

ANTHROPEN

Le dictionnaire francophone d'anthropologie ancré dans le contemporain

SANTÉ MONDIALE

Ridde, Valery. Fillol, Amandine
IRD, France

DOI : <https://doi.org/10.47854/anthropen.vi0.51161>

Date de publication : 2021-06-11

[Voir d'autres entrées dans le dictionnaire](#)

En démarrant la lecture de cette entrée sur la santé mondiale, il se peut que les lecteurs soient à la recherche d'une définition de ce concept relativement récent dans le champ de la santé. Pourtant, nous pensons impossible d'en proposer une tant il apparaît labile et controversé. Même en reprenant les trois dimensions d'un concept (sens, terme, référent), nous manquons encore cruellement de clarté et de précision pour ce qui est de la santé mondiale. Pourtant, « *seul un concept construit et opérationnalisé de manière adéquate peut contribuer à une production scientifique cumulative de qualité* » (Daigneault et Jacob 2012). Nous pourrions même penser qu'il est d'un niveau d'immaturation tel (Morse et al. 1996) qu'il serait risqué de nous aventurer à suggérer une définition. Aussi nous allons plutôt proposer une analyse critique de ce vocable et des enjeux sous-jacents qu'il fait émerger.

Le champ de la santé, comme bien d'autres, regorge de concepts et de termes malléables qui évoluent dans le temps, au gré des déclarations internationales, des discours savants et des interventions publiques. On n'évoquera pas ici le concept de santé (Roy 2018), mais plutôt les concepts associés aux contextes de la mise en œuvre des interventions de santé, car les profanes peuvent rapidement se perdre dans les différences et similitudes entre la santé mondiale, la santé internationale, une seule santé, la santé dans toutes les politiques, la coopération internationale en santé, la santé planétaire, les soins de santé primaires ou la promotion de la santé. Nous pourrions multiplier les exemples de cette diversité de concepts qui changent selon l'histoire mais aussi selon les personnes et les organisations qui les proposent, ou leur imposent certains aménagements. Pourtant, depuis l'unification microbienne du monde qui date au moins du X^{IV}e siècle et la mondialisation des échanges, la santé n'est-elle pas mondiale par essence ?

Cependant le concept de santé mondiale est apparu relativement récemment, sous l'impulsion, notamment, du besoin de certains acteurs nord-américains et européens de qualifier leurs actions/enseignements de santé publique hors de leurs frontières nationales (King et Koski 2020). Ainsi certains placent la santé mondiale à l'extrémité d'un continuum de pratiques historiques de santé publique partant de la santé tropicale (notamment au cours des périodes coloniales) pour se transformer en santé internationale et devenir aujourd'hui « *un domaine d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et à l'équité en matière de santé pour tous les peuples du monde* » (Koplan et al. 2009). Il s'agit donc, de la part d'universitaires (au-delà de leurs frontières nationales), d'une tentative de globalisation sémantique des pratiques et enseignements en santé internationale, plutôt que d'un changement de paradigme de politique au sens de Hall (1993). Instruments, idées et objectifs ne semblent guère avoir évolué car nous ne constatons rien de nouveau dans cette définition proposée et largement reprise. D'ailleurs, la plupart des articles publiés dans des revues scientifiques dites de santé mondiale traitent des problèmes de santé spécifiques aux pays dits à faibles revenus (Abdalla et al. 2020). La contribution à la production scientifique que Daigneault et Jacob (2012) appelaient de leurs vœux semble donc moins présente que la volonté d'exister dans un champ académique (comme dans les années 1970-1980 pour le champ de l'évaluation). En effet, les approches en santé internationale ont parfois eu des difficultés à se départir des oripeaux de la médecine coloniale. En 2020, la société française de santé publique ne publiait-elle pas encore une revue scientifique avec une section consacrée à l'Afrique, non coordonnée par une personne de ce continent ? En France, un groupe de réflexion (think tank) du nom de « Santé mondiale 2030 » s'est créé sans représentant de la diversité de la société nationale et de personnes originaires des pays qu'il s'engage à défendre, d'ailleurs avec une vision centrée sur les pays à faible ressources (santé internationale) et non à l'échelle mondiale (Ridde, Ouedraogo et Yaya 2021). La ville d'Anvers en Belgique ne dispose-t-elle pas encore d'un Institut de médecine tropicale où des étudiants d'Afrique centrale viennent suivre un master en santé publique ? Certains pourraient dire que la santé mondiale s'intéresse essentiellement aux questions d'équité dans tous les pays du monde alors que la santé internationale concerne l'équité uniquement dans les pays à faible revenu (Abimbola 2018). Mais cette noble quête de l'équité sur la planète n'est pas nouvelle pour les acteurs de la santé. Il suffit de se souvenir de la charte d'Ottawa, rédigée en 1986, qui fait de l'équité l'objectif central de la recherche et des interventions de promotion de la santé (Ridde 2007). Et si ces tentatives de définir la santé mondiale, que certains appellent santé globale, mais en dirigeant toujours leur regard vers le Sud, ne visaient qu'à tenter de légitimer des institutions du Nord qui veulent continuer à offrir des formations/interventions de santé publique dans les contextes des Sud ? En quoi est-il pertinent en 2020 qu'une université canadienne, belge ou française offre une formation de santé publique à des étudiants d'Afrique ou concernant des systèmes de santé de pays africains ? En quoi est-il logique que des contribuables canadiens ou européens financent les réformes des systèmes de santé africains ? Au-delà des enjeux de définition, on voit bien que la question des pouvoirs est centrale à cette réflexion, si l'on veut tenter quelques éléments de réponses à ces questions.

On ne peut nier la volonté de certains acteurs de la santé mondiale de sortir de ces anciens schémas et de mieux comprendre les enjeux de pouvoir au sein de ce

champ. Ainsi les outils et les propositions pragmatiques pour décoloniser la santé mondiale sont-ils de plus en plus nombreux. Cette décolonisation se veut non seulement affranchie du colonialisme, mais aussi « *du racisme, du sexisme, du capitalisme et d'autres -ismes nuisibles [...] pour l'équité en santé* » (Büyüm et al. 2020). Il ne s'agit plus seulement de regarder la manière dont les institutions de santé mondiale se déploient ainsi que les modes de pouvoir coercitifs (directs) entre les acteurs ou les pays ; il s'agit aussi de comprendre comment des processus moins visibles, comme l'établissement des autorités épistémiques, morales ou encore normatives, sont conditionnés par un ordre social inégalitaire, et contribuent eux-mêmes aux inégalités de ressources et aux processus de dépendance et de pouvoir. Par exemple, alors que certains pays africains ont mis en place des mesures précoces et efficaces contre la pandémie de Covid-19, c'est l'expertise des scientifiques des pays nord-américains ou européens qui a été sollicitée ou mise en avant sur la scène mondiale (Dalglish 2020). Lors de la dernière crise d'Ebola, des scientifiques africains ont été discrédités du seul fait de leur pays d'exercice (Lauer 2017). Sans aller jusqu'aux hautes sphères des décisions politiques, ce défaut de crédibilité, ou cette injustice épistémique, se produit également quotidiennement au sein des relations soignants-soignés, que ce soit de la part d'hommes médecins minimisant les douleurs ressenties par des femmes atteintes d'endométriose, ou de celle de professionnelles de santé envers des personnes migrantes ne maîtrisant pas le langage ou les codes du pays d'accueil. À Montréal par exemple, discrimination et racisme sont largement vécus par les migrants lors de leur recherche de soins (Cloos et al. 2020). Il ne s'agit pas de tomber dans une vision binaire où certains individus feraient de la « bonne » santé mondiale alors que d'autres ne feraient qu'enrichir les rapports de pouvoir ou seraient des privilégiés. La plupart du temps, les processus menant à des injustices, épistémiques ou sociales, sont diffus, se construisent dans le quotidien des actions et des interactions, et sont ancrés dans des déterminants structurels qu'il est difficile de combattre. Plutôt que d'épingler des individus (comme cela a encore été le cas dans la pandémie actuelle de Covid-19), ne faudrait-il pas penser les influences des systèmes et des structures ? « *Lutter contre les inégalités en santé, ce n'est pas vouloir aider les plus vulnérables, c'est s'interroger sur le rôle des privilégiées et remettre en cause les structures sociales qui créent les privilèges et les oppressions* » (Nixon 2019). Cependant, on ne peut que s'étonner qu'aujourd'hui encore, les organisations internationales, les universités et les bailleurs de fonds qui décident des priorités de santé mondiale dans les pays dits du Sud comptent une majorité d'hommes, provenant de pays à hauts revenus, anglophones et économiquement favorisés (Global Health 50/50, 2020). Aucun discours portant des valeurs économiques hétérodoxes n'est mis en avant et encore moins jugé légitime. Par exemple, seuls les discours permettant d'ancrer les solutions de lutte contre le changement climatique dans le système capitaliste sont présents dans les négociations sur la scène mondiale. Les discours remettant en cause l'efficacité d'une gouvernance basée sur le marché ou d'un développement basé sur l'industrialisation, et promouvant l'égalité du partage du fardeau sur la planète, sont absents de ces négociations mondiales (Stevenson 2016).

Au-delà des questions de pouvoir, une myriade d'autres enjeux contemporains méritent d'être abordés. On commencera par noter évidemment tous les défis que posent les collaborations internationales (Vidal 2014) et interdisciplinaires, alors que

les questions d'inégalités, abordées précédemment, sont consubstantielles à ce champ. On ne reviendra pas sur toutes les pratiques et stratégies d'adaptations qu'elles provoquent car elles sont largement connues, très étudiées, mais souvent cachées et peu abordées publiquement (Ouattara et Ridde 2013). Les débats actuels sur la décolonisation de la santé mondiale sont plus récents mais ne semblent pas avoir encore totalement imprégné toutes les parties prenantes (Büyüm et al. 2020). Michel Foucault, Franz Fanon, Joseph Ki-Zerbo ou Orlando Fals Borda sont encore peu ou pas enseignés aux intervenants et étudiants en santé mondiale. Les approches interdisciplinaires, participatives et soucieuses de la pertinence sociale des recherches et interventions ne sont pas plus présentes dans la formation de ces personnes. Ces dernières sont encore trop souvent ancrées dans des approches biomédicales et épidémiologiques de la santé mondiale, omettant d'insister sur les approches communautaires, participatives, holistiques. Cela s'est d'ailleurs observé au cours des dernières épidémies (Carabali et al. 2020 ; Yoon 2010) et de la pandémie actuelle de Covid-19 (Paul, Brown et Ridde 2020), où le spectre des solutions est trop souvent orienté vers des techniques biomédicales en dépit des déterminants sociaux de la santé. L'enseignement de la santé communautaire a quasiment disparu, y compris au Québec (Ridde et Druetz 2016). Une santé publique préoccupée par l'équité, les déterminants sociaux de la santé, les enjeux de politique et le pouvoir (d'agir) n'est théoriquement en rien novatrice alors qu'en pratique, elle devrait être l'apanage d'une santé (vraiment) mondiale. Les cliniciens, virologues et autres infectiologues qui pilotent la lutte contre la pandémie de Covid-19 dans la plupart des pays du monde semblent découvrir ce qu'Ivan Illich, Pierre Aïach ou Michael Marmot disent depuis des décennies. Les pasteuriens sont encore au pouvoir. De surcroît, tant que les États des pays du Sud n'accorderont pas une priorité au secteur de la santé, les collaborations internationales et leurs avatars vont perdurer. Par exemple, au Sénégal, seulement 14,4% des projets de recherche de 2019 étaient financés localement. Au Mali, l'État consacre moins de 6% de son budget annuel au secteur de la santé. Dans ce contexte, les enjeux de pouvoir et leurs dérives ne peuvent que continuer. Cependant, au-delà des idées reçues sur la santé mondiale et la collaboration internationale qu'elle implique (Ridde et Ouattara 2015), les dérives que ces questions de pouvoir engendrent ne sont l'apanage de personne. Il existe encore des chercheurs du Nord qui font du tourisme scientifique, organisent leurs missions à la dernière minute, prennent des données au Sud et publient sans la collaboration de leurs collègues des pays concernés, tout comme il existe des chercheurs du Sud qui utilisent les données dont la collecte a été financée par leurs collègues du Nord et planifiée avec eux sans leur demander leur autorisation ni les impliquer. Les études de cas sur ces défis sont nombreuses (CJB-RCB s.d.) et méritent une analyse sans complaisance, mais avec la distance critique nécessaire pour une meilleure formation de la nouvelle génération.

Il ne fait aucun doute que la santé mondiale ne peut plus faire l'économie d'une discussion (mondiale) sur sa décolonisation que la nouvelle génération devra prendre à bras le corps... puisque certains des anciens sont un peu passés à côté. Les seconds laisseront-ils la place aux premiers ? Encore un enjeu de pouvoir !

Références

ISSN : 2561-5807, Anthropen, Université Laval, 2020. Ceci est un texte en libre accès diffusé sous la licence CC-BY-NC-ND, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Citer cette entrée : Ridde, Valery (2021-06-11), Santé Mondiale. Anthropen. <https://doi.org/10.47854/anthropen.vi0.51161>

Abdalla, S.M., H. Solomon, L. Trinquart et S. Galea (2020), « What is considered as global health scholarship? A meta-knowledge analysis of global health journals and definitions ». *BMJ Global Health*, vol.5, n°10.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002884>

Abimbola, S. (2018), « On the meaning of global health and the role of global health journals ». *International Health*, vol.10, n°2, p.63-65.
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy010>

Büyüm, A.M., C. Kenney, A. Koris, L. Mkumba et Y. Raveendran (2020), « Decolonising global health: if not now, when? » *BMJ Global Health*, vol.5, n°8.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>

Carabali, M., D. Pérez, S. Degroote, A. Reyes, J.S. Kaufman et V. Ridde (2020), « Towards a better integration of social sciences in arbovirus research and decision-making: an experience from scientific collaboration between Cuban and Quebec institutions »: *Global Health Promotion*, 14 août.
<https://doi.org/10.1177/1757975920943859>

CJB-RCB (s.d.), « Case Studies », Site Internet de la Revue canadienne de bioéthique – Canadian Journal of Bioethics.
<https://cjb-rcb.ca/index.php/cjb-rcb/cases>

Cloos, P., E.M. Ndao, J. Aho, M. Benoît, A. Fillol, M. Munoz-Bertrand. M.-J. Ouimet, J. Hanley et V. Ridde (2020), « The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study ». *PLoS ONE*, vol.15, n°4, p.e0231327.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>

Daigneault, P.-M. et S. Jacob (2012), « Les concepts souffrent-ils de négligence bénigne en sciences sociales ? Éléments d'analyse conceptuelle et examen exploratoire de la littérature francophone à caractère méthodologique ». *Social Science Information*, vol.51, n°2.
<https://doi.org/10.1177/0539018412437107>

Dalglish, S.L. (2020), « Covid-19 gives the lie to global health expertise ». *The Lancet*, vol.395, n°10231, p.1189.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)

Global Health 50/50 (2020), *Power, privilege and priorities*.
<https://globalhealth5050.org/2020report/>

Hall, P. (1993), « Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic Policymaking in Britain ». *Comparative Politics*, vol.25, n°3, p.275-296.
<https://doi.org/10.2307/422246>

King, N.B. et A. Koski (2020), « Defining global health as public health somewhere else ». *BMJ Global Health*, vol.5, n°1, p.e002172.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002172>

Koplan, J.P., T.C. Bond, M.H. Merson, K.S. Reddy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo et J.N. Wasserheit (2009), « Towards a common definition of global health ». *The Lancet*, vol.373, n°9679, p.1993-1995.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)

Lauer, H. (2017), « How epistemic injustice in the global health arena undermines public health care delivery in Africa ». Rio de Janeiro, 25th International Congress of History of Science and Technology.
https://www.immunity.org.uk/wp-content/uploads/2017/09/Rio-handout-_Laurer-with-Shentons-commentary-16.6.17.pdf

Morse, J.M., C. Mitcham, J.E. Hupcey et M. Cerdas Tason (1996), « Criteria for concept evaluation ». *Journal of Advanced Nursing*, vol.24, n°2, p.385-390.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.18022.x>

Nixon, S.A. (2019), « The coin model of privilege and critical allyship: implications for health ». *BMC Public Health*, vol.19, n°1, p.1637.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>

Ouattara, F. et V. Ridde (2013), « Expériences connues, vécues... mais rarement écrites. À propos des relations de partenariat Nord-Sud ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol.25, n°2, p.231-246.
<https://doi.org/10.7202/1020832ar>

Paul, E., G.W. Brown et V. Ridde (2020), « Covid-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health ». *BMJ Global Health*, vol.5, n°4, p.e002622. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002622>

Ridde, V. (2007), « Réduire les inégalités sociales de santé ? Santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? ». *Promotion & Education*, vol.XIV, n°2, p.63-67.
<https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>

Ridde, V. et T. Druetz (2016), « La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle ? ». Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard et B. Roy (dir.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis*, Québec, Presses de l'Université Laval, p.311-315.

Ridde, V. et F. Ouattara (2015), *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., S. Ouedraogo et S. Yaya (2021), « Closing the diversity and inclusion gaps in francophone public health: a wake-up call ». *BMJ Global Health*, vol.6, n°2, p.e005231.

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005231>

Roy, B. (2018), « Santé ». *Anthropen*.

<https://doi.org/10.17184/eac.anthropen.079>

Stevenson, H. (2016), « The Wisdom of the Many in Global Governance: An Epistemic-Democratic Defense of Diversity and Inclusion ». *International Studies Quarterly*, vol.60, n°3, p.400-412.

<https://doi.org/10.1093/isq/sqw027>

Vidal, L. (2014), *Expériences du partenariat au Sud. Le regard des sciences sociales*. Paris, Éditions de l'Institut de recherche pour le développement, 2014.

Yoon, S. (2010), « Ideas, Institutions, and Interests in the Global Governance of Epidemics in Asia ». *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol.22, n°3 (supplement), p.125S-131S.

<https://doi.org/10.1177/1010539510373131>