'expérience sur le terrain : les relations verticales et les intentions participatives

La problématisation est ici « d'étudier une problématique dans un double souci de rendre compte de la diversité de ses dimensions et de la généralité de ses enjeux » (Fassin, 2006). Nous constatons que les buts suggérés pour les programmes d'évaluation de l'aide internationale sont universels, relativement décontextualisés et exprimés selon des points de vue d'ordre mondial. Le caractère suggestif de leurs documents de formation ne laisse aucun doute sur leur normativité épistémologique. De plus, la teneur de leurs affirmations dans les buts visés est absolument claire. En termes définitionnels, le global et l'universel de leur discours invitent à une conception qui transcende les régions et les pays, tout autant que les domaines d'action, tels la santé et les approches spécifiques, ou encore les contributions de la participation et du qualitatif. Ces agences (PNUD, UNAIDS) proposent des guides pour l'élaboration des recherches évaluatives qui montrent la perspective méthodologique de partenariat et de participation qu'elles considèrent la plus appropriée et qui peut promouvoir le plus grand dialogue au-delà des frontières, des problèmes et des actions.

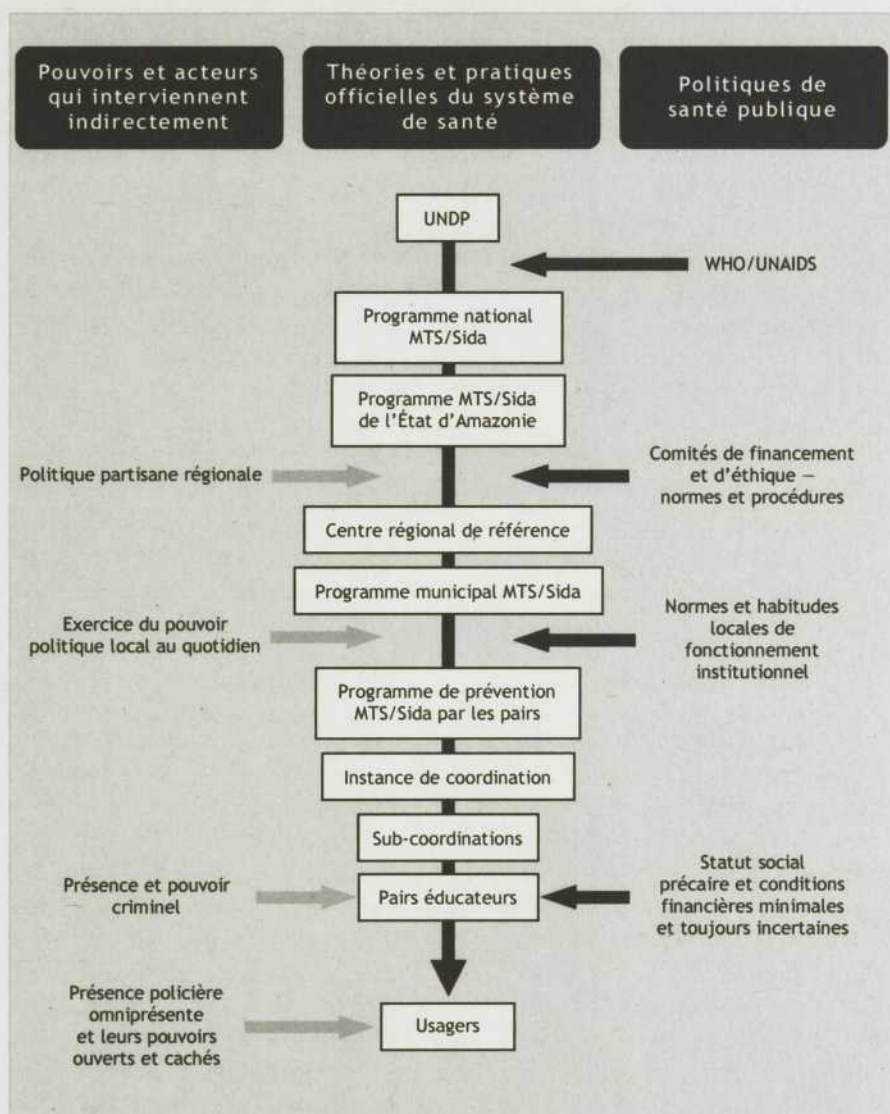
L'approche par partenariat face à l'évaluation des programmes d'aide dans les pays dits en voie de développement confronte l'expérience terrain avec ses vitalités conflictuelles dans un projet à la fois envisagé

et exprimé comme une contribution internationale. Les agences d'aide proposant cette orientation participative avec la communauté locale doivent avouer ouvertement qu'il existe une variété de participants directs et indirects. Les actions communautaires soi-disant participatives confrontent encore « qui » sont tous les acteurs qui participent à un projet – et qui, parmi eux, sont ceux qui ont le plus à dire dans la forme « exportable » de la production intellectuelle du projet. L'intermédiaire entre les agences et cette communauté, en tant qu'évaluateur ou chercheur, doit représenter les actions de l'agence sur le terrain et produire un discours cohérent avec le programme formel et dans une forme « exportable ». Toutefois, les différents participants locaux sont aussi représentants de leurs actions et devraient également avoir la possibilité de produire un discours sur leurs actes.

Dans un système complexe, chacun est présent dans les activités de l'autre. Nous pourrions dire que les projets d'aide internationale peuvent être compris comme une hiérarchie, un alignement vertical. La caractéristique des projets internationaux est représentée par une ligne verticale entre les coupoles internationales (figure 1), plus impliquées dans l'acceptation et le financement du projet, et les bases locales, qui établissent le contact direct avec la population bénéficiaire officielle du projet (Laperrière et Zúñiga, 2006). Au sommet, les sources internationales de financement sont tenues responsables par les niveaux supérieurs de supervision gouvernementale (p. ex. Conseil du Trésor); à la base, le projet financé tente de se mouler aux réalités locales dans un guide déjà approuvé comme idée maîtresse d'action. Le sommet est foncièrement relié à l'évaluation sommative finale, tandis que la base communautaire prône des formes d'évaluations quotidiennes, qualitatives et formatives. À cela, il faut ajouter les influences des réseaux politiques formels ou informels qui n'obéissent pas nécessairement aux logiques du réseau de santé officiel (Laperrière et Zúñiga, 2006).

Cette analogie de la verticalité est plus qu'une analyse organisationnelle des structures du pouvoir. Elle est, aussi, une compréhension des *déterminants externes* dans la production des connaissances, une sociologie « externaliste » des sciences (Campbell, 1989). Nous croyons qu'elle est une stratégie nécessaire pour visualiser les *déterminants internes* du discours scientifique. Cette stratégie tente de déconstruire le discours résultant dans son dynamisme épistémologique, allant au-delà d'une simple dénonciation des contradictions éthiques et des compromis d'intérêts personnels du chercheur. Nous voyons un discours scientifique comme un mouvement vers des généralisations, soit l'abstraction et le placement des faits dans des contextes théoriques pouvant être significatifs pour une audience universelle. Ce mouvement succombe aux

Figure 1 Les relations verticales formelles et informelles présentes dans un programme de prévention MTS/Sida : de l'universel international au local



Source : traduction française de Laperrière et Zúñiga (2006).

pressions exercées par les attentes des bailleurs de fonds afin que le discours scientifique soit libéré des conditions locales, de ses enracinements dans des expériences concrètes limitant ainsi la portée de sa communicabilité mondiale.

Il y a un long chemin du « projet » à l'action terrain devant offrir aide et compréhension. Le projet aura pour objectif de générer des activités concrètes qui devront prendre en considération toute la complexité des situations propres au terrain. Fondés essentiellement sur nos expériences empiriques dans l'État d'Amazonas au Brésil (Laperrière, 2006; 2007), nous relevons trois moments dans ce processus. Le premier moment est celui dans lequel le discours scientifique guide une logique descendante projetant des conceptions abstraites de compréhension vers un savoir local et « contextualisé ». Le deuxième moment est une période de silence qui caractérise une tentative d'accommodation des deux mondes : c'est l'interlocution internationale, accompagnée de son discours « importable » d'approche participative, bien soigné pour montrer son ouverture réciproque, sa flexibilité et sa compréhension du local. Il se confronte toutefois aux contraintes, aux complexités et même aux richesses de la réalité du terrain. Le troisième moment est la tâche inconfortable de se déraciner du local pour atteindre un discours universel à la communication scientifique, où les faits deviennent d'exportables arguments et preuves.

Le premier moment : le délestage de la verticalité

Il existe un clivage entre la recherche et l'action, de même qu'entre le chercheur et les acteurs du terrain. Une première tension vient du fait que les participants du terrain n'écrivent pas la proposition et que le chercheur ne peut être un acteur de première ligne. Le chercheur doit produire un discours visant une diffusion maximale; les acteurs du terrain, eux, rejettent la transformation de leur vie dans des mots étrangers et des généralisations qui occultent la particularité de leur situation. Le sommet offre la vision qui définit les tâches et guide leur exécution, et doit ainsi faire en sorte que ces éléments soient également compris et acceptés par les personnes chargées de les mettre en œuvre. L'exécution doit être réalisée de manière que la procédure préétablie soit validée par les résultats du terrain. Toutefois, le projet n'est qu'une spéculation sans enracinement dans la réalité qu'il est supposé décrire, avant que l'hypothèse n'ait été validée par l'observation et l'expérimentation (Mendel, 1998).

La première construction intellectuelle à être déjouée s'avère donc l'idéal d'une participation égalitaire, d'une réciprocité si symétrique qu'elle serait l'expression de tous les niveaux de la réalité. Il est difficile

d'envisager les chercheurs comme des lecteurs objectifs d'une réalité qu'ils tentent de transformer, de fait ils proposent une lecture qui va au-delà de la compétence des participants locaux. Les experts en santé publique internationale arguent qu'il n'est pas possible pour ces multiples participants locaux de comprendre les faits importants dans un délai restreint. Par exemple, les autorités brésiliennes ont demandé que nous retirions du rapport d'évaluation la mention d'une inondation sur notre lieu de recherche, puisque cette réalité était considérée comme un détail anecdotique au regard des résultats du programme. La décision conséquente fut de couper les finances des activités terrain, parce qu'en chaudière nous réalisions moins de visites prévues qu'en « jeep ». Latour (1999) explique que la réalité est alors la propriété commune de plusieurs entités associées à une structure hiérarchique. C'est la base dans laquelle Mendel (1998) distingue la représentation de l'acte de ce qui le précède, l'accompagne et le poursuit dans un discours idéalisé de l'action prévue.

Le deuxième moment : le silence produit par les attentes formelles de rigueur

Le silence peut être un effet non désirable de la structure normative et formelle de la recherche ainsi que de la subtile forme d'imposition de savoir-faire suggérée par les modèles scientifiques occidentaux. L'aventure vers l'inconnu (Mendel, 1998) et le risque de résultats non planifiés dans la recherche sont généralement exclus des termes théoriques. Les documents méthodiques ou « tool-kits » offrent de l'assurance à ceux qui tentent de les suivre : l'échec est alors entendu comme celui d'avoir « mal fait les choses » dans son application plutôt que « d'avoir tenté les choses erronées » proposées par la « méthode de savoir-faire proposée ». La réalité du terrain est toutefois une excursion dans le monde de l'incertitude et une bataille pour imposer une signification en forçant une action sur une situation qui lui résiste. Latour (1999) dirait qu'un point technique est alors nécessaire, ce qui signifie que nous devons « dévier » pour un moment de notre tâche programmée. Malheureusement, ce point technique (dévier de l'action prévue) demeure une phase invisible dans la séquence des actions annoncées dans le discours officiel. Les Grecs distinguaient le cheminement rectiligne de la raison et de la connaissance scientifique, l'*épistème*, du chemin tortueux et retors du savoir-faire technique, la *mètis* (Détienne et Vernant, 1974). Comme le suggère Mendel (1998), en lien avec ce retors du savoir-faire technique, la réalité avec toute son imprévisibilité suppose une « chaîne de causalités successives sur le déroulement de laquelle il n'aura désormais prise que très partiellement ». On construit un projet, on programme une réalisation, on prend la décision de commencer. Cela représente la dimension de l'action. Puis, essayant de maintenir le cap du projet d'action, on rencontre l'acte et son

risque. On décide d'une action, et c'est à l'acte qu'on a affaire. (Mendel, 1998)

Dans une expérience de recherche sur l'évaluation en contexte d'imprévisibilité (Laperrière, 2004; Laperrière, 2007), la situation d'évaluation était traversée par des dangers sociopolitiques, qui affectent les relations sociales parmi les acteurs du sanitaire, de la police, du gouvernement légal, de la culture (éducateurs et clergé) et de la criminalité. Du fait de la proximité des frontières, la région avait des problèmes reliés aux narcotrafiquants, au passage fluide des clandestins et à des batailles pour la récupération des terres, avec ses conséquences violentes. Ainsi, une réalité de ce genre implique que les activités de recherche délimitent explicitement le type d'information souhaité pour l'évaluation sociosanitaire et exclut l'information devant être évitée, comme celle qui oppose les acteurs locaux dans des relations tacites, tenues silencieuses par des méthodes souvent violentes. Dans ce contexte de violence, la recherche et l'évaluation doivent analyser la confidentialité des informations pouvant être générées sur des sphères qui ne la concernent pas et éviter les accusations d'avoir transmis des informations non autorisées.

Ainsi, l'exécution en actes impose un détour avant d'arriver aux résultats déterminés par les objectifs préétablis des « tool-kits » offerts par les modèles d'aide internationale des sphères supérieures. Il n'y a aucun désir d'apprendre de ce détour. Il doit y avoir plutôt la confirmation de la sagesse des projets proposés : « Vous voyez, les événements seraient arrivés de la manière que nous avons dite si seulement vous aviez suivi les instructions correctement. » Dans ce point de vue, rien ne peut être appris de la pratique autre que la docilité des travailleurs du terrain selon les termes prévus dans le contrat avec les niveaux supérieurs et le projet planifié par eux.

Cette période soulève plusieurs questions : Que devons-nous dire aux niveaux supérieurs à propos des expériences réellement vécues sur le terrain ? Devons-nous cacher dans le rapport d'évaluation les divergences et les contradictions avec les plans préétablis du projet, les déviations en comparaison de l'idée initiale dans la marée des résultats ? Que devons-nous transmettre lors des rencontres internationales, alors que l'on espère de nous une confirmation des théories ou des modifications théoriques, loin des données de l'action terrain - locale, anecdotique, contradictoire ? Devons-nous dévoiler que les actions n'ont pas été telles que planifiées ? Est-ce que notre audience comprendra un appel à modifier leurs croyances ou leurs paradigmes, ou vont-ils demeurer avec la conception que nous tentons de justifier nos incapacités ? Pouvons-nous faire une carrière de recherche basée sur les compréhensions de nos

« échecs » ? Le dilemme : l'honnêteté et le réalisme ou bien la ruse et le fantasme. Heureusement, il apparaît une troisième voie quasi salvatrice.

Le troisième moment : la production douloureuse d'un « discours ascensionnel », laissant de côté le contexte pour s'adresser à une audience de manière désocialisée, dépolitisée et universellement exportable

C'est dans ce contexte que le quantitatif a essayé d'enrichir la « première ligne » avec des indicateurs et des mesures pouvant être facilement envoyés aux niveaux supérieurs par leur degré de généralisation (voir l'auteur de la « quantophrénie », Sorokin, 1956). La généralisation dit justement : oublie les idiosyncrasies, les singularités ou, mieux encore, digères-les, incorpores-les à des généralisations de niveau inférieur, elles fusionneront avec les généralisations de niveau moyen, et ensuite de niveau supérieur, qui seront celles dont on a besoin pour alimenter l'appareil décisionnel. C'est ainsi que le chercheur se demande quelles parties du discours il peut exprimer ouvertement en action transparente et socialement explicite. Entre l'intervention à porte fermée et celle à porte ouverte, entre l'arbre et l'écorce, le chercheur en santé internationale doit créer non seulement un style d'être, mais également littéraire qui soit symbolique, entre les lignes, polymorphe, insaisissable pour les uns (ceux qui ne doivent pas savoir) et décodable pour les autres (ceux à qui s'en vont les résultats du projet).

En tant que « travailleurs du concept », expression d'Althusser citée par Mendel (1998), nous pouvons rêver, penser, critiquer, mais nous devons accepter qu'en le faisant, nous nous plaçons nous-mêmes à distance autant de la prise de décision que de la « réalité de la première ligne » d'un projet sociosanitaire. Cette réflexion est une invitation au fondement d'honnêteté intellectuelle et de solidarité avec la communauté de Rorty (1990). Fals-Borda (1980) est plus radical avec ses considérations méthodologiques d'authenticité et ses compromis sociopolitiques dans la recherche-action participative. N'est-ce pas que l'approximation « physique » aux niveaux politiques de la réalité sociale martèle l'expression des pensées critiques, qui tentent de traduire la concrétion brutale des réalités sociales qui ont soif d'un portrait réaliste nécessaire pour la validation de théories universelles ? La tâche de la construction des généralisations à partir des actions locales ne peut éviter une triste réalité énoncée par Latour (2001) : « le savoir spécialisé doit remplacer celui de la pauvre foule ignorante », le savoir de la démonstration étant absolument différent des « tours de mains et des bricolages des gens ordinaires ».

Les différents acteurs et agents situés aux « niveaux subalternes » de l'évaluation comme les répondants locaux (par exemple, les intervenants et les professionnels de la santé impliqués dans le projet sur le terrain, les usagers, les groupes collectifs spécifiques, les gestionnaires) sont bien plus astucieux. Ils ont appris depuis longtemps que l'insaisissabilité et la duplicité sont bien plus efficaces, et capables de vaincre le pouvoir des évaluateurs « externes ». De plus, ils ont déjà déconstruit les pièges des chercheurs et défendent leurs projets locaux en promouvant ce que les chercheurs et les acteurs subventionnaires des niveaux supérieurs et internationaux désirent voir et entendre. Grigory Potemkin savait très bien ce que son impératrice Catherine de Russie souhaitait voir et ce qu'il pouvait lui offrir pour renforcer les idées qu'elle maintenait, quand la réalité était cependant impossible à transformer.

Le fait de conduire des recherches ou des évaluations dans un environnement donné présuppose que l'évaluateur soit conscient du contexte d'organisation sociale et politique dans lequel les participants sont immergés. Nous ne pouvons analyser les réponses d'un groupe de discussion sans porter attention aux contextes politiques dans lesquels ce groupe de communication prend place. Par exemple, il y avait des meurtres connus d'étrangers en Amazonie brésilienne, à proximité des zones de recherche de la coopération canadienne (voir, par exemple, Acrítica, 2005a ; 2005b). Ces incidents sont seulement mentionnés (si mentionnés) en notes de bas de page dans les rapports d'évaluation parce qu'ils sont considérés comme anecdotiques et sans signification universelle.

Le danger est qu'une indifférence cynique est un terrain fertile pour un rejet rapide. L'histoire de l'Amérique latine est remplie de moments d'éveil critique. Là où la recherche mondiale s'est limitée à reprocher aux chercheurs une logique de servilité politique, l'Amérique latine, qui possédait une vibrante tradition critique, a tenté de déconstruire les visées universalistes. Du projet Camelot aux sciences politiques contemporaines, l'universalité ne pouvait être considérée qu'en risquant les coûts d'une vulnérabilité aux pensées critiques et, enfin, à son propre manque de signifiante sociale (Horowitz, 1974). Déjà en 1971, un des principaux scientifiques des sciences sociales de Mexico, et sous-directeur de l'UNESCO, dénonçait l'impossibilité d'une « science sans valeur ». Les recherches en sciences sociales reflètent les formes dominantes d'organisation sociale de leur lieu d'origine : « La relation historique entre le colonialisme et l'impérialisme comme systèmes internationaux de domination et d'exploitation, d'un côté, et, d'un autre, l'utilisation de la science sociale dans l'administration de cet empire sont passées inaperçues et ont été ignorées » (Stavenhagen, 1971, traduction libre de l'espagnol). Un phénomène dénoncé également par Casanova (2002) qui soutient, dans

sa sociologie de l'exploitation en Amérique latine, que les problèmes soulevés par les actions de coopération internationale trouvent leur solution dans la minimisation des conflits idéologiques entre pays en réduisant les études à des formes descriptives et morphologiques, comme c'est le cas selon lui d'une bonne partie des travaux internationaux des Nations Unies. Dans l'analyse de son expérience en tant que sociologue au Chili durant les années de l'Unité Populaire, Zúñiga (1975) a bien expliqué la manière dont les procédures scientifiques impliquent des choix concrets qui demeurent inséparables des considérations politiques.

La tâche de reformuler le modèle participatif

Mais alors quel type de discours permettrait une voix fidèle à l'expérience et ancrée dans les contextes concrets qui lui donnerait son plein sens ? Pour cela, il faudrait que les évaluateurs eux-mêmes passent par ce processus de création d'un discours qui donne une voix fidèle à leurs expériences ancrées dans les contextes sociaux et politiques qui sont les leurs. Sinon, le silence peut-il engendrer le discours qui doit contre-carrer l'évaluation qui se limite à valoriser la généralisation et l'abstraction décontextualisée ? Cette dynamique ne peut que valoriser l'éloignement du concret, du singulier, du local – du qualitatif et du participatif. Le discours qui valorise une recherche est celui qui peut se dégager des conditions locales, des ancrages propres à une expérience concrète, vécue seulement par les acteurs locaux. Cependant, si l'évaluateur et le chercheur craignent eux-mêmes de s'exprimer ouvertement sur leur propre relation avec le pouvoir institutionnel dont ils dépendent, comment pourront-ils transmettre le courage aux participants de s'exprimer eux-mêmes ouvertement, même dans une évaluation de type participatif ? Et si ce n'est pas exprimable socialement et ouvertement, alors ne faudrait-il pas enseigner les stratégies et les ruses de se taire aux bons moments et de déposter les occasions de se dévoiler ?

Conclusion : un résumé

En bref, nous voyons trois moments dans le processus d'implantation d'une recherche en santé mondiale :

- 1) Le discours abstrait est proposé comme orientation et comme plan.
- 2) Une période de négociation, habituellement tacite, est nécessaire entre le discours et les conditions locales.
- 3) La diffusion universelle des résultats scientifiques nécessite une production négociée dans un discours consensuel.

a) Le moment du discours scientifique universel qui s'impose aux conditions et savoirs locaux

Les projets acceptables sont balisés par une logique globale qui propose un cadre des possibilités concrètes fondé sur une analyse dont la base est une connaissance scientifique acceptée comme probante. La production des propositions locales est formulée de manière à être évaluée dans les termes et les attentes du cadre du programme.

b) Une période de confrontation à la réalité du terrain et de négociation silencieuse

La proposition d'un projet local cherche à répondre aux exigences formelles non négociables tout en sauvegardant les intérêts réels de ceux qui proposent le plan. Une fois le projet formel approuvé, les deux parties négocient pour assurer un respect formel des normes et des balises du projet local – tout en lui octroyant une marge de manœuvre pour une adaptation qui le rende localement faisable.

c) Le troisième moment : le discours de compromis

Le développement d'un discours de compromis souligne une acceptation scientifique selon les paramètres du programme universel, mais incorpore partiellement le processus concret de mise en œuvre et la valeur des approches qualitatives et participatives incluant savoirs locaux et le politique. Ce moment occulte la réticence des bailleurs de fonds d'accepter une évaluation qui dépasserait les indicateurs quantitatifs reliés au contrôle et à la planification financière; des responsables locaux d'accepter l'évaluation et la recherche exigée comme expression de la totalité des impacts qui les orienteront pour le futur.

Références bibliographiques

- A crítica*. (2005a). Morte de missionária é apurada. Edição Nº 1179, 13 de Fevereiro 2005.
- A crítica*. (2005b). EUA podem enviar agentes para ajudar na investigação da morte. Edição Nº 1363, 15 de Agosto 2005.
- Campbell, D.T. (1989). Science's Social system of Validity-Enhancing collective Belief Change and the Problems of the Social Sciences. In E.S. Overman (Ed.), *Methodology and epistemology for social science*. Chicago, The University of Chicago Press, p. 504-523.
- Casanova, P.G. (2002). Os conflitos ideológicos e a cooperação em ciência sociais, *Exploração, colonialismo e luta pela democracia na América Latina*. Petropolis, Vozes, p. 265-290.

- Cronbach, L. (1980). *Toward reform of program evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Detienne, M. et Vernant, J.P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*. Paris, Flammarion.
- Fals-Borda, O. (1992). La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones. Dans M.C. Salazar (Ed.), *La Investigación-Acción Participativa. Inicios y desarrollos*. Buenos Aires, Humanitas, p. 63-84.
- Fassin, D. (2006). *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris, La Découverte.
- Horowitz, I.L. (1974). *The Rise and Fall of Project Camelot. Studies in the Relationship Between Social Science and Practical Politics*. Cambridge, The MIT Press.
- Laperrière, H. (2004). *L'évaluation de l'action préventive en contexte d'imprévisibilité. Les enjeux d'un projet de prévention des MTS/VIH/Sida par les pairs, Amazonas, Brésil*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal, UdeM.
- Laperrière, H. (2007). Evaluating in political turmoil: nursing challenges in prevention programs. *Nursing Inquiry*, 14(1), 42-50.
- Laperrière, H. (sous presse). Evaluation of STD/HIV/AIDS peer-education and dangerousness: a local perspective. *Ciência e saúde coletiva*. Available free at: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=912.
- Laperrière, H. et Zúñiga, R. (2006). Sociopolitical Determinants of an AIDS Prevention Program: Multiple Actors and Vertical Relationships of Control and Influence. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(2), 125-135.
- Laperrière, H. et Zúñiga, R. (soumis). Universalistic participatory approaches and their use in health aids programs: from guidelines to field reports. *DA-DOS. Revista de Ciências sociais*.
- Latour, B. (1999). *Pandora's Hope. Essays on the reality of science studies*. Cambridge, Harvard University Press.
- Latour, B. (2001). *L'espoir de Pandore*. Paris, La Découverte.
- Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'acte-pouvoir*. Paris, La Découverte.
- Rorty, R. (1990). *Science et solidarité. La vérité sans le pouvoir*. Cahors, L'Éclat.
- Scriven, M. (2004). Reflections. In M.C. Alkin (Ed.), *Evaluation Roots*. Thousand Oaks, Sage, p. 183-185.
- Sorokin, P.A. (1956). *Fads and foibles in modern sociology and related sciences*. Chicago, Regnery.
- Stavenhagen, R. (1971). Cómo descolonizar las ciencias sociales. Dans M.C. Salazar (Ed.), *La Investigación-Acción Participativa. Inicios y desarrollos*. Buenos Aires, Humanitas, p. 37-64.
- United Nations Development Programme (UNDP). (1997). *Who are the question-makers? A participatory evaluation handbook*. New York, Office of Evaluation and Strategic Planning. [13-02-2007]. Disponible à : www.undp.org/eo/documents/who.htm.

- United Nations Development Programme (UNDP). (2001). *Managing for results: Monitoring and evaluation in UNDP. A results-Oriented framework*, [13-02-2007]. Disponible à : <http://stone.undp.org/undpweb/eo/evalnet/docstore3/yellowbook/documents/FrameWORKfinal.pdf>.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2004). *Decentralised governance for development: a combined practice note on decentralisation, local governance and urban/rural development*, [12-02-2007]. Disponible à : www.undp.org/policy/docs/practicenotes/dgdpnitra.doc.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2005a). *National Development Planning and Implementation: Strategy Note and Guide*. HIV/AIDS group, [11-12-2006]. Disponible à : <http://www.undp.org/hiv/focus02.htm>.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2005b). *"Three Ones" Key Principles - Coordination of National Responses to HIV/AIDS: Guiding principles for national authorities and their partners*, [11-12-2006]. Disponible à : <http://www.undp.org/hiv/focus02.htm>.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2007). *Canada and UNDP. Overview*, [13-02-2007]. Disponible à : <http://www.undp.org/canada/overview>.
- United Nations Joint Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). (1998). *Guia para o processo de planejamento estratégico para uma resposta nacional ao HIV-Aids*. Programa conjunto das Nações Unidas para HIV-AIDS. Genebra, UNAIDS.
- United Nations Joint Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). (2005). *Mainstreaming HIV and AIDS in sectors & programmes. An Implementation Guide for National responses*. UNAIDS/World Bank/PNUD. [11-12-2006]. Disponible à : <http://www.undp.org/hiv/hiv-humdev.htm>
- Zúñiga, R. (1975). The experimenting society and radical social reform. The role of the social scientist in Chile's Unidad Popular experience. *American Psychologist*, February, 99-115.

L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine

José Carlos Suárez

Introduction

Nous sommes actuellement dans une période de changements significatifs dans le panorama international qui n'est pas sans liens avec le discours et la pratique de la santé publique contemporaine (Kickbusch et de Leeuw, 1999). On s'attend maintenant à une reconduction des infrastructures de recherche et d'action d'une santé publique en cours de renouvellement capable de faire face aux enjeux nés de la mondialisation, tels que l'émergence des technologies de l'information et de la communication (TICs), les mouvements migratoires transnationaux ou l'apparition de nouvelles sources de risques au-delà des frontières nationales (McMichael et Beaglehole, 2000).

À cet égard, plusieurs auteurs soulignent qu'un grand nombre de processus généraux concernant la mondialisation sont influencés par certaines dynamiques sociales spécifiques au niveau local, ayant lieu dans des espaces déterminés comme les milieux urbains (Olesen, 2005; Sassen, 2003, 2004). Ainsi, les chercheurs en santé publique doivent être particulièrement réceptifs à la relation entre les transactions locales des acteurs sociaux et le formatage des politiques publiques de santé au plan international (Kickbusch, 2000).

Ceci nous montre clairement l'importance de la mise en place d'un agenda transnational dans le champ complexe de la santé publique contemporaine axé sur les recherches comparatives (Yach et Bettcher, 1998a, 1998b). Ces approches prennent en considération la contribution des contextes locaux au formatage des pratiques sociales faisant partie, à leur tour, d'un mouvement sociopolitique plus large au niveau global (Hantrais, 1999). Mais cette dualité des perspectives analytiques inhérentes aux recherches comparatives n'est pas exempte de difficultés et de problèmes d'ordre organisationnel, épistémologique et éthique que nous devons prendre en considération.

À mon sens, le développement des réseaux transnationaux de recherche comparative permettrait l'alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale des pratiques sociales. Ces réseaux pourraient assurer une documentation continue sur ces pratiques qui serait accessible sur le plan international grâce à l'émergence des TICs. Afin de faciliter la mise en place de ces réseaux, je propose les *communautés épistémiques* (Adler et Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller et Fox, 2001) capables de créer un espace participatif de production sociale de connaissances à long terme qui permettra aux différents groupes d'acteurs locaux concernés d'interagir mutuellement, d'apprendre ensemble, de construire des rapports sociaux plus symétriques et, par conséquent, de développer une pratique locale de recherche comparative profondément liée à un discours global de la santé publique qui se développe de nos jours dans un contexte mondialisé de complexité et diversité culturelle.

La Santé publique à l'ère de la mondialisation

Historiquement, le discours de la santé publique mettait l'hygiène, l'assainissement et la lutte contre les maladies transmissibles au cœur des stratégies des gouvernements pour améliorer et promouvoir la santé et le bien-être de leurs citoyens (Petersen et Lupton, 1996). Ce discours s'est élargi progressivement pour se joindre à de nouvelles préoccupations socioculturelles et politiques. Ainsi, la santé publique contemporaine devrait porter son attention sur l'importance de la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales (Labonte, 1994; Ridde, 2007). Ici, la participation citoyenne, l'empowerment et l'intersectorialité jouent un rôle primordial dans la création de capital social au sein des communautés locales généralement conçues comme étant plus ou moins indépendantes. Ceci a eu comme résultat la mise en place d'initiatives organisationnelles sur le plan local dont une des expressions a été le projet « Villes et villages en santé » (WHO, 1990). La responsabilisation active et réflexive des citoyens, le respect pour l'environnement, l'engagement envers les générations futures et la planification démocratique, entre autres, deviennent les stratégies essentielles des gouvernements locaux au sein d'un processus axé sur la réorganisation des soins de santé primaires et le développement de politiques publiques en matière de santé.

Plus récemment, on assiste à une prolifération de débats autour du rôle que les acteurs de la santé publique contemporaine devraient jouer face aux enjeux amenés par les phénomènes reliés à la mondialisation (Beaglehole et autres, 2004; Kickbusch et de Leeuw, 1999). La mondialisation, à cause de la myriade de dimensions qui la configurent — d'ordres économique, social, politique, technologique, culturel, etc. —, constitue de nos jours un des enjeux les plus importants pour les

chercheurs d'une santé publique désormais à portée mondiale (Bettcher et Lee, 2002; Lee, 2000).

Il s'avère nécessaire de créer et de mettre en place un ensemble d'infrastructures de recherche et d'action en santé publique capables de faire face, notamment, au développement imminent des TICs, au démantèlement progressif des structures intermédiaires traditionnelles telles que la famille, la communauté ou l'école (Laurin, 1999), à la hausse significative des inégalités sociales de santé, à la fragmentation et à la faiblesse des petites et moyennes entreprises, à l'instabilité des mouvements migratoires transnationaux, à l'augmentation croissante des problèmes de santé liés à la consommation excessive de produits de manufacture macro-industrielle, comme certains types d'aliments, le tabac, l'alcool ou autres drogues, et finalement, à l'apparition de nouvelles sources de risques dont les menaces dépassent les frontières nationales, par exemple, le terrorisme, les conflits armés et les conséquences des changements environnementaux sur l'écosystème planétaire (Beck, 1992; McMichael et Beaglehole, 2000).

Dans ce contexte nettement incertain, les institutions gouvernementales traditionnelles de la santé publique contemporaine sont en train de perdre leur souveraineté sur les processus de production de politiques publiques en matière de santé et de contrôle sur les déterminants de la santé à cause de la complexité de ces influences contextuelles (Kickbusch, 2000). Ceci facilite l'apparition de nouvelles formes de gouvernance sociale et politique transcendant la capacité décisionnelle de ces institutions pour gérer des risques d'une ampleur jamais connue auparavant (Beaglehole et autres, 2004). Une diversité de plus en plus importante d'acteurs sociaux participant actuellement de façon active aux processus de gouvernance locale en matière de santé publique façonne ainsi un ensemble de mouvements sociopolitiques de portée transnationale tels que les luttes altermondialistes, les mouvements contre les inégalités sociales et les nouvelles instances en matière de sécurité alimentaire. Ces acteurs sociaux font partie d'un réseau extra-institutionnel sur le plan international, facilitant d'une certaine manière l'approche des phénomènes globaux reliés à la mondialisation dans des scénarios locaux de luttes quotidiennes et de gestion de conflits en matière de santé publique.

La dimension organisationnelle de ces mouvements sociaux donne lieu à une cartographie de stratégies politiques au-delà des frontières nationales classiques, qui se constitue comme un espace transnational d'action collective à double sens : d'une part, le formatage des pratiques sociales en matière de santé publique au niveau local constitue un champ de luttes sociopolitiques conditionnant la dynamisation des structures

sociales reliées à la mondialisation et, d'autre part, ces structures sociales constituent un champ de forces contextuelles au niveau global déterminant le formatage de nouvelles pratiques locales.

Les chercheurs en santé publique doivent être attentifs à la relation entre les transactions locales des acteurs sociaux et la constitution de politiques publiques en matière de santé au plan international. La santé publique contemporaine trouve ainsi son champ de recherche et d'action dans des espaces d'ordre infranational local, entités géographiques bien définies, comme les villes et les villages, et en même temps d'ordre transnational global, dans des endroits très éloignés dans l'espace mais mutuellement interconnectés.

Les recherches comparatives en santé publique

La santé publique contemporaine se constitue donc comme un champ complexe de recherche et d'action au sujet de nouvelles pratiques sociales au niveau local, et ce, à l'échelle planétaire. Chercher à comprendre les dynamiques des mouvements sociaux ainsi que le processus de formatage des nouvelles pratiques sociales dans un contexte mondialisé de complexité et de diversité culturelle présente ainsi un grand intérêt. L'idée de constituer un observatoire international des pratiques sociales est au cœur des processus de développement de politiques publiques en matière de santé de tous les pays. Ceci nous montre clairement l'importance de mettre en place un agenda transnational dans le champ complexe de la santé publique contemporaine axé sur les recherches comparatives (Yach et Bettcher, 1998a, 1998b).

Les recherches comparatives permettent de poser un ensemble de questions fondamentales pour le discours et la pratique de la santé publique contemporaine. Elles touchent à ses fondements mêmes : Comment donner naissance à un point de vue fédérateur sur les pratiques sociales en matière de santé dans des contextes si différents ? Comment les argumenter et les justifier au sein des mouvements sociopolitiques de natures si distinctes ? Comment aborder et analyser la multiplicité et la confrontation des représentations, conceptions et rationalités des acteurs ? Et finalement, comment élaborer des connaissances pertinentes du point de vue des acteurs sociaux présentant des intérêts divergents voire conflictuels ?

L'enjeu de ces approches est de faire ressortir conjointement les similitudes de la dimension universelle des observations transnationales des mouvements sociopolitiques en matière de santé publique et les différences ancrées dans des contextes culturels spécifiques. Comment donc

surpasser, d'une part, la tendance des approches dites « universalistes » à décontextualiser les pratiques sociales explorées afin de les rendre comparables et, d'autre part, la tendance des approches dites « culturalistes » à masquer les caractères généraux en soulignant la spécificité des réalités observées ? Ce sont les *approches sociétales* à la recherche comparative qui nous permettent de résoudre cette impasse épistémologique : ces approches misent sur la compréhension de la construction des acteurs sociaux à partir de la comparaison de leurs pratiques sociales, celles-ci étant considérées comme des « construits sociaux » (Maurice, 1989; Maurice et autres, 1992). Ici la comparaison est axée sur les arrangements intermédiaires faisant le lien entre les niveaux macro et micro des pratiques sociales en matière de santé publique : les acteurs sociaux sont indissociables des phénomènes globaux et vice-versa, ce qui implique une causalité multiple interactive (Hantrais et Letablier, 1998).

La comparaison sociétale est fondée 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 de chaque pays » (Maurice, 1989). De cette façon, les approches sociétales à la recherche comparative nous permettent d'acquérir une certaine intelligibilité sur les pratiques sociales se déroulant au sein des systèmes organisés d'action locale, ce qui nous facilite la double tâche de parvenir à l'approfondissement de la compréhension de ces systèmes locaux et surtout à leur comparaison systématique, et aussi d'élever éventuellement le niveau de généralité de ces modèles à un plan transnational (Friedberg, 1997). Ces approches ne visent pas la généralisation statistique des résultats mais bien la compréhension en profondeur des phénomènes dont les connaissances localement produites fourniront une armature épistémologique pour l'analyse des mêmes phénomènes dans d'autres milieux sur le plan international.

L'étude comparative des phénomènes tout comme les pratiques sociales en matière de santé publique à l'intérieur de systèmes organisés d'action locale n'a de sens que si l'on reconnaît une interdépendance bidirectionnelle avec les influences contextuelles qui déterminent leur façonnement. Cela implique, d'une part, le refus de tout déterminisme exclusivement extérieur et de toute explication uniquement globale et, d'autre part, l'explication des pratiques sociales en les rapportant au système d'action particulier dont celles-ci font partie (Friedberg, 1997), ce qui donne lieu à toutes sortes d'enjeux que je recommande énergiquement de prendre en considération.

Les enjeux des recherches comparatives

La dualité des perspectives analytiques inhérente aux recherches comparatives n'est pas exempte de difficultés et de problèmes de plusieurs ordres. Ainsi, nous trouvons des enjeux d'ordre organisationnel (Dean et autres, 2005; Hantrais, 1999; Mangen, 1999), épistémologique (Belfiore, 2004; Livingstone, 2003; Mangen, 1999; Zulauf, 1999) et éthique (Brislin, 1977; Marshall et Batten, 2004; Redmond, 2003).

Les dynamiques organisationnelles apparaissent comme un problème primordial dans la mise en place des projets de recherche ayant une perspective comparative sur le plan international :

- En premier lieu, la sélection du milieu de recherche n'est pas toujours claire en raison des contraintes liées aux types de supports institutionnels et organisationnels (Hantrais et Letablier, 1998). Ces choix dépendent souvent de facteurs contextuels extérieurs au processus de la recherche, d'ordre plutôt politique ou financier.
- La constitution d'une équipe de travail équilibrée peut aussi entraver le processus de recherche en ce qui concerne les négociations nécessaires à l'organisation de la démarche comparative. Ce sont souvent les groupes occidentaux qui imposent aux autres leurs procédures de recherche fondées sur la performance et la productivité (Hantrais et Letablier, 1998). Les chercheurs occidentaux doivent montrer leurs capacités entrepreneuriales, ce qui leur laisse moins de temps pour développer des stratégies méthodologiques plus adaptées et sensibles aux milieux locaux de la recherche.
- Les problèmes de communication peuvent également constituer un enjeu organisationnel de premier ordre, car la langue n'est pas simplement un moyen de transmission d'idées, elle fait partie intégrante du système de valeurs et de représentations (Dean et autres, 2005; Mangen, 1999). La langue est une structure sociale qui reflète les modes de raisonnement, les valeurs et l'idéologie des acteurs sociaux impliqués dans les mouvements sociopolitiques en matière de santé. Ainsi, la capacité d'une équipe de recherche à communiquer de façon effective sur le plan international et de parvenir à une compréhension mutuelle des concepts et des méthodes est loin d'être évidente (Hantrais et Letablier, 1998).

Sur le plan épistémologique, les recherches comparatives présentent également des enjeux très importants :

- Tout d'abord, la formulation de la problématique et la définition préalable de l'objet de recherche génèrent souvent des entraves considérables. Les mêmes problèmes ne sont pas forcément présents dans

deux contextes différents et des problèmes apparemment identiques peuvent avoir des caractéristiques différentes en fonction du contexte. La diversité des représentations sociales à l'intérieur d'un contexte donné et dans des contextes différents est, du moins partiellement, irréductible. Chaque fois qu'un acteur social entre en contact avec d'autres acteurs, il n'est pas tant confronté à un niveau de connaissances différent qu'à un autre mode de perception de la réalité.

- Une des limitations importantes est la tendance à concevoir une équivalence fonctionnelle entre les catégories utilisées pour effectuer les comparaisons. Comme pour toute démarche d'ordre épistémologique, ces catégories sont issues d'un processus de construction sociale élaboré par des chercheurs qui répondent aux exigences de leur contexte institutionnel spécifique (Livingstone, 2003; Mangen, 1999).
- Une autre tendance restrictive des recherches comparatives est celle de mettre exclusivement l'accent sur les relations d'interdépendance spécifiques au parcours historique du contexte local. Ceci laisse une large place à l'interprétation rétrospective du chercheur, qui retient ce qu'il juge pertinent en fonction de ses croyances et de ses hypothèses (Hantrais et Letablier, 1998) au détriment des perspectives des acteurs sociaux impliqués dans le processus de recherche.

Finalement, les considérations éthiques posent des défis d'envergure aux recherches comparatives :

- La question du pouvoir est centrale dans les démarches comparatives sur le plan international. Certains groupes sociaux manquent de représentativité et de crédibilité aux yeux des communautés académiques qui, en général, coordonnent les processus de production des connaissances (Marshall et Batten, 2004). Des enjeux éthiques concernant les rapports de pouvoir font référence au consentement libre et éclairé, à la confidentialité des données, au type d'étude choisi, aux procédures de la recherche telles que la stratégie de recherche, la collecte, l'analyse et la comparaison des données, au rôle des participants à la recherche, et finalement aux critères de scientificité.
- La notion de culture renvoie directement au système de valeurs et de représentations des acteurs sociaux impliqués dans les démarches comparatives. Les facteurs contextuels d'ordre socioculturel sont souvent ancrés dans les styles de vie des acteurs sociaux qui produisent et reproduisent des rapports socialement et culturellement inégaux par leurs pratiques quotidiennes (Massé, 1995). Ce phénomène peut favoriser l'émergence de rapports socioculturels fondés sur le racisme et les préjugés, les iniquités culturelles et les processus d'aculturation ethnique.

- La légitimité des connaissances socialement produites est un défi éthique important dans les démarches comparatives sur le plan international. Les groupes d'acteurs locaux concernés peuvent se montrer suspicieux envers les chercheurs « étrangers » à cause d'expériences relatives à des démarches précédentes qui n'avaient pas considéré leurs points de vue (Marshall et Batten, 2004). Les chercheurs ont tendance à généraliser leurs résultats comme étant des vérités absolues qui sont souvent culturellement imprécises et contextuellement peu explicites.

L'émergence des communautés épistémiques comme espaces de participation sociale

Les recherches comparatives sur le plan international proposent donc paradoxalement une démarche spécifique qui se déroule au niveau local mais qui renvoie à des problèmes d'ordres organisationnel, épistémologique et éthique plus généraux, relatifs à l'articulation micro/macro, la tension entre singularité et généralité, la diversité culturelle des processus de production sociale de connaissances et les manifestations locales et globales des relations de pouvoir et de contrôle social. Comment faire pour dépasser des tels enjeux ? À mon sens, le développement des réseaux transnationaux de recherche comparative permettrait l'alignement raisonnable entre une vision panoramique et l'observation locale des pratiques sociales en matière de santé publique.

Un des plus puissants moyens de création de nouveaux réseaux organisationnels est la gestion de connaissances par le biais du travail collaboratif (Lave et Wenger, 1991). Les *communautés épistémiques* (Adler et Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller et Fox, 2001), constituées par un groupe d'acteurs sociaux qui partagent certains principes et qui apprennent mutuellement, sont considérées comme étant des stratégies participatives combinant la recherche, l'apprentissage et l'innovation. En plus d'être largement reconnues dans le champ du développement professionnel des individus, ces communautés offrent le contexte organisationnel idéal pour une production et un transfert plus souples des connaissances tout en permettant de développer de rapides réponses aux besoins et aux problèmes de ses membres. Ayant des principes épistémologiques similaires à ceux des *communautés de pratique* (Lave et Wenger, 1991; Wenger, 1998), les communautés épistémiques sont considérées comme un moyen de développer des capacités individuelles et collectives relatives à la pratique de la recherche participative permettant à un groupe d'acteurs sociaux de construire des relations de confiance et, grâce à cela, de développer un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel envers leurs pratiques quotidiennes.

Ici, la notion de pratique relève, dans ses dimensions à la fois globale (volet universaliste) et locale (volet culturaliste), de la participation des acteurs concernés au processus de production de connaissances, et de leur capacité à structurer et à donner une signification aux actions collectives en matière de santé publique. Cela permettra de résoudre, du moins partiellement, le peu de consensus existant *a priori* au sein des différents groupes sociaux au sujet de la signification des concepts et des termes essentiels pour la santé publique. L'attribution de significations à nos expériences ou à nos actions relève d'un processus axé sur la *négociation de sens* (Wenger, 1998). Cette négociation peut impliquer l'alignement discursif plus ou moins explicite entre plusieurs individus, mais peut également s'appuyer sur des éléments tacites, comme par exemple des conventions et des traductions sociales. Compte tenu du caractère interprétatif des recherches comparatives sur le plan international, la négociation de sens au cours de l'action collective s'avère un moyen indispensable pour la mise en œuvre des communautés épistémiques participatives.

La continuité des significations dans une position spécifique à un moment donné s'appuie sur une dualité fondamentale entre la participation des acteurs sociaux à un processus de production locale de données et leur contribution à un processus de production générale de concepts, consistant à créer des points de focalisation autour desquels la négociation de sens peut s'organiser. D'un côté, la participation locale des acteurs concernés peut compenser les limitations inhérentes à la généralisation, notamment son aspect relativement figé et technique, clairement indépendant à l'égard du contexte local. D'un autre côté, la contribution des acteurs sociaux aux processus plus généraux vient compenser le caractère évanescent et contextuel de l'action collective locale.

Le fait que les acteurs sociaux agissant dans des contextes différents discutent entre eux de leurs perceptions des activités et de leurs manières de faire, constitue en soi un puissant outil d'analyse des pratiques sociales. Un tel processus de consultation permet aux différents acteurs de donner plus rapidement suite aux recommandations de chacune des études. Ces dernières sont mieux comprises et acceptées puisqu'elles émergent d'un processus participatif par le moyen duquel les rapports de pouvoir deviennent plus symétriques. Elles sont ancrées dans le contexte local et leur légitimité n'est pas remise en question. Ces approches participatives ont aussi le mérite de bien faire connaître les particularités d'une réalité à saisir, de manière à ne rien laisser dans l'ombre; la description y est exhaustive, ce qui rend possible la compréhension du phénomène observé.

Cette compréhension fondée sur des connaissances localement produites donne lieu donc à un équilibre de pouvoir renversé, avec des règles du jeu locales. Il y a nécessité de mobiliser les acteurs concernés pour agir avec succès et d'empêcher ainsi l'adaptation unilatérale des processus organisationnels par rapport aux contraintes de l'environnement : c'est un mécanisme d'échange et d'influence (Friedberg, 1997). Plusieurs auteurs soulignent à cet égard que les dynamiques participatives développées au sein des communautés épistémiques permettent de concevoir un processus sociopolitique essentiel à l'esprit critique qui précède toute démarche démocratique (Adler, 1992; Drake et Nicolaidis, 1992; Haas, 1992a; Sebenius, 1992).

Par contre, l'application des principes des communautés épistémiques dans le champ complexe de la santé publique contemporaine doit être conduite avec précaution. Les groupes traditionnels de recherche en santé publique sont des groupes dont les compétences se recoupent fortement et dans lesquels les problèmes de communication ne se posent pas, du moins pas de façon aussi prononcée que dans le cas des communautés épistémiques faisant partie des réseaux transnationaux de recherche.

Un autre élément contraignant important est que l'évolution des pratiques sociales en matière de santé publique aura lieu aussi après l'étape prévue pour le projet de recherche en lui-même. Ce fait souligne l'importance de la création des communautés épistémiques qui serviront d'observatoire aux modifications des pratiques sociales des acteurs concernés *a posteriori*, c'est-à-dire lorsque le processus de production des connaissances sera terminé et que les chercheurs principaux se seront probablement détachés des milieux de recherche. Étant donné leur nature participative, les communautés épistémiques assureront une documentation continue sur les pratiques des acteurs concernés qui serait accessible à l'échelle globale grâce à l'émergence des TICs, ce qui donnera lieu conséquemment à la constitution de *communautés épistémiques virtuelles* (Dubé et autres, 2005; Gannon-Leary et Fontainha, 2007; Vaast, 2004).

Les communautés épistémiques virtuelles peuvent utiliser un grand éventail de médias traditionnels, tels que le téléphone, la téléconférence et les télécopies, ainsi que des outils technologiques plus ou moins sophistiqués, tels que le courriel, la vidéoconférence, les groupes de discussion en ligne, des bases de données partagées, des sites Web, des intranets, et bien d'autres moyens qui facilitent l'interaction entre leurs membres (Dubé et autres, 2005). Ces communautés auront un rôle fondamental sur deux plans. D'une part, elles représenteront un très bon outil de partage des processus et des résultats des pratiques de recherche locales. Les acteurs concernés sont informés en tout temps de l'état de

l'avancement des travaux tout en diffusant les résultats sous une forme visuelle, pratique et dynamique. D'autre part, ces communautés agiront comme outil de communication avec une communauté globale plus large qui fait partie d'autres mouvements sociopolitiques sur la scène internationale.

Malgré les limites potentielles inhérentes à des questions d'accessibilité aux TICs, de la distance physique entre les acteurs concernés sur la sphère internationale, du changement constant dans la composition des équipes de recherche, des rapports de confiance et des problèmes d'interprétation intergroupe (Chanal, 2000; Gannon-Leary et Fontainha, 2007), la fluidité et la flexibilité des processus communicationnels développés par les communautés épistémiques virtuelles permettent de faire face aux nombreux enjeux inhérents à la mise en place des recherches comparatives dans le domaine de la santé publique contemporaine.

Sur le plan organisationnel, le contact entre plusieurs milieux de recherche permettrait à certaines équipes de s'inspirer d'expériences similaires axées sur le même objet de recherche pour se sortir des impasses politiques et financières auxquelles ces équipes sont souvent confrontées. Ainsi, les astuces développées par certains chercheurs occidentaux pour obtenir le financement de leurs projets de recherche pourraient être partagées dans un plan plus global et donner lieu à un processus de développement des capacités de financement et de gestion des projets de recherche comparative. En ce qui concerne les barrières linguistiques insurmontables des recherches comparatives sur le plan international, celles-ci sont de plus en plus facilement surmontables grâce aux outils de traduction actuellement disponibles sur certains sites Web. Quoique la langue fasse partie des conditions sociales d'existence des acteurs concernés et que celles-ci ne puissent être facilement discernables par des acteurs étrangers aux contextes locaux, les communautés épistémiques virtuelles, par l'interaction continue qu'elles apportent, faciliteraient la mise en place d'un processus de compréhension réciproque et de suivi des discours développés dans d'autres contextes organisationnels similaires.

La perspective épistémologique des recherches comparatives représente aussi des apports substantiels grâce aux communautés épistémiques virtuelles. Ainsi, la continuité du processus de transfert de connaissances permettrait de prendre en considération non seulement les connaissances socialement produites, mais aussi les modes d'apprentissage dans des contextes organisationnels différents (Abma, 2007; Elkjaer, 2004), ce qui nous permettrait de développer une responsabilité envers la position et les innovations proposées par « les autres ». Par ailleurs, la négociation de sens développée dans les espaces participatifs créés au

sein des communautés épistémiques faciliterait la maîtrise des systèmes d'équivalence au-delà des catégories statistiques et des indicateurs, « mais de façon plus générale à propos de la traduction (l'équivalence de sens) de termes et de concepts forgés dans des contextes bien spécifiques mais souvent révélateurs de différences bien profondes dans les conceptions et les représentations nationales » (Hantrais et Letablier, 1998:152).

Au niveau éthique, les retombées des communautés épistémiques virtuelles ne sont pas négligeables. L'apport d'une connaissance pratique socialement produite et utilisable par les acteurs concernés est l'élément différenciateur. En permettant de renouveler la perception et la compréhension profonde des contextes locaux, des contraintes qu'il impose mais aussi des occasions qu'il recèle et des enjeux concrets qui structurent les rapports entre les acteurs, cet élément change la philosophie d'action des groupes sociaux et donc la nature même des mouvements sociopolitiques. Ceci renforce la nature politique de la participation sociale (Contandriopoulos, 2004) et offre la possibilité d'une prise d'initiative et de responsabilité collective dans le déclenchement et l'encadrement du processus de changement. En créant une compréhension contrastée des contextes locaux d'action, cela fournit une base et un accompagnement cognitif chez les acteurs concernés, transcendant les frontières nationales.

En guise de conclusion

La conception et l'action actuelles de la santé publique contemporaine se sont fondées sur la capacité collective à réorganiser les soins de santé primaires et à créer des politiques publiques en matière de santé par le biais des réseaux organisationnels autant sur les plans régional et national qu'international (Kickbusch, 1999; Kickbusch et de Leeuw, 1999). L'articulation entre les niveaux global et local des mouvements sociaux en matière de santé publique n'est pas seulement un impératif pragmatique, mais aussi un impératif éthique, compte tenu des impacts des processus reliés à la mondialisation sur la santé des populations (Beaglehole et autres, 2004; Lee, 2000). La santé publique contemporaine a besoin d'un agenda transnational de recherche et d'action capable de se constituer de façon plus ou moins autonome, et cela, à l'échelle planétaire (Yach et Bettcher, 1998a, 1998b).

À cet égard, les réseaux transnationaux de recherche comparative se présentent comme étant une stratégie épistémologique fortement intéressante qui permettrait l'arrangement systémique entre les dimensions globales et locales des pratiques sociales. À mon sens, les communautés épistémiques (Adler et Haas, 1992; Haas, 1992b; Miller et Fox, 2001) servent de liaison pragmatique entre plusieurs échelles de complexité des mouvements sociaux en matière de santé publique et, en conséquence,

elles facilitent le processus d'implantation et de mise en place des recherches comparatives. L'attention portée aux interactions locales présuppose, d'une part, que les actions sont précédées de délibérations et, par conséquent, que les décisions sont le résultat de compromis entre diverses logiques globales contextuellement différentes et, d'autre part, que les acteurs sociaux sont dotés de compétences qui s'expriment dans les processus de mise en œuvre des décisions et des mesures locales à leur disposition. Il y a donc des passages incessants entre le plan global de coordination, celui de la santé publique mondiale par exemple, et le plan local où se déroulent les interactions sociales.

Les communautés épistémiques, grâce aux TICs, permettent la création d'un espace virtuel de participation sociale axé sur un processus de production sociale de connaissances à long terme qui permettra aux différents groupes d'acteurs locaux concernés d'interagir mutuellement, d'apprendre ensemble, de construire des rapports sociaux plus symétriques et ainsi de développer une pratique locale de recherche comparative profondément liée au discours global de la santé publique qui se développe de nos jours dans un contexte mondialisé de complexité et de diversité culturelle.

Références bibliographiques

- Abma, T. A. (2007). Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case. *Evaluation*, 13(1), 32-47.
- Adler, E. (1992). The Emergence of Cooperation: National Epistemic Communities and the International Evolution of the Idea of Nuclear Arms Control. *International Organization*, 46(1), 101-145.
- Adler, E. et Haas, P.M. (1992). Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*, 46(1), 367-390.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O. et McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*, 363(9426), 2084-2086.
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- Belfiore, E. (2004). *The Methodological Challenge of Cross-National Research: comparing cultural policy in Britain and Italy*. Warwick: Centre for Cultural Policy Studies.
- Bettcher, D. et Lee, K. (2002). Globalisation and public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(1), 8-17.
- Brislin, R.W. (1977). Ethical Issues Influencing the Acceptance and Rejection of Cross-Cultural Researchers Who Visit Various Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 285(1), 185-202.

- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet : À propos de l'ouvrage de Wenger (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity. M@n@gement*, 3(1), 1-30.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science & Medicine*, 58(2), 321-330.
- Dean, S.C., Harper, C.E., Cappuccio, F.P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., et autres. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice*, 22(3), 341-346.
- Drake, W.J. et Nicolaidis, K. (1992). Ideas, Interests, and Institutionalization: "Trade in Services" and the Uruguay Round. *International Organization*, 46(1), 37-100.
- Dubé, L., Bourhis, A. et Jacob, R. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of Organizational Change Management*, 18(2), 145-166.
- Elkjaer, B. (2004). Organizational Learning: The "Third Way". *Management Learning*, 35(4), 419-434.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil.
- Gannon-Leary, P. et Fontainha, E. (2007). Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors [Electronic Version]. *e-Learning Papers*, 5. Retrieved December 2007 from www.elearningpapers.eu.
- Haas, P.M. (1992a). Banning Chlorofluorocarbons: Epistemic Community Efforts to Protect Stratospheric Ozone. *International Organization*, 46(1), 187-224.
- Haas, P.M. (1992b). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35.
- Hantrais, L. (1999). Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 93-108.
- Hantrais, L. et Letablier, M.-T. (1998). La démarche comparative et les comparaisons franco-britanniques. *Revue de l'IRES*, 28, 145-163.
- Kickbusch, I. (1999). Global + local = glocal public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(8), 451-452.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies - accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51(6), 979-989.
- Kickbusch, I. et de Leeuw, E. (1999). Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4), 285-288.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Educ Behav*, 21(2), 253-268.
- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés*, XXXI(2), 65-72.

- Lave, J. et Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, K. (2000). For debate. The impact of globalization on public health: implications for the UK Faculty of Public Health Medicine. *Journal of Public Health Medicine*, 22(3), 253-262.
- Livingstone, S. (2003). On the Challenges of Cross-National Comparative Media Research. *European Journal of Communication*, 18(4), 477-500.
- Mangen, S. (1999). Qualitative research methods in cross-national settings. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 109-124.
- Marshall, A. et Batten, S. (2004). Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power [Electronic Version]. *Forum: Qualitative Social Research*, 5. Retrieved December, 2007.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Maurice, M. (1989). Méthode comparative et analyse sociétale. Les implications théoriques des comparaisons internationales. *Sociologie du travail*, 2, 175-191.
- Maurice, M., Sellier, F. et Silvestre, J.-J. (1992). Analyse sociétale et cultures nationales. Réponse à Philippe d'Iribarne. *Revue française de sociologie*, 33, 75-86.
- McMichael, A.J. et Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *Lancet*, 356, 495-499.
- Miller, H.T. et Fox, C.J. (2001). The Epistemic Community. *Administration Society*, 32(6), 668-685.
- Olesen, T. (2005). Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*, 53(3), 419-440.
- Petersen, A. et Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Redmond, M. (2003). Cultural and ethical challenges in cross-national research: Reflections on a European Union study on child and youth migration [Electronic Version]. *International Journal of Qualitative Methods*, 2. Retrieved December 2007 from http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/redmond.pdf.
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, XIV(2).
- Sassen, S. (2003). The Participation of States and Citizens in Global Governance. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 10(1), 5-28.
- Sassen, S. (2004). Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*, 52(4), 649-670.
- Sebenius, J.K. (1992). Challenging Conventional Explanations of International Cooperation: Negotiation Analysis and the Case of Epistemic Communities. *International Organization*, 46(1), 323-365.

- Vaast, E. (2004). O Brother, Where are Thou?: From Communities to Networks of Practice Through Intranet Use. *Management Communication Quarterly*, 18(1), 5-44.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO. (1990). *The Milan Declaration of Healthy Cities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yach, D. et Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88(5), 735-738.
- Yach, D. et Bettcher, D. (1998b). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88(5), 738-744.
- Zulauf, M. (1999). Cross-national qualitative research: accommodating ideals and reality. *International Journal of Social Research Methodology*, 2, 159-169.

La recherche en santé mondiale : frontières floues et distances relatives

Jean-Frédéric Levesque

Résumé

La recherche en santé mondiale — traditionnellement appelée recherche en santé internationale — est souvent conceptualisée comme un champ de pratique scientifique distinct de la recherche en contexte national. Pourtant, les problématiques sur lesquelles porte la recherche en santé mondiale et les méthodes scientifiques employées pour en aborder les questions de recherche sont souvent propres autant aux pays plus développés qu'aux pays en développement. Ces deux contextes traditionnellement contrastés possèdent chacun leur spécificité et la méthode scientifique ne requiert pas plus « d'ajustement culturel » dans un cas que dans l'autre. Faire de la recherche en Amérique du Nord ou faire de la recherche en Asie exige l'emploi de méthodes appropriées. Cet article explore quelques questionnements. Pourquoi les sphères nationales et mondiales demeurent-elles éloignées dans les carrières de recherche ? Les obstacles sont-ils de nature contextuelle, conceptuelle, méthodologique, économique, politique ? Quels seraient les avantages d'une redéfinition des frontières « local — mondial » et « développé — moins développé » ? S'appuyant sur la proposition d'une définition de la recherche en santé mondiale — l'étude des problématiques mondiales de santé — et sur l'analyse de thèmes de recherche liés à la santé, nous suggérons que la recherche en santé mondiale est un espace de réalisation de la recherche à l'interface du local et de l'international et que sa pratique demande une ouverture des frontières d'un espace professionnel encore restreint.

Introduction

Le développement d'une carrière de chercheur en santé des populations peut prendre de multiples formes. Si, dans l'ensemble, les chercheurs tendent à développer leur expertise de recherche sur la scène nationale ou la scène de la santé mondiale, certains seront amenés à combiner leur action sur ces deux scènes de façon simultanée. Ce sont ces cheminements, parfois parallèles et souvent entrelacés, que j'ai eu la chance d'emprunter. Je suis chercheur dans le champ de la santé publique au Québec et aussi chercheur à l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal. Ainsi, mes projets de recherche s'intéressent aux problématiques de l'accès aux services de santé et à l'appréciation de

leur impact sur la santé des populations, dans le contexte de l'Asie du Sud et du Québec. Cette implication parallèle dans des contextes aux antipodes du globe s'est immiscée à tous les niveaux de ma formation professionnelle, des études de médecine aux études spécialisées en santé communautaire et au doctorat en santé publique. Une quinzaine d'années passées à mettre sur pied divers projets de collaboration, tout d'abord cliniques puis finalement de recherche, entre l'Inde et Montréal. Née d'un intérêt personnel s'étant développé à l'adolescence, au fil des influences familiales et d'une ouverture graduelle sur le monde, cette passion a conditionné une multitude d'expériences.

En tant que jeune chercheur en santé mondiale, j'ai le privilège d'être entouré par une équipe de chercheurs expérimentés à l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal. Je suis tout autant choyé d'être un chercheur actif sur la scène nationale, soutenu par un mentorat de la plus haute qualité, dans le cadre de mes mandats professionnels à l'Institut national de santé publique du Québec, et par ma participation à des comités nationaux intéressés par différents aspects du système de santé. Ces deux rôles, en santé mondiale et en recherche en santé dans le contexte national, semblent souvent en opposition malgré diverses interactions productives.

La recherche en santé mondiale est souvent conceptualisée comme un champ de recherche scientifique distinct de la sphère nationale. Néanmoins, les objectifs de la recherche en santé mondiale et les méthodes scientifiques employées pour analyser les problèmes de recherche en santé mondiale sont généralement pertinents pour les pays développés et en développement. Ces deux contextes ont chacun leurs caractéristiques spécifiques, mais les méthodes scientifiques requises pour analyser leurs problèmes de santé ne requièrent pas plus « d'ajustement culturel » dans un contexte que dans l'autre. Réaliser des études en Amérique du Nord et les appliquer en Asie du Sud, par exemple, demande l'utilisation des méthodes appropriées au contexte étudié : aucun ne requiert des solutions génériques.

Ceci étant dit, les chercheurs en santé mondiale des pays plus développés dédient souvent la totalité de leurs activités scientifiques dans d'autres pays que leur pays de résidence. De plus, il semble difficile de combiner des carrières sur les scènes nationale et mondiale. Est-ce que les chercheurs en santé mondiale étudient des problèmes de santé essentiellement globaux ? Est-ce que les chercheurs ne possèdent pas les outils nécessaires pour transposer leurs devis et connaissances dans des contextes différents ? Est-ce que les divisions des ressources et avenues potentielles de carrières entre la réalisation d'études en santé au Canada et leur

réalisation en santé mondiale découlent de différences scientifiques, conceptuelles ou méthodologiques ou sont-elles plutôt dépendantes d'une volonté politique ? En tant que jeune chercheur en santé mondiale et dans le contexte national, ces questions demeurent pour moi ouvertes au débat.

Objectifs

Les objectifs de cet article sont de suggérer des éléments de réflexions relatifs à ces questionnements et, plus spécifiquement, d'explorer pourquoi les sphères nationales et mondiales demeurent éloignées dans les carrières de recherche, de discuter certains obstacles de nature contextuelle, conceptuelle, méthodologique, économique, politique, et d'exposer en quoi une redéfinition des frontières « local - mondial » et « développé - en développement » serait bénéfique. S'appuyant sur la proposition d'une définition de la recherche en santé mondiale - l'étude des problématiques mondiales de santé - et sur l'analyse de deux thèmes de recherche liés à la santé - la vulnérabilité économique et la performance des organisations de santé -, nous suggérerons que la recherche en santé mondiale est un espace de réalisation de la recherche à la jonction du local et de l'international et que sa pratique demande une ouverture des frontières d'un espace professionnel encore restreint.

Une prémisse à l'argumentaire

Notre argumentaire est fondé sur deux prémisses. Ces prémisses considèrent que ce qui conditionne ces difficultés dans la combinaison de carrières sur les sphères nationale et mondiale provient, d'une part, du préjugé que la recherche en santé internationale se fonde sur un développement de carrière particulier et, d'autre part, du fait que les partenariats de recherche en santé mondiale procèdent essentiellement d'une logique du Nord vers le Sud. Selon ces idées reçues, le développement des capacités de recherche exigerait ainsi un cheminement académique spécialisé en santé mondiale et que les fruits de cette recherche ne bénéficient qu'aux pays du Sud. Évidemment, si ces idées sont relativement courantes dans les milieux académiques, nous ne prétendons pas qu'elles soient partagées par tous.

Expliquer le cloisonnement des carrières de recherche

Diverses explications peuvent être avancées pour cette étanchéité relative des carrières en santé mondiale comparativement à celles sur la scène nationale. Les chercheurs en santé mondiale vont en effet souvent tendre à être actifs dans de multiples pays en développement mais peu dans des pays développés. Inversement, les chercheurs du domaine de la

santé actifs dans le contexte national vont de façon minoritaire être impliqués dans des projets dans les pays en développement. Mentionnons aussi les chercheurs qui vont participer à des études multicentriques internationales qui, à des degrés variables, vont impliquer des chercheurs de pays en développement. Pourquoi ce relatif manque de carrières franchement dédiées à la fois à la recherche dans divers pays en développement et dans notre propre contexte ?

Il est tout d'abord nécessaire de considérer le fait que la recherche en santé « mondiale » et « nationale » réfère souvent à des corpus scientifiques différents. En effet, les conceptualisations et champs disciplinaires peuvent différer pour analyser les problématiques spécifiques à différents contextes. Mentionnons le problème des dépenses catastrophiques de santé qui a presque essentiellement été employé dans le contexte de la recherche en pays en développement (Kawabata et autres, 2002). Les sources de données aussi varient, par exemple l'analyse des bases de données administratives reste presque essentiellement le propre des pays développés. Finalement, ce sont parfois même les définitions du rôle de chercheur qui peuvent varier entre contextes. Serait-il possible que le rôle de chercheurs en pays en développement implique plus souvent un engagement personnel lié aux valeurs et à la défense des démunis ? Le constat pourrait être que combiner recherche dans un contexte national et dans celui de la santé mondiale demande une grande versatilité professionnelle et personnelle de par la variété des problématiques et des contextes que cela impose.

Un second argument tient dans le constat que la recherche en santé « mondiale » et en santé « nationale » présente un inégal rapport de force. En effet, les budgets dédiés à la recherche en pays développés sont colossaux comparativement à ce qui est accordé à la recherche en santé mondiale (Global Forum for Health Research, 2004). Ceci tend à créer une nécessaire concentration des fonds dans un groupe restreint de chercheurs ayant développé des collaborations de recherche en pays en développement. De plus, les sources de financement sont souvent distinctes et réfèrent ainsi parfois à des exigences de soumission et des critères d'évaluation différents. Ceci se reflète également dans la publication d'articles scientifiques, ceux portant sur les problématiques des pays en développement étant sous-représentés dans les revues internationales (Lown et Banerjee, 2006). Les barrières liées à l'obtention de fonds dédiés à la santé mondiale et à la quantité beaucoup plus importante d'opportunités dans le contexte des pays plus développés pourraient ainsi résulter dans une désirabilité différentielle des profils de carrière, au profit de la sphère nationale.

Un dernier argument consiste à reconnaître les difficultés de développement de carrières parallèles « mondiale » et « nationale » pour des raisons pratiques. Il est difficile de partager un temps forcément limité dans de multiples champs d'intérêts. Ceci peut restreindre les possibilités de carrières parallèles lorsque l'on s'intéresse à des sujets qui sont relativement spécifiques à un seul des deux contextes. La combinaison serait ainsi plus naturelle seulement pour les problématiques qui sont fondamentalement mondiales, c'est-à-dire lorsqu'elles concernent l'ensemble des pays plutôt que des contextes particuliers. Il est aussi difficile de développer des partenariats multiples, et, donc, entretenir des relations professionnelles soutenues dans des carrières parallèles demande des efforts accrus (Glew, 2008). L'adaptation culturelle à un autre contexte, l'établissement d'une légitimité et la reconnaissance des rôles sur les scènes mondiales et nationales peuvent aussi représenter des efforts que nos carrières de chercheurs, extrêmement compétitives et exigeantes, ne peuvent permettre. Finalement, ce type de carrières impose des contraintes importantes à la vie personnelle et familiale, de par les déplacements multiples. Ces contraintes pratiques diverses concourent, il nous semble, à une séparation des champs.

Concevoir différemment la carrière de recherche en santé mondiale

Si certains des obstacles à la poursuite d'une carrière alliant une forte intensité de recherche sur les sphères nationale et mondiale découlent des facteurs discutés dans la section précédente, ils découlent aussi de la façon de concevoir ces champs. Une des idées sous-jacentes à plusieurs des obstacles institutionnels identifiés précédemment est « à chacun ses problèmes ». Les maladies des pays pauvres, principalement représentées par les maladies infectieuses, et celles des pays riches, principalement les maladies chroniques, conditionneraient des priorités et méthodes de recherche divergentes.

Des frontières floues

Pourtant, les problèmes de santé du Nord sont aussi ceux du Sud (Quinn, 2008). Que l'on pense aux maladies chroniques découlant des modifications des habitudes de vie qui sont maintenant fortement en émergence dans les pays en développement. Les pays du Sud contribuent maintenant autant, sinon plus, aux cas répertoriés de maladies chroniques et aux décès qui s'ensuivent au sein du fardeau mondial de maladie (Ghaffar, Reddy et Singhi, 2004). La recherche sur ces problèmes chroniques pourrait avoir un impact majeur sur la population mondiale via les bénéfices que les pays en développement peuvent en tirer.

Un autre domaine causant un rapprochement des agendas de recherche en contexte national et mondial consiste en problématiques intrinsèquement mondiales touchant l'ensemble des pays (par exemple, la menace d'une pandémie d'influenza) ou tributaires de déterminants essentiellement mondiaux (par exemple les problèmes de santé pulmonaires découlant des désordres climatiques).

Finalement, certaines problématiques nationales sont partagées par un ensemble de pays et peuvent ainsi être abordées collectivement. Les inégalités d'accès aux soins ou certains problèmes spécifiques comme les intoxications au mercure parmi les populations des pays nordiques incitent au développement de programmes de recherche communs. Dans certains cas aussi, les contextes sont interdépendants et ne peuvent être étudiés séparément sur ces questions. Les enjeux du contrôle national de la tuberculose en sont des exemples. Si les pays en développement sont encore en situation endémique, les pays fortement développés voient une majorité de leurs cas provenir de l'immigration ou des voyages (Richards, Kozak et autres, 2005). Le contrôle global de la tuberculose est ainsi l'objectif qu'une recherche plus intégrée sur les scènes nationales et mondiales pourrait aborder.

Ce partage de problématiques devrait donc nous pousser à voir les différents contextes en complémentarité dans nos agendas de recherche. Dans certains cas, nous pouvons tirer profit de ces partages pour faciliter la recherche sur des problématiques présentant une variabilité dans l'ampleur des phénomènes, par exemple la présence d'une plus grande quantité de cas prévalents dans un contexte particulier, ou une multiplicité de présentations cliniques et de contextes dans lesquels étudier les phénomènes. La conduction d'une recherche collaborative, même dans les sphères de la recherche fondamentale et de la recherche clinique, tirant profit de cette variabilité, accroîtra l'applicabilité des connaissances scientifiques.

Des distances relatives

En tant que jeune chercheur intéressé à l'évaluation de la santé et à l'impact de l'organisation des soins sur celle-ci, il me semble que de multiples barrières s'effacent. Les avancées dans les moyens de communication et la plus grande mobilité des personnes, dont j'ai pu être témoin dans le cours de ma formation, m'ont permis d'étudier les inégalités d'accès aux soins de santé en régions urbaines en Inde du Sud. J'ai ainsi bénéficié de la supervision d'un chercheur indien tout au long de mon processus de doctorat et de la collaboration avec de jeunes chercheurs de l'Inde.

Ces collègues ont étendu ma « communauté de pratique » et constituent des ressources importantes dans mes approches pour répondre aux défis de la recherche en santé mondiale et nationale. La recherche en santé mondiale m'a donné une expertise que j'applique maintenant dans le contexte canadien : cette expertise peut être employée pour l'analyse de l'accès aux soins pour des populations migrantes, la migration des professionnels de la santé et la comparaison de modèles organisationnels dans divers contextes canadiens.

Ces contacts personnels ont aussi pour moi généré un constat personnel. Mon travail en santé mondiale est réalisé avec des collègues qui travaillent sur des problématiques qui sont, pour eux, de la sphère nationale. Qu'est-ce pour eux que la recherche en santé mondiale ? Inversement, ma recherche en contexte national emploie beaucoup des développements de la sphère mondiale. Et si certaines des recherches auxquelles je contribue auprès de populations migrantes d'Asie se déroulent au Canada, est-ce essentiellement de la recherche nationale ?

Un rapprochement futur ?

Le financement pour la recherche en santé mondiale demeure limité comparativement aux besoins énormes d'étude pouvant bénéficier à la communauté globale (Global Forum for Health Research, 2004). Il le demeurera probablement dans le futur immédiat. Mais si nous modifions nos façons de concevoir le global et le national, la contribution de la communauté scientifique canadienne à la connaissance mondiale peut-être important. L'expertise nationale de recherche en santé est vaste et une meilleure intégration des études nationale et mondiale, tout comme les investissements dans la recherche mondiale en santé, pourrait être dans l'intérêt de chacun.

De récentes initiatives et projets financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (Analysis of World Health Survey data) et des subventions d'équipes en santé mondiale (programme Teasdale-Corti) m'ont donné de nouvelles occasions de développer un programme de recherche en santé mondiale qui complémentent celles abordant les problématiques du système de santé Canadien. La création de plateformes facilitant l'interaction entre l'expertise canadienne et celle d'un ensemble plus vaste de chercheurs devrait recevoir une attention accrue des organisations subventionnaires. Nous devons trouver des moyens d'accroître le contenu « mondial » dans nos projets locaux. Ceci permettrait de potentialiser les budgets limités de la recherche en santé mondiale. Finalement, la participation du « mondial » au « national » devrait aussi être accrue. Mes collègues du Sud ont tout ce qu'il faut pour participer à

mes projets en contexte national et ainsi créer de réels réseaux de recherche transcendant les frontières. Ceci passe par le développement de collaboration réelle et bidirectionnelle.

Conclusion

Nous appuyant sur la proposition d'une définition de la recherche en santé mondiale, sur l'étude des problématiques mondiales de santé et sur l'analyse de divers thèmes de recherche, nous avons suggéré que la recherche en santé mondiale est un espace de réalisation de la recherche à la jonction du local et de l'international et que sa pratique demande une ouverture des frontières d'un espace professionnel encore restreint. Cet article a pour objectif de soumettre diverses idées à l'égard de la cohabitation de carrières de chercheurs en santé mondiale et dans le contexte national. Il vise aussi à inviter la collectivité de recherche à repenser ces champs, pour favoriser le développement de la recherche dans un contexte de mondialisation croissante.

Références bibliographiques

- Ghaffar, A., Reddy K.S. et Singhi, M. (2004). Burden of non-communicable diseases in South Asia. *British Medical Journal*, 3 April, 328, 807-810.
- Glew, R.H. (2008). Promoting collaborations between biomedical scholars in the U.S. and sub-Saharan Africa. *Exp Bio Med*, March; 233(3):277-85.
- Global Forum for Health Research (2004). *The 10/90 Report on Health Research*, 2003-2004. Global Forum for Health Research, Geneva, Switzerland, ISBN 2-940286-16-7.
- Kawabata, K., Xu, K. et Carrin, G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 612.
- Lown, B. et Banerjee, A. (2006). The developing world in The New England Journal of Medicine. *Global Health*, 2006 Mar; 16(2):3.
- Quinn, T.C. (2008). The Johns Hopkins center for global health: transcending borders for world health. *Acad Med*, 2008 Feb; 83(2):134-42.
- Richards, B., Kozak, R., Brassard, P., Menzies, D. et Schwartzman, K. (2005). Tuberculosis surveillance among new immigrants in Montreal. *Int J Tuberc Lung Dis*, Aug; 9(8):858-64.

Démographie et santé mondiale : un carrefour indispensable

Amélie A. Gagnon¹
et Nathalie K. Mondain²

Introduction et problématique d'ensemble

Ce document³ expose la complexité de la pratique de la recherche en santé mondiale et les différents outils méthodologiques développés par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal pour répondre aux défis posés par un objet d'étude particulier : les jeunes immigrants. Il ne s'agit donc pas d'une présentation de résultats mais plutôt d'une réflexion en progression, basée sur une analyse des activités de terrain⁴ Projet 'Jeunes en transition' entrepris conjointement en 2005 par Nathalie Mondain de l'Université d'Ottawa et Thomas LeGrand de l'Université de Montréal, et dont l'un des aspects fait l'objet d'une thèse de doctorat - celle d'Amélie Gagnon, à l'Université de Montréal. Le projet Jeunes en transition s'intéresse particulièrement aux communautés africaines francophones subsahariennes qui s'établissent au Canada en milieu urbain. menées dans le cadre d'une étude exploratoire.

Les recherches en santé mondiale sont généralement menées sur les populations des pays en développement, dans leur environnement d'origine, par des chercheurs se déplaçant jusqu'à eux — que ces derniers soient du Nord ou du Sud.

La notion de culture est sensible en santé mondiale et sert souvent d'excuse pour esquiver une réflexion sur des questions socio-sanitaires. Ne pas y prêter plus attention est tout aussi dommageable : on

1. Département de démographie, Université de Montréal. Adresse de correspondance : am.gagnon@gmail.com
2. Département de sociologie et d'anthropologie, Université d'Ottawa. Adresse de correspondance : nmohdain@uottawa.ca
3. Adaptation de la conférence « Santé reproductive des jeunes immigrants à Montréal : une approche de milieu pour une meilleure prévention des comportements à risque », donnée à Trois-Rivières, le 11 mai 2007. Les auteurs souhaitent remercier les éditeurs pour leurs commentaires sur une version antérieure du texte.
4. Projet « Jeunes en transition » entrepris conjointement en 2005 par Nathalie Mondain de l'Université d'Ottawa et Thomas LeGrand de l'Université de Montréal, et dont l'un des aspects fait l'objet d'une thèse de doctorat — celle d'Amélie Gagnon, à l'Université de Montréal. Le projet Jeunes en transition s'intéresse particulièrement aux communautés africaines francophones subsahariennes qui s'établissent au Canada en milieu urbain.

appréhende de remonter à la source des identités et de distinguer les comportements des enjeux d'accès ou d'information (Fassin, 2001).

Notre démarche souligne l'intérêt d'envisager la santé mondiale de façon plus globale, y compris dans les pays du Nord. En nous intéressant aux dynamiques migratoires des pays du Sud vers le Nord et vu l'intérêt croissant porté aux relations transnationales, nous considérons en effet les comportements de santé des populations immigrantes au sein de leur société d'accueil comme importants tant au niveau individuel que collectif (famille, communauté, société d'accueil et d'origine). Si le sujet n'est pas neuf — pensons aux travaux sur les déterminants de la santé des femmes immigrantes (Vissandjee, Desmeules et al. 2004) —, il est en revanche inédit d'examiner le cas des nouveaux arrivants de 16 à 29 ans.

Les mouvements migratoires sont un des phénomènes démographiques les plus importants dans le renouvellement des populations des pays à haut revenu par habitant. Depuis la seconde partie du 20^e siècle, ces mouvements ont de plus en plus pour origine une région du Sud et pour destination un pays du Nord (Martin and Widgren 2002; Piché, 2003; Hirschman, 2005) : la recherche en santé mondiale ne peut plus faire abstraction de ces populations nouvellement installées, et commence donc (encore timidement) à intégrer les dynamiques des migrations internationales dans ses analyses. Comme le souligne le rapport d'experts des Nations-Unies (UNFPA, 2005), la migration internationale a d'importantes implications non seulement concernant la santé des migrants eux-mêmes mais aussi relativement à la santé publique et au système de santé des pays d'origine et de destination.

Par notre approche, nous proposons de dépasser l'approche de la santé mondiale encore très « ancrée » à nos yeux dans les pays à faible revenu par habitant (les pays d'origine, dans le cas discuté ici) et nous nous intéressons à des populations nées de la multiplicité des « Sud » et des « Nord ». Ces populations, peu étudiées, ont des trajectoires particulières : à l'instar de nombreux autres migrants, leur arrivée représente souvent l'aboutissement de parcours migratoires complexes, où l'arrêt dans un (ou plusieurs) pays tiers est chose commune.

Avec l'augmentation des flux migratoires du Sud vers le Nord, on assiste à l'accroissement de la proportion de jeunes au sein de ces migrants. Ces derniers — nous nous concentrons sur les adolescents et jeunes adultes âgés de 16 à 29 ans — sont généralement considérés comme une population vulnérable dans les recherches en santé. En effet, certains de ces jeunes vivent ou sont appelés à vivre une période de transition à l'âge adulte qui correspond aussi aux années dans leur parcours de vie où les individus sont particulièrement susceptibles d'adopter des

comportements à risque pour leur santé physique et mentale. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés en particulier à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et avons posé la question suivante : les jeunes immigrants vivent-ils leur entrée en vie sexuelle de la même façon que les jeunes natifs de leur pays d'accueil ? Et dans quelle mesure leur histoire migratoire, leur statut de migrant, influe-t-elle sur leurs comportements ? Ce statut vulnérable les rend-il plus enclins à l'adoption de comportements à risque pour leur santé ?

Il nous semble particulièrement essentiel de tenir compte de la richesse des trajectoires migratoires de leurs familles lorsqu'on s'intéresse à la santé des jeunes. Quel est l'impact de la trajectoire migratoire sur les dynamiques familiales et l'apprentissage de connaissance en santé sexuelle et reproductive ? En existe-t-il un processus libre de toute culture et accessible à tous les jeunes ? Et quant au sujet de la santé sexuelle : comment cet aspect intime – voire tabou – est-il abordé dans les différentes familles ? Comment les jeunes négocient-ils l'acquisition de connaissances entre la famille et la ville, leurs milieux de vie ?

Notre étude de cas porte sur les jeunes immigrants de première génération en provenance d'Afrique sub-saharienne francophone au Québec, dans la ville de Montréal. En effet, le Canada, et le Québec plus particulièrement, connaît certaines transformations dans la composition de sa population immigrante, avec une part croissante de migrants africains (notamment liée à la politique en matière de réfugiés du Canada, mais également à la francophonie avec l'accueil d'immigrants d'Afrique francophone au Québec).

Être jeune et être migrant : des situations particulières

Au Canada, 78 % des immigrants reçus francophones âgés de 18 à 30 ans vivent à Montréal, d'après le recensement de 2001 (Statistique Canada, 2001). Peu de recherches se situent au carrefour de deux sujets d'importance stratégique dans l'étude des populations : le passage à la vie adulte des jeunes et l'installation des immigrants à destination.

La transition à la vie adulte

La transition à la vie adulte est une période-charnière dans le parcours de vie des individus et sans distinction de la durée de celle-ci, du lieu ou de l'époque à laquelle elle appert. L'occurrence des premières relations sexuelles (et leurs implications en matière de santé sexuelle et reproductive) constitue l'un des principaux symboles du passage de l'état de jeune à l'état d'adulte, tant dans les sociétés du Nord que dans celles

du Sud (Le Gall et Le Van, 2007). Bien qu'elle ne fasse pas l'unanimité comme marqueur de l'adulthood, la transition sexuelle est bien documentée et constitue un pôle d'intérêt important dans la recherche en santé mondiale et, de façon plus générale, en développement, particulièrement celle des jeunes et des femmes (Calvès, Bozon et autres, 2006)⁵.

La transition à la vie adulte des jeunes, abordée sous l'angle de leur entrée en vie sexuelle et reproductive, a donné lieu à de nombreuses études sur les comportements sexuels à risque (Brewster, Billy et autres, 1993; Maticka-Tyndale, Barrett et autres, 2000; Conseil des ministres de l'éducation du Canada 2003; Mondain et LeGrand, 2005). Par comportements sexuels à risque, on évoque en général les grossesses non désirées avec leurs conséquences en matière de santé maternelle et pour l'enfant, le risque de contracter et de transmettre une infection sexuelle, y compris le VIH-SIDA. Les dimensions psychologiques sous-jacentes sont également importantes: quels sont les facteurs qui poussent ou retiennent le jeune à adopter de tels comportements? Il nous semble important d'aller plus loin que l'évocation des aspects liés à l'estime de soi, surtout lorsqu'on étudie des populations dont le parcours migratoire a une influence directe sur leur exposition à divers risques.

Les premières expériences de la vie affective, romantique et sexuelle sont déterminantes pour la vie future d'un individu (construction de son identité, définition des rapports de genre, conception de la vie familiale...). Elles ont par conséquent des implications sur la façon dont le jeune va s'insérer dans le monde adulte, qu'il soit migrant ou non. Il devient donc particulièrement important de rester vigilant face aux besoins de cette population et de savoir leur donner les moyens pour exprimer ces besoins. Dans cette perspective, la prise en compte de l'entourage de l'individu, des relations intergénérationnelles et des rapports de genre s'avère essentielle. En effet, la nature des relations entre les parents et leurs adolescents et le type d'encadrement exercé par les parents sont des facteurs déterminants du déroulement de la transition à la vie adulte (Rumbaut et Ima, 1988; Rumbaut, 1991; 1994): ils

5. Il existe une abondante littérature dans le domaine d'étude population et développement relative à la santé des jeunes et leur transition à l'âge adulte, l'un des marqueurs étant les premières relations sexuelles (Lloyd, 2005). Dans le monde occidental et au Canada en particulier, les démographes et sociologues se sont également penchés sur la question de la transition à l'âge adulte en cherchant à dégager les évolutions de cette transition à travers les générations et selon les caractéristiques individuelles en recourant à une diversité de marqueurs tels que le départ du foyer parental, les études, le parcours professionnel, etc. Par contre, les premières relations sexuelles n'apparaissent pratiquement pas comme marqueur de ce passage dans ce contexte.

seront l'un des facteurs discriminants du moment de l'occurrence de la première relation sexuelle (Hagan, MacMillan et autres, 1996; Kwak, 2003)

Jeunes immigrants

En général, les travaux faisant état des comportements à risque des jeunes ne font pas la différence entre les effets d'*être jeune* en Amérique du Nord (c'est-à-dire en conflit avec ses parents, par exemple) et l'effet d'*être un immigrant* (c'est-à-dire d'être dans un processus d'intégration, bref d'être en « conflit » potentiel avec la culture dominante). Dans un contexte multiculturel comme celui des centres urbains canadiens, il est pertinent — voire essentiel — de distinguer les comportements hérités de la culture d'origine de ceux acquis ailleurs. À ce titre, il nous semble indispensable de mieux connaître les histoires migratoires des individus et leurs relations avec leur entourage car celles-ci sont en général très complexes et diversifiées.

Il apparaît ici important de préciser que les personnes nées à l'extérieur du territoire étudié mais y ayant migré sont notés comme des « immigrants » ou « nationaux de première génération ». Ainsi, une personne ayant vécu ses 12 premières années à Dakar mais vivant maintenant à Montréal pourra être noté comme Montréalais de première génération. Ainsi, lorsque cette personne aura des enfants, ces derniers seront des Montréalais de seconde génération et ainsi de suite.

La période de socialisation est cruciale dans le développement familial, social, et cognitif de chacun (Arnett, 1995). C'est pourquoi il est nécessaire de porter une attention particulière aux 12 premières années de vie des individus, et de recenser le milieu où elles ont vécu.

Pour souligner la complexité des parcours migratoires et de leur influence sur la socialisation (et l'installation) des migrants, on recense, depuis les années 1990, le terme de « génération 1½ », expression désignant les personnes dont la période de socialisation de 0 à 12 ans dans un milieu fut interrompue par une migration (Rumbaut et Ima, 1988; Kwak, 2003). Ainsi, une personne ayant vécu à Dakar de 0 à 8 ans, mais ayant par exemple, migré à Montréal à l'âge de 9 ans se voit socialisée dans deux milieux. Cette personne sera notée comme Montréalais de génération 1½.

Les jeunes immigrants composent *per se* une population vulnérable, c'est-à-dire exposée à des risques différents que la population en général : cette vulnérabilité semble accrue pour ce groupe du fait qu'ils sont (1) des jeunes en *transition* vers la vie adulte (2) dans un contexte *post-migratoire*, (3) dans une société elle-même en pleine *transformation*.

Parmi les thèmes récurrents de la littérature sur les jeunes immigrants (vivant implicitement leur mutation vers l'âge adulte), on retrouve la concurrence des valeurs intra- et extra-familiales (entre les membres de la famille) ainsi que les pressions familiales propres à l'installation de cette dernière (en tant qu'unité) dans la société de destination (Galland, 2004).

Pour certains jeunes, les parents seront l'unique lien avec la culture d'origine vécue jusqu'au moment de la migration, et, pour certains parents, leurs enfants seront leur principal lien avec la culture d'accueil : une troisième culture métissée émergera des deux précédentes. Pour les parents migrants, les efforts à déployer pour s'insérer eux-mêmes dans une nouvelle société seront exacerbés et influenceront non seulement le temps passé à la maison, mais aussi la qualité des relations entre eux et leurs enfants.

Ici, nous touchons une autre dimension entrant dans les préoccupations de la santé mondiale : les rapports à la santé en général, et à la sexualité en particulier, qui varient selon l'origine socio-culturelle des individus sans oublier les dimensions psychologiques liées à la transition à la vie adulte ainsi qu'à l'expérience migratoire et d'insertion dans une nouvelle société. Ces aspects revêtent donc des dimensions politique et programmatique importantes en matière de prévention, pour s'assurer d'atteindre les publics pertinents avec des messages adaptés de prévention et pour tenir compte des interactions entre les migrants et non-migrants (s'ils s'influencent mutuellement).

Besoins des intervenants, des parents, des jeunes

Il nous a semblé essentiel d'intégrer le point de vue de différents acteurs, en particulier celui des parents et des intervenants. En effet, le point de vue des parents nous apparaît comme particulièrement important puisque nous nous intéressons à la famille comme agent de socialisation, ainsi que celui de leurs instructeurs, d'intervenants, etc., étant donné leurs rôles formateurs.

Les familles montréalaises de longue date partagent un ensemble de références culturelles semblables, de normes, de façons d'être, la culture ambiante de la ville est la leur. Les familles immigrantes, quant à elles, procèdent à un arbitrage entre une culture d'origine ancrée dans leurs racines et la découverte d'une culture nouvelle, dans laquelle elles s'installent. De là, les relations entre parents et enfants se teintent de la volonté des premiers à inculquer aux derniers des références culturelles qui leur ont été propres durant une partie de leurs vies, mais qui ne sont plus nécessairement actuelles dans le quotidien des jeunes.

La littérature montre que l'harmonie des relations intergénérationnelles est maintenue à des niveaux différents en fonction de l'adéquation (ou de la distance) entre les valeurs familiales d'origine et celles du nouveau réseau social. Par ailleurs, les études sur les familles non-immigrantes soulignent des tensions entre les parents et leur progéniture au moment de l'adolescence ayant à leur source les « références culturelles » construites par le biais de l'expérience de leur propre adolescence (Galland, 2004)⁶.

Dans un contexte multiculturel comme celui de Montréal, la compréhension de ces différentes dynamiques est primordiale quand on s'intéresse à la prévention et à la santé — sexuelle et reproductive de surcroît —, car il va de soi qu'il faut s'assurer que les messages sont transmis de la meilleure façon possible aux bons publics. Ces dimensions prennent une ampleur particulière avec les débats ayant cours à l'heure actuelle sur l'hypersexualisation des relations sociales, notamment entre les jeunes (Laabidi, 2005; Levy, 2005; Cramer, 2007). Quel modèle de comportement la société d'accueil offre-t-elle aux nouveaux venus et comment ces derniers perçoivent-ils les messages qui sont diffusés à l'attention des jeunes via différents canaux de communication ?

Nous nous sommes rendu compte que tant les intervenants que les parents se sentent démunis lorsqu'il s'agit de comprendre ou d'interpréter les différentes réalités que vivent les jeunes d'aujourd'hui, sans distinction de leur statut migratoire. Également, les parents se sentent parfois déconnectés des réseaux auxquels ont accès leurs enfants, et déclarent donc manquer de ressources pour maintenir ou améliorer le dialogue entre les générations.

La section suivante présente notre démarche pour répondre à de telles interrogations, compte tenu des facteurs soulevés plus tôt⁷.

Réponses méthodologiques

Pour mieux répondre à ces questions et démêler ces nombreux fils, l'approche « par milieu de vie » nous a semblé pertinente (Maurice, 2006). En effet, cette approche vise à prendre en compte le contexte dans lequel vit une population, tel un écosystème, afin de mieux comprendre les déterminants influant sur un comportement individuel.

6. Nos entretiens qualitatifs réalisés entre 2005 et 2007 auprès de jeunes et de parents confirment ce que la littérature nous apprend.

7. Pour le projet Jeunes en transition, le fruit de ces démarches et réflexions servira de fondation à la construction du questionnaire d'une enquête plus importante qui sera menée au niveau de l'agglomération de Montréal. À leur tour, les résultats de cette enquête seraient le moteur pour des enquêtes dans les autres centres urbains du pays.

Deux dimensions nous sont apparues essentielles dans cette approche :

- 1) *la ville* comme lieu privilégié, comme environnement qui peut influencer directement le comportement sexuel des jeunes. Notre choix s'est arrêté sur Montréal du fait de son caractère interculturel et urbain, ainsi qu'à cause de sa densité (2^e plus grande ville au Canada, tant en effectifs qu'en densité) et parce que c'est le lieu d'installation privilégié de 70 % des nouveaux arrivants au Québec et des migrants francophones.
- 2) *la famille*, comme lieu de transmission des comportements normatifs. En effet, à l'intérieur de ce microcosme qu'est la ville, différents agents de socialisation s'acquittent de la tâche de préparer les jeunes à devenir des adultes : l'école, la famille, les pairs et les médias (voir figure 1). La famille joue un rôle particulier dans la transmission des valeurs, l'apprentissage des rôles entre les sexes et entre les générations, le lieu de vie tout simplement jusqu'à un certain stade de vie du jeune — le départ du milieu parental n'est-il pas considéré comme l'un des marqueurs essentiels du début de la vie adulte ?

Or si tous les Montréalais vivent dans la même aire géographique, fréquentent les mêmes écoles (voire les mêmes pairs) et ont accès à un bassin de produits culturels et médiatiques semblables, les familles dans lesquelles ils évoluent n'ont pas la même histoire migratoire et culturelle.

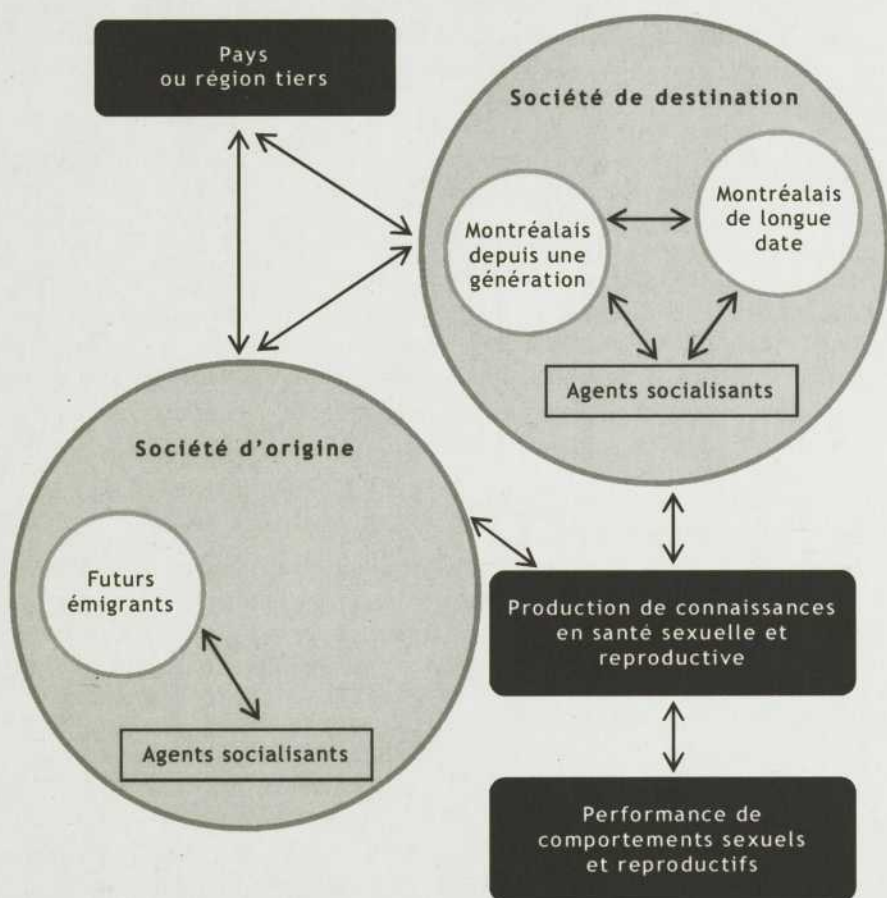
Tel que traduit graphiquement par la figure 1, les sociétés du monde s'échangent des biens, des produits culturels... et des individus. Ceux-ci, lors de leur migration, restent le plus souvent en contact avec leur milieu d'origine via divers moyens de communication, mais participent aussi à la création de culture dans la société de destination, via leurs contacts avec les agents socialisants (médias, pairs, etc.).

Dans ces différents bassins culturels propres au monde globalisé et au mode de vie qui s'y rattache, les jeunes forment et produisent des connaissances en matière de santé, et agissent en adéquation avec celles-ci. Du même coup, les comportements eux-mêmes sont porteurs de connaissances puisqu'ils sont expérience.

Le recours à des groupes focaux (d'environ 4-6 personnes, souvent qui se connaissent un peu) et à des entretiens individuels nous est apparu comme la méthode la plus adaptée dans le cadre d'une démarche exploratoire portant sur des sujets socialement « sensibles » (Överlien, Aronsson et autres, 2005). En effet, comme le rappellent Jato et autres (1994) et Peterson-Sweeney (2005), puisqu'elles favorisent les échanges interpersonnels, ces techniques sont « socialement acceptables »,

tout à fait appropriées pour les populations vulnérables qu'il serait difficile d'identifier autrement et qui sont plus à l'aise de s'exprimer de façon interactive que par le biais d'un questionnaire fermé ne laissant aucune place au récit de leurs propres expériences.

Figure 1 Schéma conceptuel



Note : Les relations transnationales (flèches doubles) ne se limitent pas à la mobilité physique : elles élargissent les échanges et touchent les migrants comme les non-migrants, tout comme les divers agents qui font partie du « monde globalisé » à divers degrés. Dans cet échantillon, tous les Montréalais de longue date l'étaient depuis au moins 4 générations.

Alors que les entretiens de groupe permettent de faire ressortir les enjeux généraux et les questions communes à un ensemble de jeunes (par exemple : quels sont les sujets de tension, entre vous et vos parents ?), les entretiens individuels permettent de plonger dans l'histoire des individus et de mettre en perspective leurs attributs avec leurs comportements plus spécifiques (par exemple : comment tes parents acceptent que tu aies une vie amoureuse ?).

En particulier, lorsqu'il s'agit d'enquêter sur les questions de prévention en santé chez les populations vulnérables, les entretiens peuvent être de précieux outils puisqu'ils permettent de mettre en mots ce que les jeunes vivent et pensent, mais qu'ils n'ont pas l'occasion de transmettre à leurs parents, aux intervenants, ou aux décideurs.

Pour étudier des jeunes issus de groupes culturels et de vagues migratoires différents, voici quelques aspects d'ordre méthodologique au sujet desquels nous devons être vigilants.

Pour pouvoir distinguer l'effet « de culture » (propre au contraste d'origine/d'accueil) d'un effet de « génération » (caractéristique des relations parents/adolescents), il est essentiel de maximiser le nombre de points en commun ou du moins comparables entre les jeunes. La langue parlée ou la pratique religieuse, par exemple, sont des éléments à étudier, mais aucun ne semble être plus important que de choisir un échantillon de jeunes ayant vécu en milieu urbain.

Dans le même sens, le lieu de socialisation durant l'enfance doit être le même. Par exemple, pour le projet Jeunes en transition, les jeunes interviewés doivent avoir vécu entre 0 et 12 ans dans une grande ville de leur pays d'origine pour, d'une part, éviter les « générations 1½ » qui ont vécu dans deux milieux différents durant l'enfance (c'est-à-dire dans deux cultures), et pour, d'autre part, pour réaffirmer notre approche qui situe la ville comme milieu de vie.

Parallèlement, un autre critère digne d'intérêt est celui du type de migration vécue par la famille d'où les jeunes étudiés sont issus. Bien que ces familles soient toutes installées ailleurs que là où elles se sont constituées, leur trajectoire est bien différente, qu'il s'agisse de réfugiés, migrants économiques, de regroupement familial, etc.

Ainsi, il peut s'avérer utile pour le chercheur en santé mondiale, de circonscrire les populations immigrantes non seulement en termes de durée d'installation mais aussi en termes de statut migratoire. Les plus pointilleux pourront même trier selon le nombre de pays tiers visités entre le départ et l'arrivée au lieu étudié.

Conclusion : Consensus sur l'importance du thème

Tel que nous l'avons montré dans ce texte, d'importants aspects émergent de notre pratique et pourraient servir de leçon pour influencer les futures orientations que devrait prendre la recherche en santé mondiale en tenant en compte d'une variété de réalités jusqu'à maintenant exclues du champ.

La recherche en santé mondiale doit dorénavant tenir compte des différents acteurs et de leurs points de vue influents sur une problématique donnée. « Nul homme n'est une île », écrivait John Donne : il en va de même au sujet de sa santé.

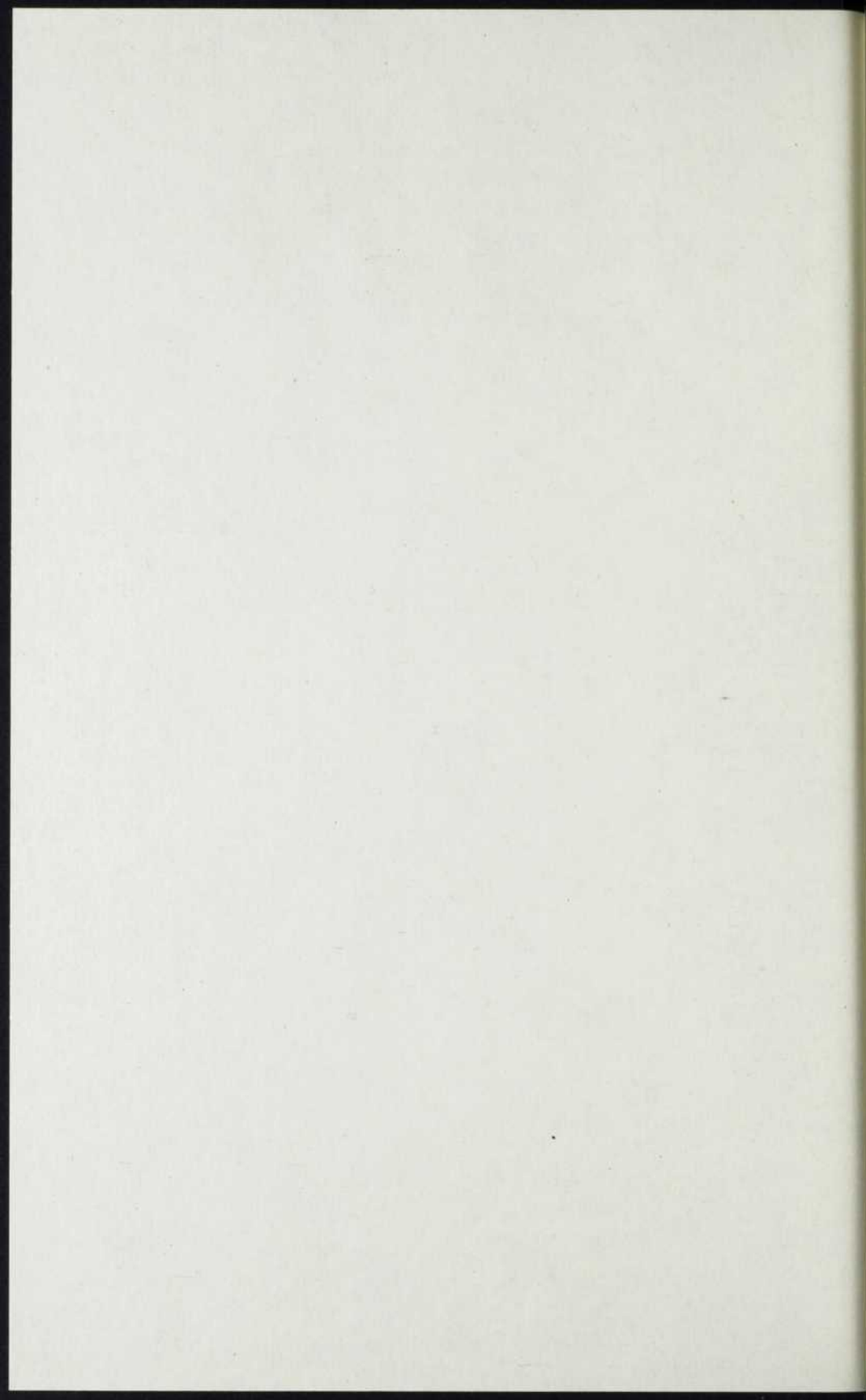
Finalement, la santé mondiale doit explicitement intégrer les trajectoires migratoires dans les dynamiques familiales et sociales qu'elle étudie, alors que les mouvements de populations du Sud vers les pays du Nord sont de plus en plus caractéristiques de notre époque.

Références

- Antoine, P. et Lelièvre, E. (2006). Le passage des seuils, observation et traitement du temps flou. Dans Calvès, A.-E., M. Bozon et autres, *Le passage à l'âge adulte : repenser la définition et l'analyse des « premières fois »*. Paris, INED.
- Arnett, J.J. (1995). Broad and Narrow Socialisation: The Family in the Context of a Cultural Theory. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3): 617-628.
- Brewster, K.L., Billy, J.O.G. et autres. (1993). Context and Adolescent Behaviour: The Impact of Community on the Transition to Sexual Activity. *Social Forces*, 71(3): 713-740.
- Conseil des ministres de l'Éducation du Canada (2003). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Santé Canada, Conseil des ministres de l'Éducation du Canada, Canada : 169 p.
- Cramer, J.M. (2007). Discourse of Sexual Morality in *Sex and the City* and *Queer as Folk*. *The Journal of Popular Culture*, 40(3) : 409-432.
- Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. Dans J.-P. Dozon et D. Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 181-208.
- Galland, O. (2004). *Sociologie de la Jeunesse*. Paris, Armand Colin.
- Hagan, J., MacMillan, R. et autres. (1996). New kid in town: social capital and the life course effects of family migration on children. *American Sociological Review*, 61(June): 368-385.
- Hirschman, C. (2005). Immigration and the American Century. *Demography*, 42(4): 595-620.

- Jato, M., Van der Straten, A. et autres. (1994). Using focus-group discussions to explore the role of women's groups (tontines) in family-planning information dissemination in Yaoundé, Cameroon. *Health Transition Review*, 4(1): 89-94.
- Kwak, K. (2003). Adolescents and Their Parents: A Review of Intergenerational Family Relations for Immigrant and Non-Immigrant Families. *Human Development*, 46: 115-136.
- Laabidi, M. (2005). L'image médiatique de la femme dans le vidéoclip de rap et la sexualisation précoce des jeunes filles. Dans D. Jeffrey, D. Le Breton et L. Joseph, *Jeunesse à risque, rite et passage*. Québec, PUL: 129-136.
- Le Gall, D. et Le Van, C. (2007). *La première fois : Le passage à la sexualité adulte*. Paris, Éditions Payot et Rivages.
- Levy, A. (2005). *Female Chauvinist Pigs: Women and the Rise of Raunch Culture*. New York, Free Press.
- Lloyd, C.B. (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies.
- Martin, P. et Widgren, J. (2002). International Migration: Facing the Challenge. *Population Bulletin*. Population Reference Bureau: 57(1).
- Maticka-Tyndale, E., Barrett, M. et autres. (2000). Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of national data sources and their limitations. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(1): 41-66.
- Maurice, P. (2006). *L'approche par milieu de vie : Particularités et avantages*. Journées annuelles de santé publique, Montréal.
- Mondain, N. et LeGrand, T. (2005). Transition to adulthood for immigrant adolescents from the developing countries: The sexual behaviors and reproductive health of African teenagers in Montreal. *IUSSP XXV International Population Conference, session 45*. Tours, France.
- Överlien, C., Aronsson, K. et autres. (2005). The Focus Group Interview as an In-depth Method? Young Women Talking About Sexuality. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(4): 331-344.
- Peterson-Sweeney, K. (2005). The Use of Focus Groups in Pediatric and Adolescent Research. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2): 104-110.
- Piché, V. (2003). Immigration et intégration dans les pays développés : un cadre conceptuel. Dans G. Caselli, J. Vallin and G. Wunsch, *Démographie : analyse et synthèse VI : Population et Société*. Paris, Éditions de l'INED : 159-178.
- Rumbaut, R.G. (1991). The Agony of Exile: A Comparative Study of Indochinese Refugee Adults and Children. In J.F.L. Ahearn and J. L. Athey, *Refugee Children: Theory, Research and Services*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Rumbaut, R.G. (1994). The Crucible Within: Ethnic Identity, Self-Esteem, and Segmented Assimilation Among Children of Immigrants. *International Migration Review*, 28(4): 748-794.

- Rumbaut, R.G. et Ima, K. (1988). *The adaptation of Southeast Asian Refugee Youth: A Comparative Study*. Washington, DC, US. Office of Refugee Resettlement.
- Statistique Canada (2001). Recensement du Canada, Gouvernement du Canada.
- UNFPA (2005). *International Migration and The Millenium Development Goals*. Selected Papers of the UNFPA Expert Group Meeting, Morocco, 11-12 May.
- Vissandjee, B., Desmeules, M. et autres. (2004). Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women's Health. *BMC Women's Health*, 4(s1).



Exploration de l'état des lieux de la recherche et de l'enseignement au Québec : perspectives d'avenir

Valéry Ridde,
Katia S. Mohindra
et Francine LaBossière

Introduction¹

Dans un récent commentaire, l'administrateur en chef de la santé publique au Canada se demandait « *how we can effectively work with developing countries and disadvantages communities around the world to improve health and development* » (Butler-Jones, 2007). Le défi est en effet de taille. Près de 73 milliards de dollars américains sont dépensés mondialement chaque année pour la recherche dans le domaine de la santé (fonds publics et privés). Cependant, moins de 10 % de ce montant est consacré aux problèmes de santé qui représentent 90 % du fardeau des maladies dans le monde (p. ex. la diarrhée, la tuberculose, le paludisme). Ce déséquilibre est souvent appelé « l'écart 10/90 » qui est évidemment en défaveur des habitants des pays les plus pauvres du monde (Global Forum for Health Research, 2004). Au Canada et au Québec, après un déclin dans les années 1990 (Mohindra, 2001), plusieurs initiatives en santé mondiale ont vu le jour dans les dernières années afin de contribuer à combler cet écart. En 2001 a été créée l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), un partenariat entre quatre agences fédérales (Santé Canada, Agence de coopération et de développement internationale, Centre de recherches pour le développement international, Institut de recherches en santé du Canada) (Neufeld, MacLeod et autres, 2001). Dans le même mouvement, un réseau informel de chercheurs en santé mondiale a mis sur pied la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) (Spiegel, Labonte et autres, 2003; Neufeld et Spiegel, 2006). Au Québec, le Réseau de recherche en santé des populations financé par le Fonds de la recherche en santé du Québec a lancé

1. Nous tenons à remercier sincèrement le soutien que nous ont apporté les personnes suivantes dans la collecte des données au sein des universités québécoises : Marie-Pierre Arsenault, Julie de Barbeyrac, Cheikh Faye, Isabelle Menard, et Nicole Saba. Les encouragements et les conseils de Slim Haddad, responsable de l'Axe « Santé mondiale » du RRSPQ, ont toujours été très importants dans notre démarche, qu'il en soit ici remercié. Cette étude a été financée par l'Axe « Santé mondiale » du RRSPQ.

en 2005 un axe spécifiquement dédié à la santé mondiale. Il vise trois objectifs principaux : 1) contribuer au développement de l'expertise transdisciplinaire de recherche en santé mondiale au Québec, 2) développer une masse critique de chercheurs du Québec en santé mondiale et particulièrement les jeunes chercheurs, 3) accroître les opportunités des chercheurs du Québec de participer aux compétitions nationales et internationales de financement de la recherche (Haddad et LaBossière, 2006).

La réalisation de la présente étude part du principe qu'au cœur de la promotion et de la pérennité de cet engouement actuel pour la recherche en santé mondiale au Québec et au Canada figure le rôle que doivent jouer les étudiants et les jeunes/nouveaux chercheurs. Dans une réflexion préalable avec de jeunes chercheurs du reste du Canada, nous avons déjà dit que les étudiants au doctorat et les chercheurs postdoctoraux sont « *a strong, untapped resource* » pour la recherche en santé mondiale au Canada (Walker, Ouellette et autres, 2006). Nous préconisons un certain nombre de stratégies pour favoriser cette implication de la relève... sans pour autant réclamer un remplacement immédiat des chercheurs chevronnés ! Cette étude constitue donc une suite logique de cette réflexion amorcée il y a deux ans et nous permet d'explorer plus en profondeur, dans le contexte du Québec, la manière dont il faudrait s'y prendre pour promouvoir la participation des étudiants et des jeunes² chercheurs dans la recherche en santé mondiale.

La réalisation de cette étude vise à favoriser l'implication des étudiants ainsi que celle des jeunes/nouveaux chercheurs au Québec dans le domaine de la recherche en santé mondiale. Pour atteindre ce but qui permettra, dans la dernière section de ce texte, de suggérer un certain nombre de recommandations, deux objectifs doivent être atteints :

- Produire un état des lieux de l'enseignement et de la recherche en santé mondiale au Québec,
- Obtenir le point de vue des personnes concernées sur les opportunités et menaces ainsi que sur les forces et faiblesses dans le contexte du Québec.

2. Dans le reste du texte nous utiliserons souvent le terme de jeune, il ne s'agit pas ici de tomber dans un « jeunisme » aussi inutile qu'impertinent. Par jeune, nous entendons les « nouveaux » chercheurs en santé mondiale, qu'ils soient au début de leur carrière ou plus avancés, mais qui souhaitent la réorienter.

Méthodologie

Dans cette étude, nous avons adopté la définition proposée par le responsable de l'Axe de recherche en santé mondiale³ du RRSPQ soit « la santé mondiale porte sur des problématiques de santé publique qui concernent l'ensemble de la population mondiale. À ce titre, elle concerne au premier chef les populations vivant dans des pays plus pauvres. Mais la santé mondiale ne concerne pas que les pays pauvres. L'interconnexion des gens, des biens et des idées s'accompagne aussi d'une mondialisation des environnements, des modes de vie et, bien sûr, des grands enjeux de santé publique » (Haddad, Zakus et autres, 2002).

La démarche méthodologique a consisté en l'utilisation de plusieurs outils de collecte de données. Les détails méthodologiques ainsi que l'ensemble des résultats de cette étude sont disponibles dans un rapport soumis au RRSPQ (Ridde, Mohindra et autres, 2007).

En ce qui concerne l'état des lieux dans les universités du Québec, nous avons choisi de concentrer nos efforts de collectes de données dans les cinq plus importantes universités au Québec selon notre connaissance de leurs efforts en matière de recherche en santé mondiale. Selon un récent rapport, elles sont les cinq premières universités au Québec à réaliser des recherches en santé publique (Laurendeau, Hamel et autres, 2007). Il s'agit des universités Laval, de Montréal, du Québec à Montréal, de Sherbrooke et McGill. Trois de ces universités sont à Montréal et deux en dehors. Dans chacune de ces universités, nous avons recruté un étudiant/assistant ou une étudiante/assistante pour la collecte des données. Choisir une personne déjà présente au sein de ces universités est une stratégie qui a permis d'être plus proche des données et des personnes concernées afin d'accroître la validité des informations recueillies. Pour rendre la collecte systématique et semblable d'une université à l'autre, les chercheurs ont créé une grille spécifique à cet effet. Cette grille a été pré-testée pour l'université de Montréal et les ajustements nécessaires ont été effectués. Le dialogue permanent entre les chercheurs et les étudiants/assistants a également permis de préciser certaines informations lorsque cela était nécessaire. Pour obtenir les données utiles à cet état des lieux, ces personnes ont exploité plusieurs sources d'informations : les sites Internet des universités, les documents de présentation des programmes, les personnes responsables de l'administration de ces programmes, les responsables de centres de recherche et autres chercheurs/professeurs engagés en santé mondiale.

3. Cette définition mérite un regard critique que nous ne pourrions mettre en œuvre dans ce texte. Il n'en demeure pas moins qu'un travail en profondeur devrait être réalisé à ce sujet.

Pour ce qui est de la collecte des points de vue des acteurs, deux instruments principaux ont été employés, soit des sondages et des entrevues individuelles.

Un sondage comprenant sept questions ouvertes et une question sur les caractéristiques des répondants a été effectué. Pour faciliter les réponses et leur analyse, un sondage était spécifiquement dédié aux chercheurs expérimentés et un autre dédié aux jeunes chercheurs et étudiants. L'ensemble des personnes étant inscrites sur la liste de diffusion de l'Axe de recherche en santé mondiale du RRSPQ a reçu ce sondage ($n=250$). Au sein de ces personnes figurent toutes celles qui ont participé au premier colloque de l'Axe en juin 2006. Ce sondage a également été publié sur la première page du site Internet du RRSPQ (<http://www.santepop.qc.ca>). De plus, il a été envoyé aux réseaux personnels des chercheurs de cette étude ainsi qu'à ceux inscrits sur la liste de diffusion du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'UdeM, aux étudiants de la maîtrise en santé publique de l'UdeM et aux responsables des programmes d'étude en santé publique/communautaire des différentes universités du Québec. Au total, 25 personnes ont répondu au sondage, dont 6 chercheurs et 19 jeunes chercheurs/étudiants.

Compte tenu de la difficulté d'obtenir le point de vue de certaines personnes très occupées et ne répondant généralement pas à de tels sondages, il a été décidé de les contacter directement et individuellement par courrier électronique. C'est le cas des doyens (ou vice-doyens) des facultés, des professeurs engagés en santé mondiale et n'étant pas prévus lors de la conférence du 11 mai (voir plus bas) et des représentants des organismes subventionnaires de la recherche. Au sein de ces universités, chacune de ces personnes a été identifiée avec l'aide des étudiants ayant participé à la collecte de données sur l'état des lieux, puisque ces derniers connaissent bien leur milieu. Trois personnes travaillant au sein d'organismes subventionnaires ont répondu, soit le CRDI, le FRSQ et les IRSC. Nous avons laissé le choix à ces personnes de répondre à l'entrevue (le guide ayant été fourni au préalable) soit par téléphone, soit par écrit. Au total, 8 personnes sur 11 sollicitées ont participé à l'étude (soit 73 %).

Enfin, deux dernières collectes de données ont été effectuées à l'occasion d'un atelier d'une heure et demie, organisé à la fin du colloque de l'Axe en mai 2006, et d'une matinée entière, lors du colloque organisé le 11 mai 2007 dans le cadre de l'Acfas. L'atelier de 2006 a réuni une quinzaine d'étudiants et de jeunes chercheurs. Il a été organisé comme une étape préliminaire à la présente étude et faisait suite à une réflexion entamée par l'un d'entre nous à d'autres occasions (Walker, Ouellette et autres, 2006). La matinée du colloque de 2007 était entièrement consacrée à

l'objet de cette étude. Nous avons demandé à six personnes de bien vouloir présenter une communication personnalisée à ce sujet. Ensuite, à partir d'une présentation des résultats préliminaires de cette étude, cinq personnes regroupées dans une table ronde devaient réagir spontanément aux présentations ainsi qu'aux résultats préliminaires. Pour obtenir les points de vue les plus variés possible, ces onze individus représentaient des catégories de personnes concernées différentes : trois professeurs/chercheurs, deux étudiants, trois responsables de programmes universitaires, un représentant d'organisme subventionnaire, deux représentants de milieux de pratiques. Une discussion avec les participants de la salle (n=50) a suivi ces présentations. L'ensemble des éléments abordés lors de cette matinée du colloque a fait l'objet d'une prise de note systématique afin d'en analyser le contenu pour la présente étude.

Tableau 1 Résumé des outils de collecte des données
et du nombre de personnes concernées

Acteurs/Outils	Documentation	Sondage	Entrevues	Colloque
Universités	5			
Chercheurs/ professeurs		6	3	6
Jeunes chercheurs/ étudiants		19		2
Doyen, vice-doyen			2	
Organismes subventionnaires			3	1
Milieu de pratique				2

L'analyse des données des grilles a été réalisée au moyen de statistiques descriptives. Dans cette étude, nous n'avons pas cherché l'exhaustivité des informations dans les universités, cela aurait nécessité plus de temps et de ressources que nous n'en disposions. Nous avons plutôt tenté de disposer d'informations exploratoires et comparatives entre les cinq universités afin de dégager un portrait global de la situation (qui change constamment) au moment de la collecte de données. Les données qualitatives tirées des grilles de collecte dans les universités et des guides d'entrevues auprès des individus sont analysées selon une démarche

thématique (Paillé et Mucchielli, 2003). Les résultats préliminaires ont été présentés aux cinq personnes ayant participé à la collecte des données ainsi qu'aux participants du colloque du 11 mai, conférant ainsi une plus grande validité à notre analyse.

Cette étude a été en partie financée par l'Axe de recherche en santé mondiale du RRSPQ et l'organisation du colloque a bénéficié d'une subvention du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'UdeM et de l'Acfas. Les personnes répondant au sondage et aux entrevues ont été informées du caractère anonyme de leurs réponses. Les données qualitatives sont présentées de telle sorte qu'il ne soit pas possible de reconnaître l'origine des réponses.

Résultats

La section concernant les résultats propose, dans un premier temps, les données concernant l'état des lieux dans les universités et, dans un second temps, le point de vue des acteurs concernés.

La situation dans les universités :

Programmes d'enseignement

Dans cette étude, nous n'avons pris en compte que les programmes d'enseignement de *la santé publique* dans les universités. De nombreux autres programmes contribuent à l'enseignement en santé mondiale, mais les ressources dont nous disposions ne nous ont pas permis d'élargir davantage cette analyse. Les programmes de santé publique, au sens large, incluent les maîtrises et doctorats en santé communautaire et épidémiologie (tableau 2). Seule l'UQAM, qui n'a pas de faculté de médecine, n'a pas de programme spécifique.

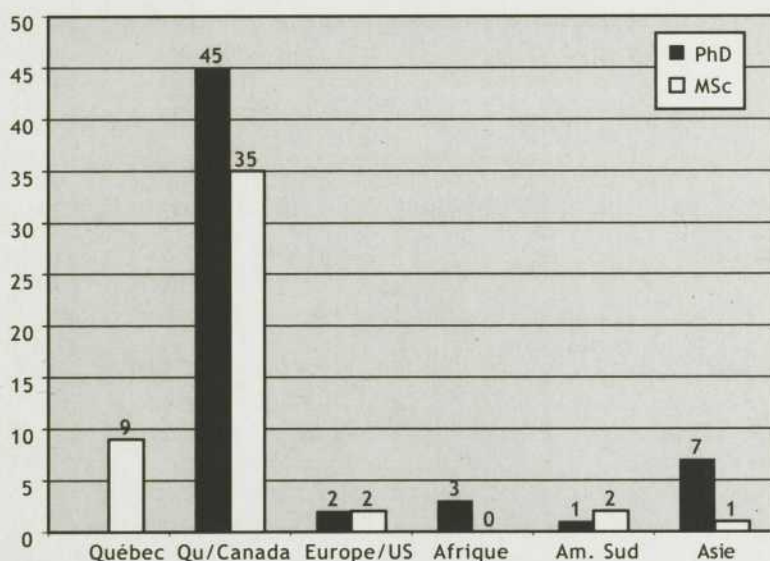
Puisque nombre d'étudiants de pays à faible et moyen revenus viennent au Québec pour suivre des études de santé publique, nous nous sommes interrogés sur leur enrôlement dans ces programmes puisque leur formation en santé publique contribue assurément au développement de la recherche en santé mondiale. Seules trois universités disposent de données à cet égard.

À McGill, les données concernent le nombre total d'étudiants *inscrits* à la maîtrise et au doctorat en épidémiologie en 2006-2007 (figure 1). Pour cette année seulement, 11 doctorants et 3 étudiants à la maîtrise sont originaires des pays du Sud. Une importante partie d'entre eux provient de l'Asie, ce qui correspond bien à l'orientation géographique des chercheurs de cette université, tel que nous le verrons plus loin.

Tableau 2 Programmes de santé par université

Université	2 ^e cycle	3 ^e cycle	Méd./ Para
UdeM	Santé communautaire (+Micro/DESS)	Santé publique	Oui
McGill	Épidémiologie (+diplôme)	Épidémiologie	Oui
Laval	Santé communautaire Épidémiologie	Santé communautaire Épidémiologie	Oui
Sherbrooke	Santé communautaire	Santé communautaire	Oui
UQAM**	—	—	Non

Figure 1 Nombre d'étudiants M. Sc. et Ph. D.* en épidémiologie



* Pour les étudiants au Ph. D., les données ne différencient pas le Québec

Pour l'Université Laval (figure 2) et l'Université de Montréal (figure 3), nous disposons de données concernant les nouvelles inscriptions dans les programmes de santé publique au cours des cinq dernières années.

Figure 2 Nouvelles inscriptions au Ph. D. en épidémiologie et en santé communautaire à l'Université Laval, par région d'origine, 2002-2006

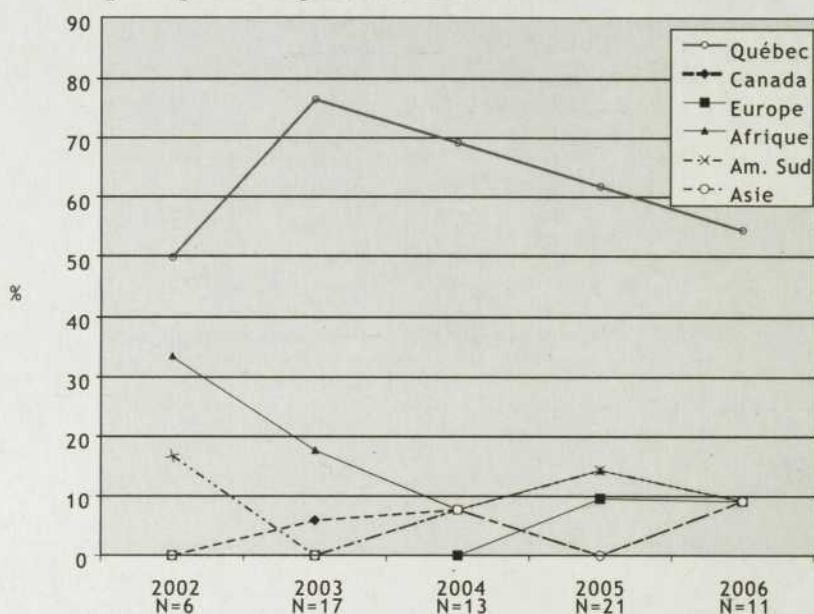
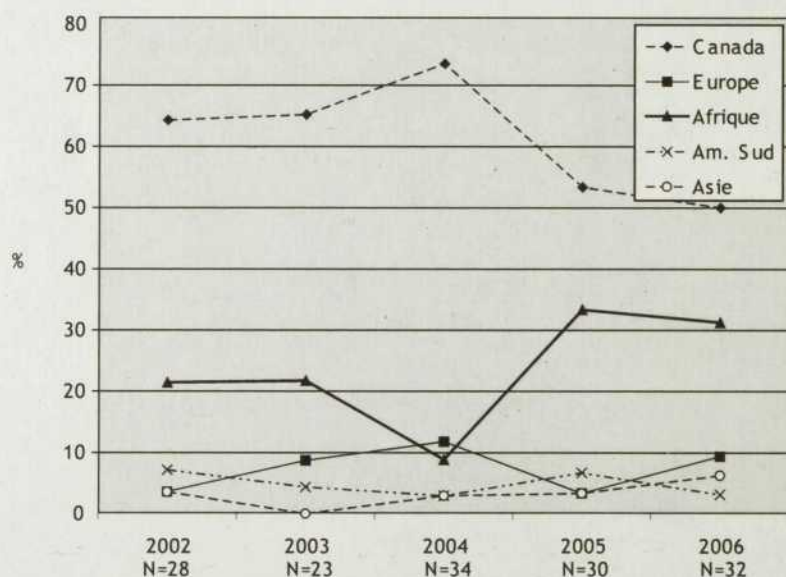


Figure 3 Nouvelles inscriptions au Ph. D. en santé publique à l'Université de Montréal, par région d'origine, 2002-2006



Les cours et les contenus en santé mondiale

Nous avons analysé ici le contenu des cours de maîtrise et de doctorat afin de comprendre l'offre en santé mondiale dans les quatre universités qui organisent des programmes de santé publique. Nous nous sommes surtout intéressés aux cours qui traitent de la santé dans les pays du Sud, les cours concernant des problématiques de santé prépondérantes dans ces pays (c.-à-d. les maladies infectieuses) et ceux qui abordent les enjeux inter/transculturels. Nous avons ainsi pu repérer 27 cours qui évoquent la santé mondiale selon des perspectives disciplinaires variées : épidémiologie, économie, démographie, administration de la santé, etc. Dans le tableau 3 nous présentons les cours spécifiquement dédiés à la santé mondiale ainsi que les cours non spécifiques mais qui évoquent la santé mondiale de temps à autre. Ajoutons que trois universités offrent des cours d'introduction générale à la santé mondiale.

Tableau 3 Cours concernant la santé mondiale, par université

	Cours généraux	Cours spécifiques	Cours transversaux
UdeM	Santé internationale	4	1
McGill	Health in Developing Countries	10	6
Laval	Introduction à la santé internationale	1	4
Sherbrooke	—	1	—

Les chercheurs en santé mondiale

Nous avons dénombré 36 chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé mondiale, la proportion de leur temps consacré à ce thème varie de 15 à 100 %. Leur discipline universitaire est très variable : médecine, épidémiologie, sociologie, anthropologie, démographie, etc. Le tableau 4 présente la répartition des chercheurs selon les universités, on remarque que McGill et l'Université de Montréal en ont un plus grand nombre. Il est intéressant également de noter l'association existante entre les régions principales où ces chercheurs entreprennent leurs projets et les régions d'origine de la majorité des étudiants inscrits dans ces universités.

Tableau 4 Nombre de chercheurs, région et thème d'intérêt privilégié par université

Universités	Nombre de chercheurs	Région dominante	Thèmes dominants
McGill	18	Global Asie	SIDA/ maladies infectieuse
UdeM	13	Afrique	Politiques et services de santé
Laval	3	—	SIDA Anthropologie médicale
UQAM	2	Amérique Latine	Santé et environnement

Les projets de recherche en santé mondiale

Sur la base des informations disponibles, nous avons trouvé 56 projets de recherche en santé mondiale mis en place par les chercheurs de quatre universités au cours des cinq dernières années. Cette estimation est très certainement une sous-estimation puisque nombre d'informations ne sont pas accessibles sur Internet ou bien les sites n'étaient pas mis à jour. Bien que McGill mette en place une banque de données, elle n'était pas disponible au moment de la collecte des données. Il faut donc considérer cette liste de 56 projets comme utile à l'exploration de la situation mais non comme une réalité parfaite. Une analyse exhaustive reste donc à faire.

Les principaux thèmes de recherche par université sont présentés au tableau 5. Une double observation s'en dégage. D'abord, plusieurs universités oeuvrent sur un même domaine, comme par exemple le sida, qui est le thème le plus étudié. Ensuite, chaque université semble s'être spécialisée dans un domaine en particulier, telles McGill pour les maladies infectieuses, l'Université de Montréal pour les systèmes de santé, l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) pour la santé environnementale.

Tableau 5 Domaines de recherche en santé mondiale par université

	McGill	UdeM	Laval	UQAM	Total
# de projets	29	20	3	4	56
Santé des populations	7	3			10
Politiques et services de santé		11			11
SIDA	6	5	2		13
Maladies infectieuses/parasite	9				9
Nutrition	4	1			5
Santé environnementale				4	4
Maladies chroniques	2				2
Science sociale et santé	1		1		2

L'orientation géographique des projets par université est présentée au tableau 6. Le nombre de projets est ici plus important (n=76) car les informations pour McGill sont plus détaillées. La majorité des projets sont situés en Afrique, Asie et Amérique du Sud, bien qu'encore une fois certaines universités se soient géographiquement spécialisées.

Tableau 6 Répartition géographique des projets par université

	McGill	UdeM	Laval	UQAM	Total
# de projets	50	19	3	4	76
Afrique	9	13	1		23
Am. Latine et Caraïbes	9	4	1	4	18
Asie	18	1	1		20
Europe de l'Est	2	1			3
Mondial/régions multiples	4				4
Pays occidentaux	8				8

Enfin, en ce qui concerne les financements de ces projets, il nous a été impossible d'obtenir suffisamment d'informations sur les montants pour pouvoir les présenter ici. Aussi, seul le nombre de projets par bailleur de fonds est présenté au tableau 7. Sur les 48 projets pour lesquels nous avons pu obtenir des informations, le plus grand nombre est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Tableau 7 Sources de financement par projet et par université

	McGill	UdeM	Laval	UQAM	Total
<i># de projets</i>	23	18	3	4	48
IRSC	14	2	1	3	20
CRDI	2	5		2	9
ACDI	3	4			7
Gates Foundation	2	1	1		4
Rockefeller	2				2
Autres	6	6	1		13

Note : un projet peut être financé par plusieurs bailleurs

Le point de vue des acteurs :

Afin de compléter les données précédemment présentées et de mieux comprendre les contextes interne et externe aux universités en matière de santé mondiale, c'est selon la perspective émique que nous allons maintenant poursuivre notre analyse. L'ensemble des informations décrites ici relève donc exclusivement du point de vue des acteurs.

Les opportunités en matière de santé mondiale

Le contexte dans lequel agissent les universités québécoises est bien celui de la globalisation. Le temps de l'isolement est révolu et les universitaires en ont parfaitement conscience, quelle que soit leur position au sein de l'administration. Les problématiques vécues à l'échelle de la planète sont maintenant mondiales, ce qui constitue le trait distinctif du champ de la santé mondiale. Cette globalisation des problématiques incite fortement à des pratiques de recherche concernant la santé mondiale. Un responsable d'organisme subventionnaire dira qu'il n'est pas possible de tenter d'améliorer la santé des populations d'ici en se dissociant de celles d'ailleurs. Certaines personnes prennent l'exemple bien

connu de la migration des professionnels de santé, situation qui touche tant le Sud que le Nord, mais aussi de la migration des professeurs dont l'impact est évidemment direct pour les universités.

Face à cette globalisation du monde, les universités québécoises semblent donner de plus en plus d'importance au caractère international de leurs formations et de leurs pratiques de recherche. L'internationalisation des études est un fait maintenant relativement bien établi, même si certains, nous le verrons plus bas, restent parfois sceptiques sur les motivations réelles. Certains affirment même que les universités du Québec sont « bien en avance par rapport à la majorité des universités canadiennes ». L'université Laval a par exemple créé un profil international pour la majeure partie de ses étudiants. Dans certaines facultés de médecine, les médecins résidents semblent de plus en plus s'intéresser à la santé mondiale. Ce mouvement des universités est parallèle à celui du FRSQ qui vient de décider d'entamer une consultation au sujet de sa politique internationale. L'organisme souhaite réfléchir à sa contribution à la formation des chercheurs, il veut encourager les chercheurs à séjourner à l'étranger, car il semble que peu d'entre eux profitent des possibilités déjà offertes (co-tutelle, stages, etc.). Au plan fédéral, des réflexions sont également en cours dans le cadre de la réforme des comités de pairs pour en créer un spécifiquement voué à la santé mondiale.

Quelques personnes ont souhaité dire que l'une des raisons pour les universités québécoises de proposer des enseignements ou de réaliser des recherches en santé mondiale réside dans la perception que ce domaine est proche du terrain, ancré dans les réalités vécues par les populations. Cela permet, nous dit-on, de « se rapprocher des populations ». Cela donne aussi l'occasion, nous dit une personne impliquée dans de tels processus depuis plus de vingt ans, d'agir sur l'ouverture d'esprit, de combattre certains préjugés tant du côté des étudiants que des professeurs.

Dans le cadre de l'enseignement en santé mondiale, où souvent les étudiants d'origine québécoise rencontrent ceux venant de l'étranger, la rencontre des cultures est perçue par ces étudiants comme une belle opportunité d'enrichissement personnel. Œuvrer dans ce domaine permet aux étudiants de rendre compte du « sens du merveilleux », nous dit un chercheur. De plus, s'insérer dans un réseau de contacts qui s'étend au-delà de l'enseignant qui encadre les travaux de l'étudiant permet à ce dernier d'être exposé à des personnes différentes, des « personnes brillantes, des *moovers* ». Ce type de rencontres donne aussi l'occasion aux étudiants de se faire mieux connaître et peut leur permettre, après leurs études, de trouver plus facilement des équipes d'accueil pour un éventuel post-doctorat.

Les menaces à l'égard de la santé mondiale

La recherche en santé mondiale s'organise souvent à partir de projets novateurs, nous dit-on. Cependant, ce type de projet trouve très difficilement des ressources financières pour être mis en œuvre. Le fardeau reposant sur les épaules des jeunes/nouveaux professeurs concernant le démarrage de leurs activités d'enseignement ou de leurs programmes de recherche laisse peu de temps et de ressources financières à l'établissement de partenariats internationaux. Or, réaliser des projets en santé mondiale nécessite l'organisation de solides ententes avec des partenaires basés à l'étranger, ce qui demande un réel investissement au départ. Au sujet des étudiants, certains responsables s'inquiètent de l'attrait particulier de la santé mondiale et de la nécessité de s'investir ardemment dans ce champ, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur concentration à l'égard des autres contenus de leur formation.

Ces mêmes responsables universitaires s'inquiètent des effets négatifs qu'aurait l'absence d'une formation en santé mondiale au sein de leur institution. Il faut comprendre cette préoccupation dans le contexte du Québec où une grande partie du financement des universités est octroyée en fonction du nombre d'étudiants inscrits. Par conséquent, ne pas disposer d'un programme de formation et de recherche en santé mondiale pourrait marginaliser l'université et réduire sa compétitivité : « la grande menace demeure la concurrence ». Mais le corollaire de cette approche fondée sur la concurrence est que certaines personnes se demandent si la « mode » de la santé mondiale n'est pas un leurre pour disposer de plus d'étudiants sans forcément avoir les moyens de les encadrer ou de leur offrir des cours. Les jeunes chercheurs ont vraiment besoin d'encadrement, si les bourses sont utiles, nous dit une personne d'un organisme subventionnaire, les équipes de recherche sont également importantes.

Enfin, une menace importante, relevée par plusieurs personnes et précisée également dans les faiblesses de la santé mondiale, est la possible participation au déséquilibre Nord/Sud dans ce domaine. En effet, peu de possibilités sont offertes pour que des chercheurs ou enseignants du Sud viennent au Québec, pour enseigner ou participer aux échanges scientifiques. Certains vont jusqu'à dire que « le milieu académique et ses exigences font en sorte que la recherche est surtout profitable aux pays du Nord ». Ces visites institutionnelles seraient l'occasion, non seulement de renforcer les partenariats entre les acteurs, mais aussi de lutter contre les préjugés quant à la qualité des recherches ou des chercheurs qui viennent des pays du Sud. On accueille très favorablement les étudiants étrangers alors que cela est moins évident pour les professeurs, une partie des raisons étant certainement à trouver dans les ressources financières que les uns apportent et que les autres coûtent. Sans une attention

particulière à cet égard, développer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec, sans se préoccuper de la manière dont cela peut aussi servir le milieu universitaire du Sud, pourrait contribuer à renforcer l'écart.

Les forces et les faiblesses de la recherche en santé mondiale

Relevons dans cette section d'abord les forces notées par les acteurs et ensuite les faiblesses de la recherche en santé mondiale.

Au plan des forces, nombreux sont ceux qui mettent en avant le fait que le bassin de chercheurs au Québec est relativement grand et que l'Axe du RRSPQ dispose d'un rôle unique. Comme nous l'avons dit plus haut, les universitaires du Québec auraient un peu plus d'avance sur les autres dans ce domaine. Plusieurs centres, équipes ou groupes de recherche sont déjà bien constitués. Le fait qu'il existe quatre équipes Teasdale-Corti « offre une plateforme intéressante », nous dit-on. Mais certains affirment que ces activités sont bien souvent « centralisées à Montréal ». Bien que plusieurs suggèrent un « *better networking* », les réseaux sont relativement bien en place. Aussi, la force principale qui réside au Québec est le fait que le potentiel de développement est encore fort important.

En ce qui a trait aux faiblesses, deux éléments principaux ont été soulevés par les répondants. Du côté des chercheurs, certes le potentiel est fort à l'échelle du Québec, mais il faut bien noter une distribution très variable d'une université à l'autre, tant du nombre de chercheurs que des domaines précis au sein desquels ils œuvrent dans un contexte de santé mondiale. Ainsi, une étudiante d'une université où la santé mondiale est relativement bien représentée dira qu'il y a « peu de variété en termes de superviseurs ». Dans une autre université, une étudiante avancera que « la recherche n'est pas très développée en santé mondiale ». À cela, il faut ajouter un certain manque de visibilité et d'information sur des activités en cours. Les nouveaux étudiants, ou ceux qui viennent de l'étranger, n'arrivent pas à avoir accès facilement à une cartographie des acteurs et de leurs projets au Québec. Aussi, il faut « faire connaître aux étudiants intéressés les options possibles » puisque pour certains centres de recherche, il y a « un manque de visibilité ». Une étudiante dira même « qu'il faut *publiciser* les avantages de travailler en santé internationale ». Une personne expérimentée évoque l'absence d'une personne qui jouerait, au sein des institutions universitaires, un rôle de courtier en faveur de la santé mondiale. L'encadrement des étudiants par les chercheurs n'est pas toujours facile à trouver puisque parfois l'information est « insuffisante/incohérente de la part de l'université ». En outre, si les chercheurs chevronnés sont très occupés, les plus jeunes (en « *pre-tenure faculty* ») sont

moins disponibles car ils doivent s'impliquer dans le démarrage de leurs activités, où enseignement et recherche sont bien souvent intimement mêlés. Du côté des thèmes de recherche, plusieurs étudiants ont noté la mise à distance relative des populations dans les travaux, la faible « implication de la société civile », nous dit un étudiant, ou « une compréhension étroite de la santé mondiale... sans débat critique qui dépasse l'approche qui s'inscrit dans le cadre d'aide aux pays pauvres », renchérit une de ses collègues d'une autre université. Ce point de vue est aussi partagé par un chercheur expérimenté qui précise qu'il « serait souhaitable que la finalité de la recherche en santé mondiale corresponde à des objectifs de développement ».

La seconde faiblesse mise au jour par cette étude est liée au manque de financement. Si cette remarque est globale, les personnes interrogées ont cependant précisé un certain nombre d'éléments où la carence financière relève d'une faiblesse particulière. D'abord, la phase d'émergence des projets et le temps nécessaire à l'établissement de partenariats respectueux et équitables implique un investissement temporel important pour lequel il est très difficile d'obtenir des financements. Au-delà des problèmes récurrents pour obtenir des visas, financer la venue d'un collègue étranger au Canada est une véritable gageure, nous dit-on. Ensuite, si nombre d'étudiants étrangers viennent dans les universités québécoises en ayant déjà une bourse d'étude, le financement pour leur collecte de données, par exemple, n'est pas toujours suffisant. Ainsi, l'effet pervers bien connu est que les étudiants étrangers ou les résidents canadiens d'origine étrangère se voient forcés de « s'inscrire dans le domaine d'intérêt du directeur de thèse » pour pallier leurs problèmes de financement. Une chercheuse précise en outre qu'il « n'y a plus comme auparavant de programme canadien de bourses pour des stages de courte durée », ce qui permettait la réalisation de missions plus brèves à l'étranger. Dans la même veine, il est difficile de trouver les moyens, lorsque la recherche s'est déroulée au Sud, de retourner sur le terrain pour « rendre compte des résultats aux participants », ce qui pose un sérieux problème d'ordre éthique. Enfin, si c'est difficile, mais pas impossible, de trouver des ressources pour les étudiants au doctorat, il semble que cela soit encore plus ardu pour ceux à la maîtrise, nous dit une de ces étudiantes. Cette même personne, dont l'avis est corroboré par les dires d'un autre étudiant, avance une nouvelle faiblesse intéressante à étudier. L'étudiant qui souhaite œuvrer en santé mondiale se retrouve le plus souvent obligé de donner un angle « recherche » à sa maîtrise et moins « intervention » car c'est dans ce domaine que les professeurs agissent. Ainsi, on note une faiblesse quant à l'offre faite aux étudiants de réaliser leur maîtrise en santé mondiale dans le domaine de l'intervention et non de la recherche bien que, nous dit un étudiant à la maîtrise, « il me

semble que non seulement la recherche est essentielle, mais le travail professionnel aussi ».

Cette vision plutôt pessimiste de la part des chercheurs et étudiants contraste avec celle d'un responsable d'organisme subventionnaire au Québec. Selon cette personne, les chercheurs en santé mondiale ont autant de chances que les autres d'obtenir des financements. Si la recherche est de qualité, de très haut niveau, et répond donc à des critères d'excellence, il n'y a aucune raison que cet organisme ne fournisse pas la subvention nécessaire à sa réalisation. Cependant, à l'échelle fédérale, la baisse significative des récents taux de réussite aux concours fait que certains comités de pairs s'interrogent sur la pertinence de financer des travaux en santé mondiale eu égard aux besoins nationaux.

Les forces et les faiblesses de l'enseignement en santé mondiale

Tout comme pour le volet recherche, relevons les éléments discutés à propos des forces puis des faiblesses de l'enseignement en santé mondiale.

Du côté des forces, la présence d'enseignants très compétents, forts motivés voire passionnés est mise en avant par nombre de personnes. De même, l'enseignement est très souvent axé sur des réalités concrètes, il est « souvent de nature appliquée », les professeurs mettant en jeu leurs propres expériences internationales. Cette qualité de l'offre d'enseignement, renforcée souvent par une volonté politique des universités à s'ouvrir sur l'international, permet ainsi d'attirer une clientèle nouvelle d'étudiants ainsi que des étudiants très motivés dans leur processus d'apprentissage.

En ce qui concerne les faiblesses, elles varient d'une université à l'autre. Dans certaines universités, l'enseignement spécifique en santé mondiale n'existe pas alors que, dans d'autres, la santé mondiale est enseignée de manière « très disciplinaire ». L'interdisciplinarité n'est pas toujours au rendez-vous. Parfois, lorsque l'enseignement existe, le contingentement strict est néfaste pour les étudiants intéressés par la santé mondiale sans être forcément inscrits dans les départements de santé publique. Quelques personnes regrettent l'absence d'un diplôme de Ph. D. en santé mondiale. Dans certaines universités, si les professeurs sont bien appréciés, ils ne sont pas nombreux. Aussi, le jour où ces derniers quittent l'université pour une année sabbatique, par exemple, il n'existe plus d'offre de cours en santé mondiale. À propos des professeurs toujours, on regrette le fait de ne pas avoir beaucoup de chances d'entrer en contact avec un enseignant issu d'une université du Sud, « les

professeurs du Sud sont rarement invités à venir enseigner », précise une étudiante. Offrir de telles possibilités permettrait de faire en sorte, nous dit un membre d'organisme subventionnaire, « que cela ne soit pas juste nous qui apportons la bonne nouvelle ».

Du côté des étudiants, il est parfois noté une faiblesse dans leur encadrement compte tenu, soit du manque de professeurs, soit de leur manque de disponibilité pour cette activité pédagogique. L'animation scientifique fait assurément partie des moyens de formation des étudiants. Or, on déplore parfois le manque de moments propices dans les universités pour que des échanges scientifiques dans le domaine de la santé mondiale puissent s'opérer. Leur rareté est regrettée, certains allant même jusqu'à dire que dans leur institution « il n'y a pas de débats ». Dans une université, une responsable a noté qu'il existait des résistances de la part des étudiants et des enseignants à intégrer une 2^e ou une 3^e langue. Ainsi, des étudiants, jugeant la maîtrise d'une seconde langue à la fin du 1^{er} cycle comme étant un critère trop strict, iraient s'inscrire dans une autre université de la province.

Enfin, du côté des ressources, on manque évidemment de fonds pour soutenir les étudiants qui, au cours de leur formation, doivent se déplacer sur le terrain. Ainsi, des universités en mesure de financer une partie du voyage sont vues par celles qui ne le font pas comme des concurrents, il ne faut « pas négliger la compétition » sur ce point. Le personnel nécessaire à l'encadrement, au plan de la gestion de projet et de l'administration, de ces étudiants allant à l'étranger ne serait pas toujours adéquat dans certaines universités. Sans que cela soit complètement clair pour les répondants, une exposition à la santé mondiale, à tout le moins aux enjeux internationaux, lors des enseignements de 1^{er} cycle serait une question à étudier et favoriserait assurément l'implication des étudiants aux cycles postérieurs.

Stratégies déployées

Pour faire face aux difficultés rencontrées, les étudiants, les jeunes chercheurs et leurs collègues expérimentés ont déployé des stratégies personnelles. Le sondage est un moyen qui nous permet de mettre au jour certaines de ces stratégies afin de les partager avec les personnes concernées.

Évoquons d'abord le soutien aux étudiants. Lorsque des quotas sont imposés, une chercheuse nous dit tenter de négocier auprès des personnes responsables. Un étudiant au doctorat dit que, pour parfaire ses connaissances, il a participé à des conférences en dehors de son université et du Québec.

Pour pallier l'insuffisance de fonds destinés aux étudiants, cette même chercheuse finance directement quelques bourses en prenant soin de les intégrer dans ses budgets de recherche. Elle a aussi négocié des ententes avec quelques Organisations non gouvernementales pour qu'elles accueillent des étudiants. Cette stratégie est aussi mise en branle par des étudiants. D'autres avouent avoir préfinancé ou tout simplement financé leur voyage de terrain.

À propos du travail sur le terrain et de la construction d'un partenariat de recherche, certains étudiants agissent par eux-mêmes, en prenant contact avec des personnes ressources par le biais d'Internet, de conférences ou de leur réseau personnel. Nombre d'étudiants disent avoir contacté de nombreux enseignants dans les universités de manière à disposer d'un encadrement ou d'un complément à cet égard.

Les recommandations suggérées par les acteurs

Les recommandations que nous suggérons à la fin de ce texte prennent en compte les données collectées mais également les recommandations émanant des personnes que nous avons interrogées. Aussi, pour permettre au lecteur d'apprécier la congruence de nos suggestions selon les propositions des acteurs, nous résumons dans les prochaines lignes la nature de leurs recommandations.

Aux équipes de chercheurs :

- Accroître les travaux en collaboration au sein du Québec plutôt qu'en compétition
- Disposer d'un site Internet centralisant les offres de formation et les programmes de recherche en santé mondiale
- Prévoir dans les subventions de recherche un budget permettant à un chercheur étranger de passer quelque temps dans l'université québécoise
- Développer l'animation scientifique
- Offrir et diffuser largement une information des activités de formation et de recherche
- Intégrer plus d'étudiants étrangers dans leurs activités de recherche

Aux instances universitaires :

- Créer un programme, un département ou une chaire de recherche en santé mondiale
- Engager des professeurs en santé mondiale proportionnellement au nombre d'étudiants étrangers

- Employer 0,7 % du budget de l'université pour œuvrer dans le domaine international
- Exposer les étudiants à la santé mondiale (cours ou stages) dès le 1^{er} cycle
- Faciliter la logistique de l'organisation des stages à l'étranger pour les étudiants
- Revoir les ententes interuniversitaires afin de les rendre plus opérationnelles et moins politiques
- Augmenter le nombre de bourses d'exemption pour les étudiants étrangers
- Favoriser les événements permettant aux chercheurs de partager leurs expériences avec les plus jeunes sur la manière de faire face à certains défis
- Engager de jeunes professeurs en santé mondiale

Aux organismes subventionnaires :

- Organiser un concours de bourse Ph. D. spécifique en santé mondiale mais sans le centrer sur une discipline spécifique
- Financer un programme de subvention d'échanges scientifiques permettant à des professeurs et chercheurs du Sud de passer quelques mois dans les universités québécoises
- Disposer d'un programme de financement pour des petits projets
- Financer les phases d'émergence et de préparation des projets
- Soutenir le développement d'équipes sous la forme de duos de recherche (un peu à l'image des ateliers organisés par la Coalition canadienne de santé mondiale chaque année)
- Créer un prix de chercheur en émergence
- Créer un programme de mentorat de jeunes chercheurs

Discussion et conclusion

Dans cette dernière section, nous précisons les limites méthodologiques de cette étude, proposons une conclusion sous la forme d'une synthèse et, enfin, suggérons certaines recommandations aux principaux acteurs concernés par la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec.

Limites méthodologiques :

Malgré le fait d'avoir tenté une collecte de données comparatives entre toutes les universités au moyen de grilles standardisées, il n'a pas été possible, à partir des sites Internet et des données administratives, d'obtenir toutes les informations nécessaires. Aussi, les données sont-elles très variables d'une université à l'autre. Les informations demandées directement aux chercheurs, par exemple, par courrier électronique, sont limitées compte tenu du faible taux de réponse. Ainsi, ces quelques limites nous forcent à préconiser une étude plus exhaustive, plus sophistiquée et disposant de plus de ressources pour obtenir des informations plus exhaustives. La présente étude doit donc être comprise comme étant exploratoire. Cependant, pour réduire ces biais d'information, nous avons eu recours à certaines personnes ressources au sein de ces universités afin de valider certaines données. Au niveau du sondage, le nombre de réponses reste faible comme souvent dans ce type de collecte de données. Il nous est par ailleurs impossible de connaître le taux de réponses puisque nous ne savons pas combien de personnes ont reçu le questionnaire. Aussi, notre analyse ne se veut absolument pas représentative du point de vue de tous les acteurs impliqués en santé mondiale au Québec, et encore moins de ceux qui ne le sont pas puisqu'ils n'ont pas été touchés par le sondage. Cependant, notre connaissance du milieu depuis plusieurs années ainsi qu'une certaine validation de nos interprétations par les pairs lors du colloque du 11 mai 2007 dans le cadre du Congrès de l'Acfas a permis de confirmer la pertinence de nos conclusions. Le taux de réponse aux entrevues téléphoniques a été meilleur puisque nous avons ciblé spécifiquement certaines personnes et organisé un processus de rappel. Cependant, certains acteurs n'ont pas souhaité répondre à notre requête, comme par exemple certains doyens de facultés, ce que nous avons déjà constaté (Ridde, 2005). Cela étant dit, le recours à ces entrevues n'a évidemment aucune prétention ni à l'exhaustivité ni à la représentativité. Il s'agit surtout de disposer d'informations provenant d'un échantillon d'acteurs sélectionnés sur la base de la nature des informations qu'ils peuvent nous apporter quant à l'objet d'étude (Pires, 1997).

Synthèse des résultats de la présente étude :

Par la présente étude, nous pouvons constater la présence d'une forte et croissante implication des universités du Québec en santé mondiale. Bien que les situations varient, il reste encore de belles opportunités de développement. McGill et l'université de Montréal disposent de nombreux programmes et ainsi de multiples projets de recherche. Il existe au Québec près de 30 cours disposant d'un contenu lié à la santé mondiale et des cours d'introduction spécifiques à la santé mondiale sont of-

ferts, au moment de cette étude, dans trois des cinq universités. Trente-six chercheurs sont impliqués en santé mondiale au sein de quatre universités (McGill, Université de Montréal, Laval, UQAM). Les domaines de recherche et les lieux de réalisation sont très variés mais chaque université semble s'être spécialisée.

Globalement, cette analyse de la situation au Québec suggère deux orientations possibles de manière à favoriser l'implication des étudiants et jeunes chercheurs en santé mondiale. D'une part, il pourrait être envisagé une spécialisation interne à chaque université, en ce qui concerne les domaines et les lieux de recherche. Cela semble en partie amorcé, avons-nous vu dans les résultats présentés plus haut. En renforçant ces spécialisations et cette réputation spécifique au Québec, au Canada et ailleurs, les universités pourraient ainsi attirer un grand nombre d'étudiants brillants et inciter les jeunes chercheurs à s'orienter vers cette carrière. D'autre part, nous croyons aussi que cette implication pourrait s'accroître par la complémentarité des compétences universitaires à l'échelle du Québec et l'organisation d'échanges plus formels entre les universités. Il s'agirait de regrouper certaines ressources, de promouvoir la collaboration interdisciplinaire voire transdisciplinaire, de partager des connaissances. Les étudiants inscrits dans des universités où la santé

Tableau 8 Résumé des opportunités et des menaces pour une université québécoise de proposer des enseignements et de réaliser des recherches en santé mondiale

Opportunités	Menaces
• Contexte de globalisation des problématiques de santé • Volonté politique universitaire à l'égard de l'international • Certaine avance par rapport aux autres provinces • Recherches proches des populations et de leurs besoins • Agir pour réduire les préjugés à l'égard des chercheurs et de la qualité des recherches au Sud • Rencontre interculturelle • Rencontrer des chercheurs de haut niveau au-delà du contexte local/national	• Projets novateurs difficiles à financer • Faible disponibilité des jeunes professeurs à l'égard de partenariats longs à organiser • Divertissement des étudiants pour d'autres aspects de leur formation de base • Obligation de proposer de la santé mondiale pour que l'université ne soit pas marginale et reste compétitive • Renforcement du déséquilibre Nord/Sud si le partenariat n'est pas équitable

mondiale est moins développée pourraient ainsi profiter des réseaux et relations au sein même du Québec, entre les universités.

Dans les tableaux 8 et 9, nous proposons au lecteur un résumé des données empiriques tirées de nos échanges avec les acteurs.

Tableau 9 Résumé des forces et des faiblesses de l'enseignement et de la recherche en santé mondiale au Québec

Forces	Faiblesses
Enseignement	
• Enseignants compétents et motivés • Axé sur des réalités concrètes • Volonté politique des universités de s'ouvrir sur l'international • Étudiants très motivés	• Cours spécifiques pas toujours proposés • Cours souvent disciplinaire • Contingement de certains cours • Pas de diplôme de Ph. D. en santé mondiale • Pas suffisamment de professeurs • Pas de professeurs étrangers • Peu/pas de formation à l'intervention en santé mondiale • Pas assez d'exposition à l'international dès le 1^{er} cycle • Manque d'animation scientifique • Financement insuffisant pour les étudiants, leurs déplacements
Recherche	
• Bassin de chercheurs relativement important • Présence de centres, équipes ou groupes de recherche	• Réseau à améliorer • Forte centralisation à Montréal • Distribution inégale des chercheurs et des disciplines dans la province • Manque de visibilité et d'information sur les activités • Chercheurs chevronnés occupés et jeunes peu disponibles • Population/société civile parfois à l'écart • Financement insuffisant pour l'émergence des projets, la construction des partenariats, la venue des chercheurs étrangers, la diffusion des résultats sur le terrain, l'appui aux étudiants

Recommandations

C'est à partir de l'ensemble des données présentées dans les pages précédentes que nous nous permettons maintenant de suggérer quelques recommandations auprès des diverses parties prenantes afin de favoriser l'implication des étudiants, des jeunes et des nouveaux chercheurs en santé mondiale.

À l'Axe de recherche en santé mondiale du RRSPQ :

- Donner le mandat à un binôme de chercheurs (un jeune et un expérimenté) d'organiser la conférence annuelle de l'Axe sur un nouveau thème chaque année
- Créer un poste de courtier en santé mondiale (par exemple un pourcentage de post-doc) à l'échelle du Québec afin de mieux faire connaître les activités de recherche et d'enseignement réalisées au Québec et d'organiser une animation scientifique régulière
- Organiser un processus de réflexion (*concept mapping*) afin de produire une définition consensuelle de la notion « recherche en santé mondiale » au Québec
- Réaliser une base de données des acteurs en santé mondiale au Québec, la rendre disponible sur Internet et la mettre à jour régulièrement
- Soutenir la publication d'un manuel d'enseignement en santé mondiale dont les chapitres sont écrits par des spécialistes du Québec
- Étudier la manière dont il serait possible de favoriser la participation de chercheurs à mi-carrière non préalablement impliqués en santé mondiale
- Organiser un plaidoyer à l'égard des recommandations issues de ce rapport

Aux chercheurs :

- Créer des alliances opérationnelles avec des ONG et la société civile
- Prévoir de manière systématique dans les projets de recherche l'implication et la formation des étudiants
- Participer à la préparation du manuel d'enseignement en associant à l'écriture des jeunes chercheurs et des étudiants

Aux instances universitaires :

- Créer des postes d'enseignement et de recherche en santé mondiale
- Créer une instance d'information interne aux universités sur l'enseignement et la recherche en santé mondiale

- Créer des programmes d'enseignement spécifiques à la santé mondiale (M. Sc. en santé mondiale avec un volet intervention et un volet recherche) et/ou inclure un volet santé mondiale dans tous les cours de santé publique
- Dans les universités où cela n'existe pas encore, créer de nouveaux cours spécifiques à la santé mondiale et dans une perspective interdisciplinaire
- Créer un poste de professeur invité pour recevoir régulièrement des professeurs invités de l'étranger

Aux organismes subventionnaires :

- Fédérer tous les organismes subventionnaires du Québec pour organiser un concours de bourses de Ph. D. et de M. Sc. spécifiques en santé mondiale sans restriction disciplinaire
- Prévoir de manière systématique dans les bourses de recherche de Ph. D. et M. Sc. en santé mondiale un budget pour les voyages et pour la diffusion des résultats sur le terrain après la collecte de données
- Organiser un concours de création de chaires de recherche en santé mondiale pour les jeunes chercheurs avec le soutien au développement de partenariats de recherche avec un ou plusieurs chercheurs étrangers
- Organiser des concours de subventions de développement de collaboration et de soutien à l'émergence des projets spécifiques à la santé mondiale
- Permettre aux chercheurs post-doctoraux d'être chercheurs principaux dans les demandes de subvention

Références bibliographiques

- Butler-Jones, D. (2007). The health of the public is the foundation of prosperity: the work of the Public Health Agency of Canada at home and around the world. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9): 1063-1064.
- Global Forum for Health Research. (2004). *The 10/90 report on health research 2003-2004*. Geneva, Global Forum for Health Research, www.globalforumhealth.org: 282.
- Haddad, S. et LaBossière, F. (2006). Axe de recherche en santé mondiale, rapport d'activités : septembre 2005-mai 2006. Montréal, Réseau de recherche en santé des populations du Québec; 2006. Available : http://www.santepop.qc.ca/santemondiale/Rapport_activites_%20sept2005-mai2006_smondiale.pdf (accessed 2007, May 23).

- Haddad, S., Zakus, D. et autres. (2002). *Promouvoir la participation du Canada et le renforcement des capacités dans la recherche sur les politiques et les systèmes de santé dans le monde : perspectives et recommandations*. Ottawa, Université de Montréal et Université de Toronto. Document préparé pour les Instituts de recherche en santé du Canada, mai 2002, p. 63.
- Laurendeau, M.-C., Hamel, M. et autres. (2007). *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*. Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 55.
- Mohindra, K. (2001). *Health research at IDRC*. Ottawa: International Development Research Centre; 2001 Disponible à : <http://idrinfor.idrc.ca/archive/corpdocs/118226/a-118226.pdf> (accessed 2007, May 23). Ottawa, IDRC.
- Neufeld, V., MacLeod, S. et autres. (2001). The rich-poor gap in global health research: challenges for Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164(8): 1158-9.
- Neufeld, V. et Spiegel, J. (2006). Canada and global health research. *Canadian Journal of Public Health*, 97(1): 39-41.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Colin.
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers et al, Gaëtan Morin Editeur : 113-169.
- Ridde, V. (2005). L'Université ouverte sur le monde, encore un petit effort ! Au Fil des Événements. <http://www.scom.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2005/02.10/courrier.html> Retrieved 2005/02/10/, 2005.
- Ridde, V., Mohindra, K. et autres. (2007). *Promouvoir la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec. État des lieux dans les universités québécoises et perspectives d'avenir pour les jeunes et nouveaux chercheurs*. Montréal, Axe de recherche en santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec : 47.
- Spiegel, J., Labonte, R. et autres. (2003). Tackling the 10/90 gap: a Canadian report. *The Lancet*, 362: 917-918.
- Walker, S.H., Ouellette, V. et autres. (2006). How can PhD research contribute to the global health research agenda? *Can J Public Health*, 97(2): 145-148.

Postface

La problématique de l'enseignement et de la recherche scientifique en Afrique francophone

Blaise Sondo

L'utilisation rationnelle des savoirs, savoir-faire et technologies dus à l'enseignement et à la recherche scientifique est à la base du progrès de l'humanité. Introduits par la colonisation en Afrique francophone, l'enseignement et la recherche scientifique ont été mis en œuvre sous la forme de programmes verticaux. La décennie 70 a été celle de la création d'universités nationales, de ministères d'enseignement supérieur et/ou de la recherche scientifique au sein des gouvernements de la plupart des pays de l'Afrique francophone. Le contenu des programmes d'enseignement est resté toutefois pour l'essentiel inchangé et la recherche scientifique, une activité déconcentrée des instituts français dans les pays africains.

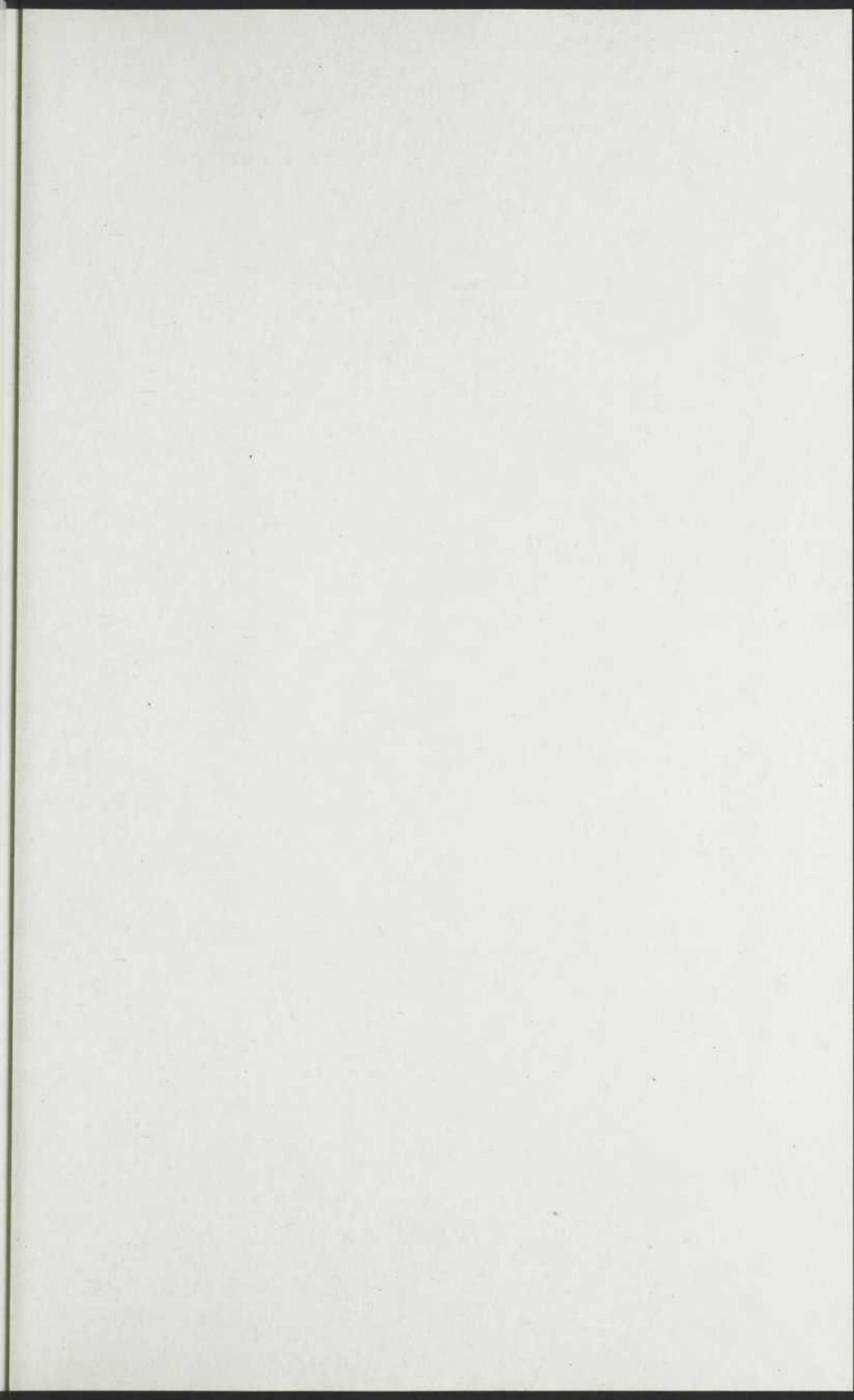
L'organisation actuelle de l'enseignement et de la recherche n'a pas modifié leurs rapports historiques. En outre, une certaine conception politique semble opposer, d'une part, la recherche « universitaire » assimilée à de la recherche en « laboratoire fermé », sans emprise visible sur le développement économique et social des pays, et, d'autre part, la recherche scientifique et technologique, centrée sur le développement et réalisée par les centres et instituts de recherche internationaux en « partenariat » avec les départements ministériels de la santé, de l'agriculture, des ressources animales, halieutiques, forestières, etc. Conséquence ou résultat de cette conception, le volume horaire d'enseignement de la recherche est marginal dans les programmes universitaires et les chercheurs non enseignants africains jouissent d'un faible crédit social comparé aux enseignants chercheurs. Dans le contexte de cette dualité, le Burkina Faso a fait œuvre de pionnier en introduisant, dès l'ouverture de la faculté de médecine en 1981, un module d'enseignement de la recherche sur les systèmes de santé dans le programme de formation des médecins et des pharmaciens. Plus tard, en 1995, le gouvernement burkinabé adopta un plan stratégique de la recherche scientifique et érigea le CNRST¹

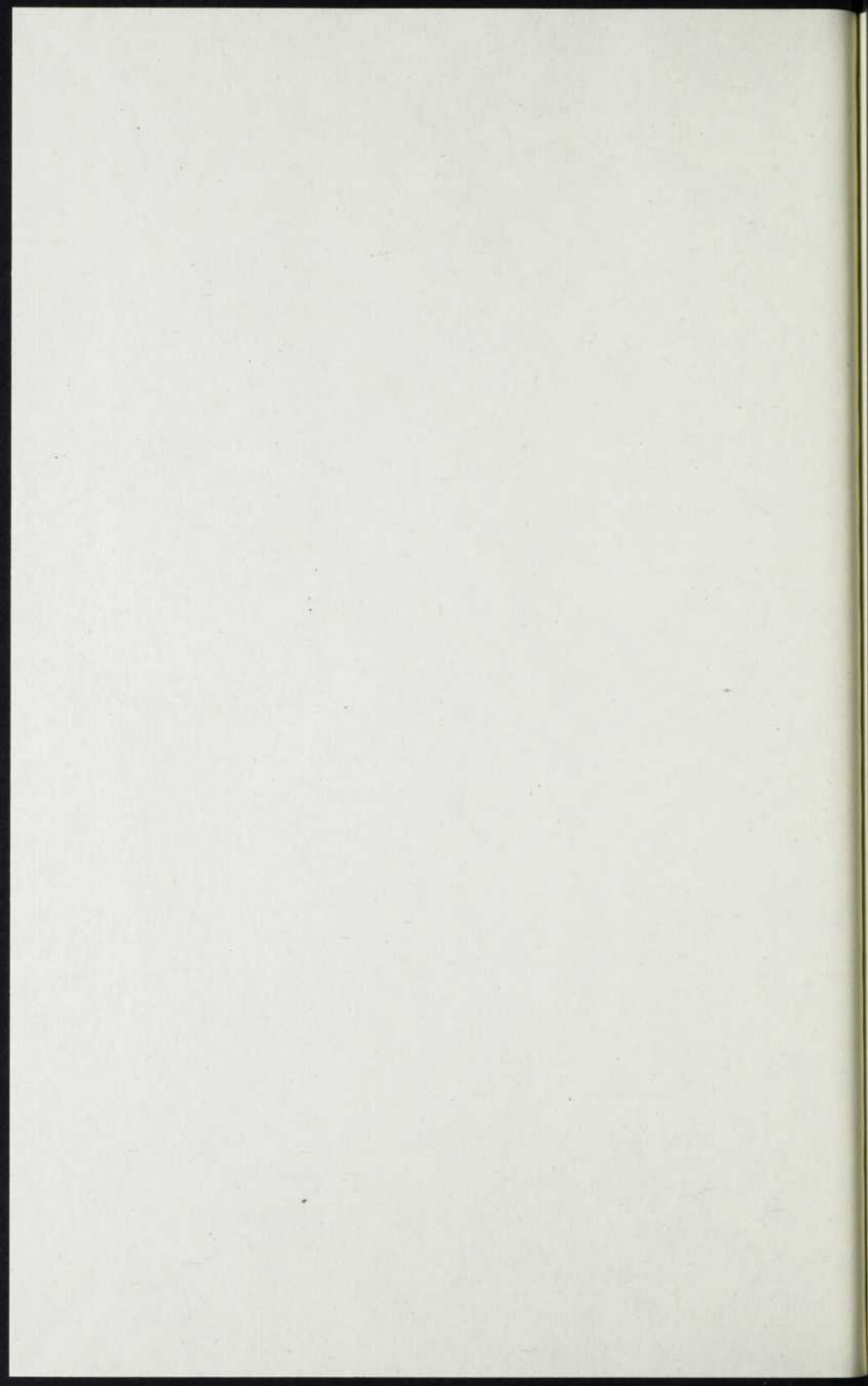
1. Centre national de la recherche scientifique et technologique, créé en 1978 pour promouvoir une recherche orientée vers la résolution des contraintes de développement, coordonner l'ensemble des activités et structures de recherche scientifique et technologique œuvrant au Burkina et diffuser les résultats de la recherche.

en une délégation générale de la recherche scientifique comprenant quatre instituts de recherche. Les champs d'intervention de ces instituts sont l'agriculture, l'environnement et l'élevage, les sciences humaines et sociales, la santé humaine, et les énergies. Le CNRST fit un plaidoyer intense en faveur de la recherche auprès des décideurs nationaux et internationaux. Les résultats les plus significatifs de ce plaidoyer sont la mobilité des chercheurs et enseignants entre le CNRST et les universités burkinabées et la co-tutelle des thèses d'étudiants, l'extension du champ d'action du CAMES² aux chercheurs africains francophones et la création de la CRRAP³ au sein du CAMES par les centres nationaux et régionaux de recherche pour servir de cadre de concertation entre eux et de coopération avec les universités.

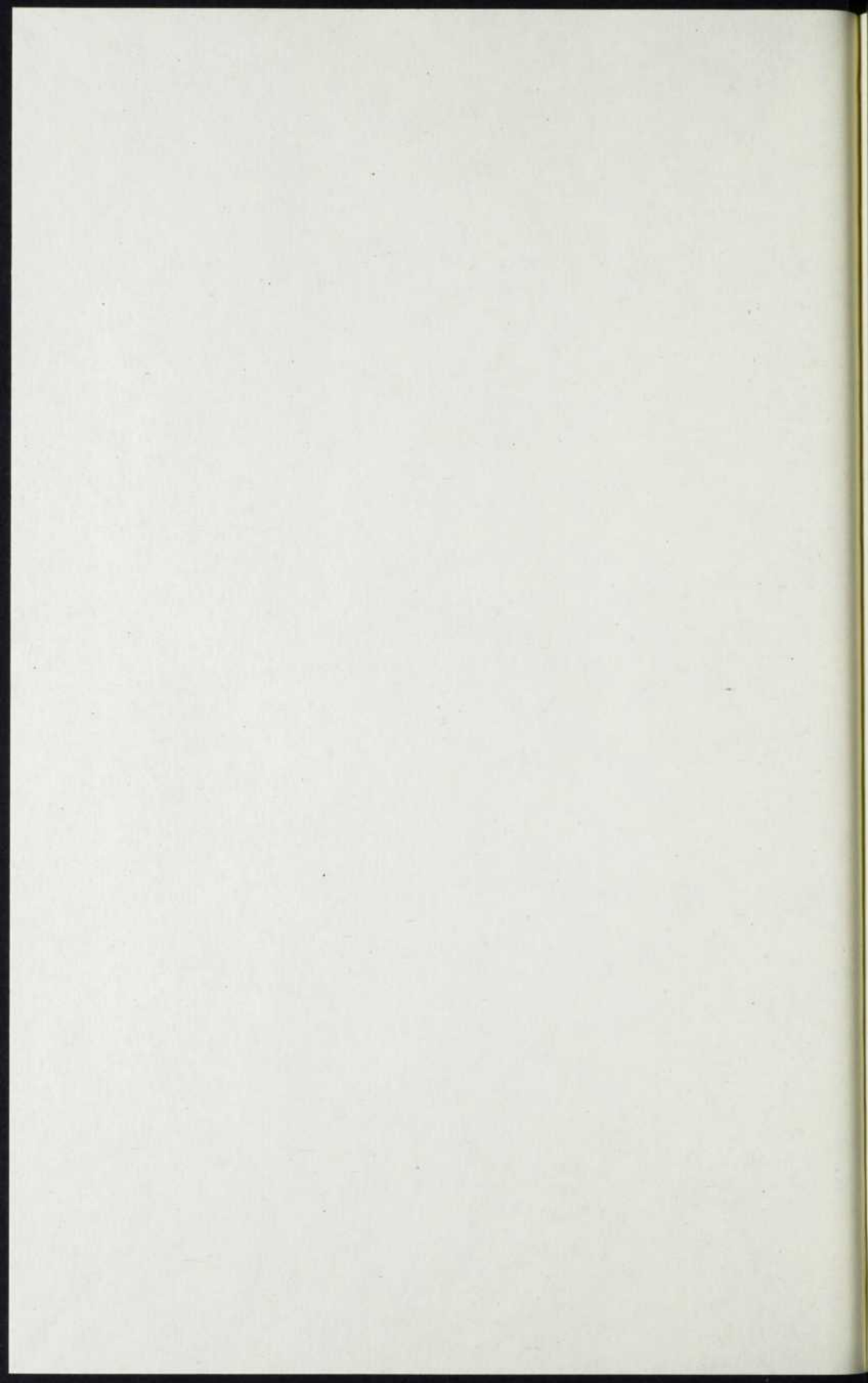
La situation décrite ci-dessus n'est pas spécifique à un pays. La problématique de l'enseignement et de la recherche reste complexe, marquée par un développement retardé de la recherche sur l'enseignement. Globalement, la recherche scientifique en Afrique francophone fait face à trois grands défis. Le premier est l'absence d'un leadership politique : les buts ultimes de la recherche devraient ressortir d'un programme gouvernemental, lui-même lié aux besoins prioritaires des populations et de l'État. De l'insuffisance de ce préalable découlent les contraintes actuelles de la recherche : financement dérisoire, faible visibilité de la recherche et de ses résultats, fuite des « cerveaux » vers l'enseignement universitaire et vers l'extérieur du continent, etc. Le deuxième défi est celui de l'intégration de l'enseignement et de la recherche : cette intégration requiert une réflexion autour d'un système national d'enseignement et de recherche dans lequel les universités, les centres de recherche sont organisés et coordonnés pour répondre aux objectifs programmatiques gouvernementaux de satisfaction des besoins fondamentaux des populations et de l'État. Le dernier défi réside dans la qualité des partenariats de recherche. Ces partenariats doivent aller au-delà de la substitution des institutions de recherche des pays en développement et/ou de la déconcentration des institutions de recherche des pays développés pour une COOPÉRATION véritable Nord-Sud en matière de recherche.

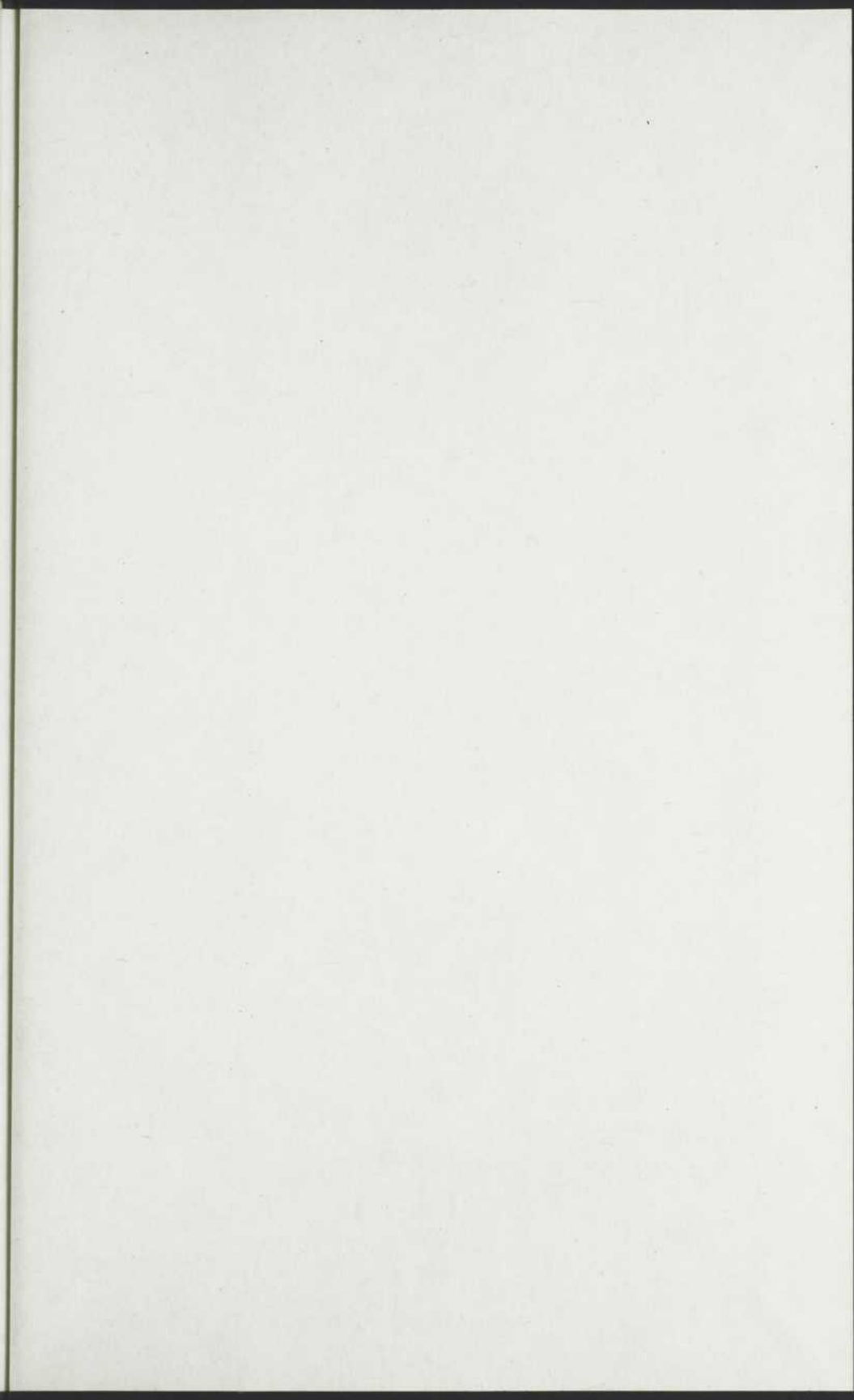
2. Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur : il a été créé en 1967 pour l'évaluation et la promotion des enseignants des universités francophones d'Afrique. Depuis 1987, il a inclus dans son champ d'action les chercheurs de ces pays; les premiers chercheurs qui se sont soumis à cette évaluation furent burkinabés.
3. La Conférence des responsables des systèmes de recherche d'Afrique francophone est un organe du CAMES et l'homologue de la Conférence des recteurs d'universités francophones d'Afrique et de l'océan Indien.









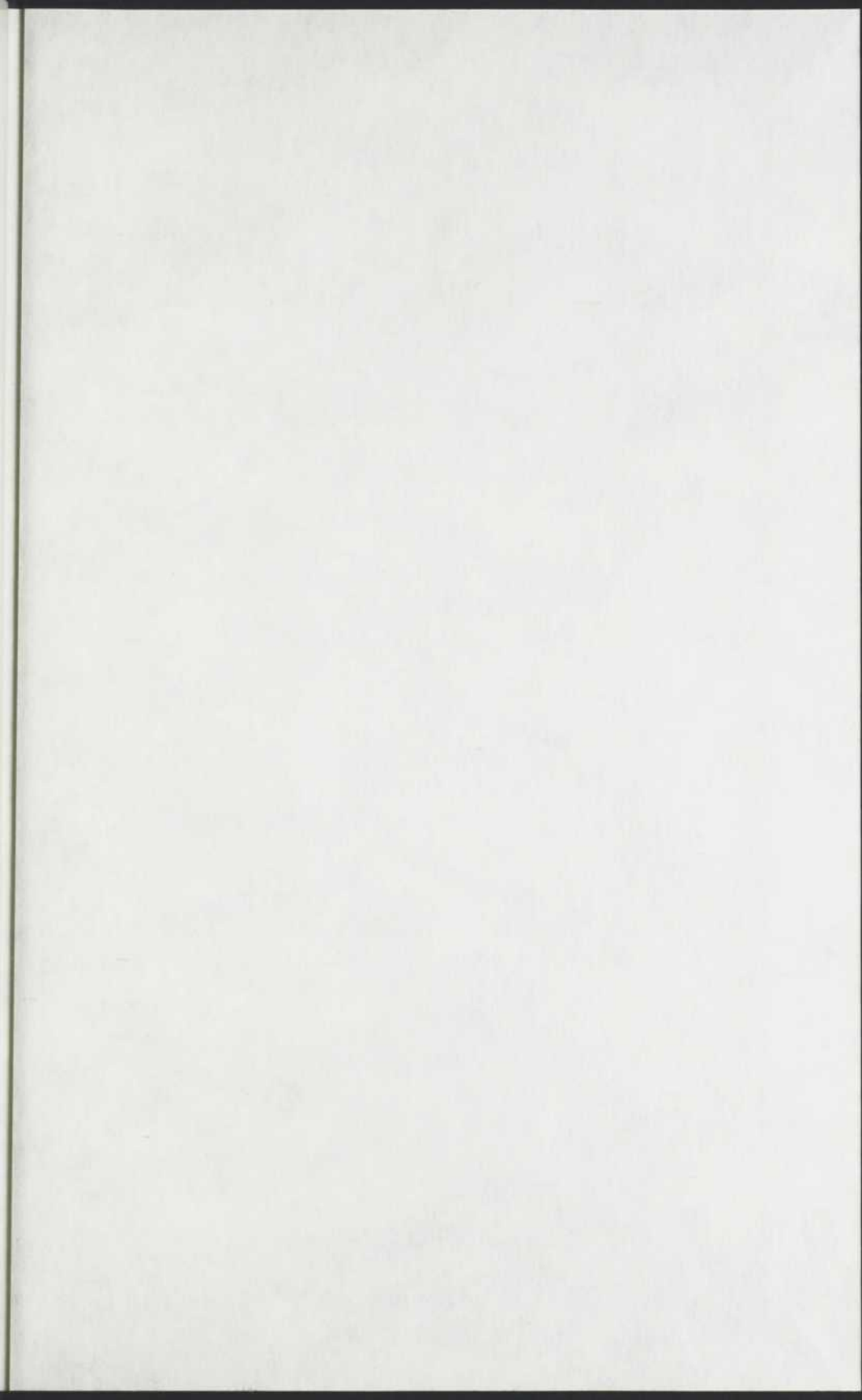




Marquis Imprimeur Inc.

Québec, Canada

2008



R.C.L.

AVR. 2012





Association francophone
pour le savoir

Acfas

BAnQ



000 596 452

Dans un contexte de globalisation, les problèmes liés à la santé des populations ne peuvent plus, désormais, être confinés dans des frontières hermétiques. Leur compréhension nécessite la réunion de différentes formes de savoirs issues de nombreuses disciplines, détenues par une myriade de chercheurs vivant dans des contrées multiples, parlant des langues différentes et pratiquant la recherche de manières variées. Or, contrairement à leurs collègues sociologues ou anthropologues, les chercheurs dans le domaine de la santé s'interrogent assez peu sur leurs pratiques de recherche. Voilà pourquoi nous avons organisé en 2007, avec l'Axe « Santé mondiale » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, un colloque réunissant pour la première fois sur ce thème des chercheurs et des étudiants désirant réfléchir sur leur pratique, notamment dans le contexte particulier de la recherche en santé mondiale où la collaboration est centrale. Les Actes de ce colloque, réunis dans cet ouvrage, témoignent donc de cette réflexion.



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec

ISBN 978-2-89245-135-1



9 782892 451351