



LE REGARD **ÉTRANGER**

Réflexions sur la santé mondiale

Seye Abimbola


Éditions

LE REGARD ÉTRANGER

*Réflexions sur la santé
mondiale*

collection
[santé globale]

LE REGARD ÉTRANGER

*Réflexions sur la santé
mondiale*

Seye Abimbola


Éditions

Ce texte a fait l'objet d'une première édition en anglais :
ABIMBOLA S., 2024 – *The Foreign Gaze. Essays on Global Health*. Marseille, IRD Éditions.

Direction de la collection

Valéry Ridde

Coordination éditoriale

IRD/Romain Costa

Traduction

Jean-Louis Eveque - Babelon-line.com

Correction

Stéphanie Quillon

Conception graphique

Alan Guilvard - Format Tygre

Mise en page

Charlotte Devanz

Photogravure

IGS-CP

Ce travail a été financé en partie par le gouvernement australien à travers la subvention APP1139631 du Conseil national de la santé et de la recherche médicale (NHMRC) et la subvention DE2301011551 du Conseil australien de la recherche (ARC). Les opinions exprimées ici sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement australien, du NHRMC ou de l'ARC.

En couverture : © London Stereoscopic Company/Hulton Archive/Getty Images
Les chanteurs sud-africains Albert Jonas et John Xiniwe, de l'African Choir (la Chorale africaine), lors d'une séance photographique mise en scène (Londres, 1891).



Cette publication en libre accès est mise à la disposition du public selon les termes de la licence Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0, consultable à l'adresse suivante : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>. Elle autorise toute diffusion de l'œuvre originale dans son intégralité, sous réserve de mentionner les auteurs et les éditeurs et d'intégrer un lien vers la licence CC BY-NC-ND 4.0. Aucune modification ni exploitation commerciale ne sont autorisées.

© IRD, 2026

ISBN papier : 978-2-7099-3055-0

ISBN PDF : 978-2-7099-3056-7

ISBN epub : 978-2-7099-3057-4

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
Chapitre 1. Dans le monde, mais pas du monde	15
Chapitre 2. Le regard étranger	33
Chapitre 3. La preuve, ce cliché	47
Chapitre 4. La pensée en deux triangles	63
Chapitre 5. Les usages de la connaissance	81
Chapitre 6. La dignité du spectateur	97
Chapitre 7. Être lésé en tant que sachant	113
CONCLUSION	137
BIBLIOGRAPHIE	149
À PROPOS DE L'AUTEUR	175

Pour S.O., pour l'exemple.

INTRODUCTION

« Quelque chose a changé lorsque les Africains ont commencé à se photographier les uns les autres : cela se voit dans la façon dont ils regardent l'appareil photo, dans les poses, l'attitude. Dans les photographies de femmes, la différence entre les images prises par les colons ou les aventuriers blancs et celles réalisées pour l'utilisation personnelle du modèle est particulièrement frappante. Dans le premier cas, les femmes sont regardées contre leur gré, captives d'un regard qui les contrôle. Dans le second cas, elles se regardent comme dans un miroir, une activité qui implique toujours du sérieux, de la légèreté et un peu d'émerveillement. »

Teju COLE (2016)

La « santé mondiale¹ » vise l'amélioration de la santé des populations et l'équité en matière de santé pour tous les individus à travers le monde. Bien que cette discipline connaisse une expansion sans précédent depuis plusieurs décennies, une inquiétude ne cesse de croître en lien avec les pratiques de production de connaissances dans son champ académique – comment sont-elles produites, utilisées, partagées et valorisées. Ce livre traite de l'une des causes de cette inquiétude, qu'il est facile d'ignorer, mais difficile de nommer. À savoir que les connaissances produites dans ce champ de recherche sont élaborées pour un public en situation

1. NdE : Dans le texte original en anglais, l'auteur utilise « *Global Health* ». Bien que « santé globale » existe également en français, pour rendre compte du caractère mondialisé de la santé, nous lui avons préféré la traduction « santé mondiale », puisque l'expression désigne ici, et tout au long de cet ouvrage, la santé publique au prisme d'enjeux transnationaux s'intéressant particulièrement aux questions d'équité, de justice sociale et aux déterminants sociaux de la santé.

de domination et qui est le plus souvent étranger – au sens physique et social du terme. Ce que ce public souhaite influence donc nécessairement les acteurs d'une recherche, leur comportement et ce qu'ils peuvent voir ou dire – ou choisissent de voir ou de dire. Imaginez la scène d'une séance photo. Le photographe est derrière l'appareil. La personne photographiée prend une pose, qui est calibrée pour le regard du photographe. Le photographe donne des indications, prend des clichés sous différents angles. Les photos reflètent ainsi les poses prises en fonction du regard porté. Elles reflètent les pouvoirs respectifs de la personne qui prend la pose et de celle dont le regard passe à travers l'appareil photo. La séance photo est de cette manière une coproduction, qui est peut-être mise en scène.

Imaginez maintenant qu'un tiers observe cette séance photo. Dans chacun des chapitres de ce livre, je décris, en tant qu'observateur, les scènes d'une « séance photo » dans le champ académique de la santé mondiale. Chacun de ces textes tente de dire quelque chose sur le regard porté dans cette discipline – et, par extension, sur la pose ou le point de vue – ainsi que sur la relation entre « l'étranger » et « le local ». Chaque texte part donc d'une « séance photo » mais aussi du plateau de prise de vue lui-même. J'observe et je prends des notes de différents points de vue. Je me déplace pour voir et photographier sous différents angles. Chaque chapitre présente ainsi des réflexions sur mon expérience de la santé mondiale académique au prisme de cet omniprésent regard étranger. Mais ce que j'ai essayé d'expliquer ici peut tout aussi bien être traité différemment, à travers d'autres prismes – cela a déjà été fait par le passé et le sera encore par d'autres à l'avenir. L'angle de vue choisi ici considère que tout public a un pouvoir d'influence (le regard), et l'endroit et la manière de se positionner par rapport à lui (la posture) pour répondre à ses attentes façonnent donc ce que vous pouvez – ou décidez de – voir ou dire. Photographiés de cette manière, certains aspects de la santé mondiale sont ainsi plus faciles à percevoir.

Tout ouvrage dans ce champ de recherche se doit d'abord de clarifier ce que signifie ou devrait signifier la santé mondiale. Dans le premier chapitre, « Dans le monde, mais pas du monde », je m'appuie sur mon histoire personnelle et sur l'histoire mondiale pour expliciter comment je comprends la santé mondiale comme une action menée « à distance ». Si l'on veut définir le regard étranger, il faut établir les marqueurs de cette distance : quand, où, comment un acteur peut-il être considéré

comme éloigné ou au contraire proche d'un lieu ou d'une problématique. Le deuxième chapitre, « Le regard étranger », tente de le faire et montre comment ce regard étranger discrédite souvent la littérature académique sur la santé mondiale. Il a malheureusement une tendance à la simplification faisant penser et agir les personnes « à distance » comme si les systèmes et les réalités sociales complexes étaient simples. Le troisième chapitre, « La preuve, ce cliché », réfléchit à l'effet néfaste de cette simplification excessive, en particulier en ce qui concerne les apprentissages dans le domaine des systèmes de santé. Dans le quatrième chapitre, « La pensée en deux triangles », j'utilise des scénarios types tirés de mon expérience et de celle d'autres personnes pour montrer comment il est possible d'améliorer la réflexion sur la gouvernance d'un système de santé lorsqu'on se positionne ou on agit « à distance ». Le cinquième chapitre, « Les usages de la connaissance », propose de situer les utilisateurs de connaissances au sein de n'importe quelle unité d'organisation sociale. Il cartographie ainsi les acteurs du savoir en deux ensembles, l'un « proche » et l'autre « à distance ». Il plaide également en faveur de l'utilisation du principe de subsidiarité pour guider les relations entre ces acteurs locaux et étrangers. Comprendre que le regard étranger façonne l'action « à distance » des acteurs étrangers est une chose, ignorer les conséquences de la non-prise en compte du regard local par ces acteurs étrangers, voire par les acteurs locaux, en est une autre. Le sixième chapitre, « La dignité du spectateur », explore justement les conséquences de l'absence de prise en compte du public « proche » et du regard local, qui constitue une violence symbolique et une atteinte à la dignité du sachant². Le septième chapitre, « Être lésé en tant que sachant », utilise un récit construit à partir d'expériences vécues pour examiner la difficulté qu'il y a à s'exprimer face, ou à répondre, à un public caractérisé par le regard étranger et donc susceptible de porter atteinte à la dignité d'un sachant.

Les chapitres réunis dans ce livre se confrontent au pouvoir du regard étranger. Mais ces textes ont autre chose en commun. Chacun d'eux a été conçu à partir d'une image ou d'une représentation mentale. « Dans le monde, mais pas du monde » commence par l'évocation de la notion de distance qui existe, même dans le contexte d'une forme d'intimité.

2. NdT : En anglais, « *knower* ». Afin de lever toute ambiguïté, le mot « sachant » a été choisi plutôt que la traduction directe de « connaisseur ».

« Le regard étranger », par analogie avec une séance photo, propose de comprendre la pose d'une personne comme une performance en réponse à un certain regard. « La preuve, ce cliché » est imaginé comme un exposé public au cours duquel le conférencier va utiliser un cliché, ce prêt à penser, auquel l'auditeur avisé va répondre en levant les yeux au ciel. « La pensée en deux triangles » commence avec l'image d'un triangle, où deux nœuds conceptuels interagissent dans un contexte créé par le troisième. « Les usages de la connaissance » est conçu quant à lui à partir de l'image de quatre cercles : deux grands, proches de l'action, et deux petits qui en sont éloignés. Les grands sont beaucoup plus importants, mais ce sont les petits qui captent pourtant toute l'attention. « La dignité du spectateur » prend pour point de départ une parabole de six personnes aveugles décrivant un éléphant uniquement grâce au toucher. Enfin, « Être lésé en tant que sachant » a pour origine une mise en situation – en fait, une série de mises en situation – au cours de laquelle un conférencier fait un exposé devant un public méfiant, sur la défensive et potentiellement méprisant.

Les différents textes qui composent cet ouvrage sont nés d'une invitation à intervenir lors d'une conférence ou à écrire un article, et participent finalement tous d'une même tentative d'expliquer une idée à des étudiants, des collègues ou des amis. « Le regard étranger », « La pensée en deux triangles » et « Les usages de la connaissance » sont d'abord apparus sous forme d'éditoriaux dans le *BMJ Global Health* ; « La preuve, ce cliché » est paru pour la première fois dans le *Bulletin du CODESRIA* (Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique). Ces quatre textes révisés sont republiés ici sous forme de chapitres avec des titres légèrement différents. Lors de mon discours d'ouverture au symposium « Finding Joy in Healthcare in Africa » en 2021 (organisé par Medical and Health Humanities Africa, à l'invitation de Chisomo Kalinga), j'ai présenté une version antérieure d'« Être lésé en tant que sachant ». Une version de « Dans le monde, mais pas du monde » a été proposée lors de ma conférence inaugurale en tant que titulaire de la chaire du Prince Claus pour l'équité et le développement 2020-2022 à l'université d'Utrecht, aux Pays-Bas. Une première version de « La dignité du spectateur » a été présentée lors de la conférence annuelle 2022 du Warwick Interdisciplinary Research Centre for International Development (WICID) à l'université de Warwick, au Royaume-Uni, qui était présentée par Oyinlola Oyebode. Sa conclusion a été dévoilée lors d'une conférence publique donnée en tant que

chercheur invité du programme Radulovacki en santé mondiale 2023-2024 à l'université Northwestern, aux États-Unis d'Amérique.

Je suis reconnaissant envers les nombreuses personnes qui m'ont invité à présenter une conférence, demandé d'écrire un article ou qui m'ont écouté évoquer mes idées en gestation. Je remercie également tous ceux qui ont lu, critiqué mon travail ou qui ont suggéré des références complémentaires – lors de rencontres, dans des salles d'enseignement ou de séminaire, sur X, par e-mail ou sur Zoom – en particulier, Onikepe Owolabi, Joni Lariat, Alice Bayingana, Jumoke Adebayo, Kenneth Yakubu, Nimi Hoffman, Dorothy Drabarek, Pip Crooks, Aliki Christou, Emilie Koum Besson, Sarah Bernays, Supriya Subramani, Himani Bhakuni, Thirusha Naidu, Vikash Keshri, Veena Sriram, Jaime Miranda, Madhukar Pai, Stephanie Topp, Valéry Ridde, Christopher Wright, Rochelle Burgess, Neha Faruqui, mon épouse Oine Omakwu (qui tolère avec gentillesse mon goût pour la solitude) ainsi que nos filles Erin Joy et Kori Ene (qui rendent l'écriture plus distrayante en acceptant de lire mes textes à haute voix). Le travail présenté dans cet ouvrage a été réalisé à l'université de Sydney (sur les terres de peuples autochtones, terres dont la souveraineté n'a jamais été concédée au pays actuellement connu sous le nom d'Australie), avec le soutien de bourses de recherche de la National Health and Medical Research Council et de l'Australian Research Council. Je suis redevable envers la sagesse de James Baldwin (1924-1987) et de Toni Morrison (1931-2019), ainsi qu'envers ma mère, Sola Abimbola (1954-2009). Leur travail et leur vision du monde ont largement inspiré les chapitres du présent ouvrage. Leur exemple m'a permis de penser et de définir plus clairement les conséquences du « regard étranger » – ce que signifie résister obstinément à son pouvoir d'attraction – et de dégager certains questionnements importants : que se passe-t-il lorsqu'une société examine, organise, produit, utilise, partage et valorise le savoir (y compris ses propres connaissances) selon des modalités définies par des tiers ? Qu'est-ce que cela implique pour les individus qui composent cette société de prendre la mesure de soi, de son âme, de son destin, en fonction des critères d'un autre ?

L'inquiétude vis-à-vis de la santé mondiale, évoquée ici, a de sérieux antécédents. Des anthropologues et des éthiciens de la santé mondiale et des systèmes de santé se sont engagés de longue date contre les pratiques injustes en matière de connaissances (ADAMS, 2016 ; CLOSSER *et al.*, 2022 ; PRATT *et al.*, 2017 ; AELLAH *et al.*, 2016). Néanmoins, cet engagement n'a que récemment pris la forme d'une critique directe de

ces pratiques ou encore d'efforts pour les déconstruire (AELLAH *et al.*, 2016 ; RICHARDSON, 2020 ; KALINGA, 2019). L'expression de ces pré-occupations sous la forme de protestations est un phénomène récent, y compris dans le champ de la santé mondiale (NAIDU, 2021 ; LANCET GLOBAL HEALTH, 2021 ; HANSON-DEFUSCO *et al.*, 2024). Plus récemment encore, ces pratiques ont été mises en perspective en tant qu'injustices épistémiques – ou, plus simplement comme des pratiques injustes en matière de connaissances (BHAKUNI et ABIMBOLA, 2021 ; FILLOL *et al.*, 2022, 2023 ; FILLOL, 2022 ; KOUM BESSON, 2022 ; BHAKUNI, 2023 ; PRATT et DE VRIES, 2023 ; ABIMBOLA, 2023a ; ABIMBOLA *et al.*, 2024 ; BURGESS, 2024). Pourtant, il existe une tradition établie d'épidémiologie critique en Amérique latine (BREILH, 2021) qui, depuis les années 1970, a développé une critique des études des inégalités de santé menées en aval et a promu des approches en analyse quantitative et qualitative visant à dénouer l'injustice du statu quo épistémique (et politique). Mais, comme la majeure partie de la littérature est rédigée en espagnol ou en portugais, sa diffusion internationale est restée malheureusement limitée. La littérature en anglais sur les pratiques injustes en matière de production de connaissances a récemment pris de l'ampleur, en grande partie grâce à des chercheurs et des praticiens d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, et notamment ceux de la diaspora (ABIMBOLA *et al.*, 2021 ; SHARMA et SAM-AGUDU, 2023 ; LANCET GLOBAL HEALTH, 2023 ; MONTENEGRO *et al.*, 2020). À ce jour, cela reste néanmoins beaucoup moins avancé que l'épidémiologie critique latino-américaine. La recherche en d'autres langues commence à se développer, mais lentement. Les chercheurs et les activistes écrivant en français ont, par exemple, commencé à s'y engager plus intensément et demandent à ceux qui partagent leur point de vue de traiter plus sérieusement les pratiques injustes dans la production de connaissances en santé mondiale (RIDDE *et al.*, 2023). Le changement nécessitera l'obtention d'une masse critique de personnes travaillant en français ainsi que dans d'autres langues et dans d'autres lieux. Les chapitres de ce livre ont été rédigés et sont rassemblés ici pour aider à la constitution de cette masse critique.

Actuellement, la santé mondiale académique – et peut-être aussi ses domaines parents (ou devrait-on plutôt parler de frères, de cousins ou d'enfants adoptifs rebelles ?) que sont la santé publique et le développement international – met l'accent sur un changement mené par les acteurs de terrain, et pas seulement sur un ensemble vaguement défini d'acteurs

extérieurs au domaine. Les pratiques inévitables dans la production de connaissances en santé mondiale concernent tout autant notre propre rôle – ce que nous, universitaires et institutions tolérons, acceptons, construisons et conservons en l'état (les règles, les normes, les attentes, les conventions) – que celui des autres acteurs et des institutions. Ce changement de focus, attendu de longue date, place la responsabilité de la transformation sur nous tous, acteurs de la santé mondiale académique et de ses domaines connexes (chercheurs ou praticiens). Nous ne pouvons pas remplir notre engagement en faveur de l'équité en matière de santé à l'échelle mondiale – c'est-à-dire la « santé mondiale » en tant que mission et non en tant que champ de recherche (KRUGMAN, 2024) – sans procéder à un auto-examen minutieux et sans expliciter clairement ce qui nous trouble. C'est-à-dire que nous tolérons, acceptons, construisons et perpétons des institutions qui, par défaut, infligent une injustice épistémique à un autrui marginalisé – des choix et des tendances qui sont pourtant le produit du colonialisme et d'autres sources et de formes d'inégalités. Nous devons être clairs sur ce qui doit changer et pourquoi. Nous sommes, pour nombre d'entre nous, tellement immergés dans le domaine, tellement éduqués et socialisés dans ses imperfections, tellement dépendants de son héritage que nous ne nous autorisons pas à résister ou à imaginer des alternatives.

Ces différents textes offrent justement des moyens de penser et d'agir contre les mauvaises pratiques en matière de production de connaissances – les injustices épistémiques – qui sont inhérentes à la santé mondiale académique. L'objectif n'est pas d'être prescriptif. Il s'agit plutôt de montrer pourquoi nombre de nos pratiques acceptées sont injustes et comment l'instauration de plus de justice épistémique pourrait transformer la santé mondiale académique. Un proverbe yoruba met en garde contre les excès de sagesse : *Bí ógbòn bá fò àràbà, t'óbá fò irókò, èyìnkùlè agò náà níí já sí* (Lorsque la sagesse saute par-dessus le grand arbre àràbà [environ 75 m] ou par-dessus le grand irókò [environ 50 m], elle atterrit dans la cour de l'absurdité). Je prends cela comme une mise en garde contre l'arrogance épistémique, une mise en garde dont notre discipline scientifique doit tenir compte. Le malaise actuel dans la santé mondiale a mis du temps à se révéler et j'espère qu'il persistera assez longtemps, avec suffisamment de profondeur, pour transformer ce champ de recherche. Je vais donc risquer d'être trop sage cette fois-ci et prédire l'avènement d'une discipline qui sera un jour qualifiée de « champ autrefois connu sous le nom de "santé mondiale" ».

DANS LE MONDE, MAIS PAS DU MONDE

« Ils ne sont pas du monde, comme moi je ne suis pas du monde... Comme tu m'as envoyé dans le monde, je les ai aussi envoyés dans le monde. »

JEAN 17 : 16, 18 (KING JAMES BIBLE, 2017 [1769])

Mon enfance chrétienne est désormais lointaine, mais le passage de la Bible évoquant le fait d'être dans le monde, mais pas du monde reste très présent en moi. C'est une invitation à faire quelque chose de presque impossible, comme nager sans être au contact de l'eau, comme si votre corps était recouvert d'un fin voile transparent et imperméable. Être dans le monde, mais pas touché par celui-ci. Ou encore, ce que la chercheuse féministe afro-américaine Patricia Hill Collins a appelé l'*outsider within* (COLLINS, 1986). C'est ainsi que j'ai souvent considéré ma position dans le domaine de la santé mondiale, celle d'un étranger de l'intérieur. Dans l'une de ses perspectives historiques, ce que nous décrivons aujourd'hui comme le champ de la santé mondiale a d'abord été un élément facilitateur de la colonisation d'une grande partie du monde par l'Europe – sous couvert de médecine coloniale, de médecine missionnaire, de médecine militaire ou de médecine tropicale (TILLEY, 2016 ; KELLER, 2006 ; ANDERSON, 2021 ; BRUCHHAUSEN, 2020 ; PACKARD, 2016 ; SETH, 2018). Dans cette perspective, le champ de recherche de la santé mondiale a été créé par des personnes qui ne reconnaissaient pas pleinement mon humanité en tant que « sujet » colonial et qui ne se souciaient pas de mes intérêts. Ainsi, même si je me trouvais *dans* ce champ – physiquement –, je ne pouvais pas m'autoriser à faire partie *de* ce champ – moralement.

Dans l'histoire des origines de la santé mondiale, la dimension de missionnariat a impliqué que les colonisateurs européens cherchent à sauver les âmes des indigènes voués à l'enfer afin de les ramener à Dieu (BRUCHHAUSEN, 2020 ; PACKARD, 2016 ; SETH, 2018 ; HARDIMAN, 2006 ; CATTERMOLLE, 2021). Nombre de ces missionnaires chrétiens étaient des praticiens de la médecine et des soins, partis sous les tropiques pour soutenir la mission coloniale : Bible dans une main, trousse médicale dans l'autre. Pleinement convaincus de la supériorité de leur système de croyances, ils considéraient les systèmes traditionnels de santé, de connaissances, de gouvernance et de croyances comme maléfiques et s'employaient avec zèle à les détruire et à les éradiquer. Leur « mission civilisatrice » s'apparentait pourtant à une sauvagerie suprémaciste et permettait d'excuser ce qui se passait par ailleurs : l'invasion, le pillage, le vol, la dépossession, les horreurs, le racisme, le manque de respect, la torture, la terreur et les tueries. Au milieu de tout ce mal, les missionnaires s'affairaient à sauver des vies et des âmes, en détournant souvent le regard de ce qui se déroulait en parallèle. S'ils parvenaient à montrer la dépravation intrinsèque des indigènes, la mission coloniale devenait alors justifiée. Dans leur soutien à la mission coloniale, les missionnaires étaient aussi bien *dans* le monde que *du* monde. Ils étaient des agents du pouvoir.

Le dicton affirme que « tout est juste dans l'amour et la guerre » (SMEDLEY, 1850). Il fait référence à l'idée que tout est permis lorsque les objectifs sont purs – ou, en fait, lorsque vous avez réussi à convaincre vous-même et autrui, en dépit des évidences qui s'imposent à vos yeux et aux leurs, que vos objectifs sont purs. Que vous pouvez semer le chaos comme bon vous semble tant que vous poursuivez quelque chose qui en vaut la peine : le véritable amour, gagner une guerre, être bon, être généreux, voire préserver ou imposer la « civilisation ». Peu importe à quel point cette notion peut être séduisante, car quelle que soit son utilité en tant que prétexte au mal ou aux mauvais comportements, nous savons qu'elle n'est pas vraie. Tout n'est pas juste dans l'amour et la guerre. À bien des égards, le colonialisme était et continue d'être un mélange d'amour et de guerre, mais un amour d'un genre spécial, que j'appelle l'amour colonial. Si tout est permis en amour et à la guerre, surtout à la guerre, le rôle de l'amour colonial consiste avant tout à donner l'apparence d'une cause juste. Beaucoup de colonisateurs étaient convaincus que la colonisation était juste. Et, comme nombre de leurs successeurs qui travaillent aujourd'hui dans la santé mondiale, beaucoup de missionnaires étaient

convaincus d'œuvrer par amour du prochain. C'est pourtant cet amour colonial qui rendait la guerre acceptable. Au lieu d'une cause juste, l'amour colonial a servi à justifier le mal du colonialisme.

L'église pentecôtiste dans laquelle j'ai été élevé, l'Église de la foi apostolique est arrivée au Nigéria en 1944. Originaires des États-Unis d'Amérique, elle est le produit d'une série d'aventures coloniales britanniques et d'activités missionnaires aux nombreuses ramifications (ROBECK, 2017 ; ANDERSON, 2005, 2006 ; MAGBADELO, 2004). J'avais sept ans lorsque ma mère, Sola Abimbola – que nous surnommions « S.O. » (ses initiales) – a commencé à fréquenter cette église. Ma mère et le reste de la famille ont vite été surpris par l'engagement de cette église en faveur de la doctrine de la guérison divine ou par son opposition catégorique à la télévision. Contrairement aux premiers missionnaires chrétiens coloniaux, l'église était déterminée à ne pas être *du* monde. Elle rejetait également d'autres choses comme porter des bijoux ou du maquillage, fréquenter quelqu'un, avoir des piercings, les hommes arborant une barbe ou des coiffures élaborées, les femmes portant des tenues ou des pantalons moulants, les décolletés, les vêtements au-dessus du coude ou du genou – et ce en dépit du climat tropical de l'Afrique de l'Ouest. Faire appel à la médecine était un grave péché trahissant un manque de foi. C'était un péché que de regarder la télévision, que les fervents adeptes de l'église appelaient « la boîte du diable ». Pourtant, dans notre famille, nous faisions les deux sans retenue, sans aucun sentiment de transgression, pleinement conscients que cela signifiait que nous étions *du* monde. Lorsque des membres de l'église venaient chez nous, certains détournaient les yeux du téléviseur ; d'autres se joignaient à nous pour le regarder, mais avec un malaise visible. Pour autant, la profession de notre mère ne pouvait pas être cachée, elle était infirmière-sage-femme dans l'un des deux principaux hôpitaux de la ville.

En y repensant, je me demande si ces prescriptions doctrinales n'étaient pas de commodités prétextes. Peut-être que la décision de ne pas utiliser les services médicaux, de ne pas acheter de télévision ou d'autres biens ou services « terrestres » était plus facile à supporter s'il s'agissait d'une question de foi plutôt que de pauvreté ? Dans les années 1990, Owo, où nous vivions, était une bourgade périurbaine typique du sud-ouest du Nigéria. Les télévisions étaient chères et la plupart des gens n'avaient pas les moyens (et ne les ont toujours pas aujourd'hui) d'accéder aux soins de santé. Comme nous, les familles relativement aisées de l'église d'Owo

et d'ailleurs (il y a environ 600 paroisses à travers le Nigéria) avaient souvent une télévision. Compte tenu de son statut social, ma mère a rapidement gagné de l'influence au sein de l'église. Une influence qui a également grandi du fait de son métier puisque les quelques membres de la congrégation avec un statut social comparable au nôtre, des personnes relativement riches, puissantes ou bien placées, la consultaient en secret lorsqu'eux-mêmes ou des membres de leur famille tombaient malades. Ce fut sans doute ma première leçon sur le pouvoir. J'étais souvent là quand la consultation commençait, ou je servais d'intermédiaire pour transmettre des messages et des médicaments. C'était avant que les téléphones portables ne se démocratisent et les téléphones fixes étaient encore un luxe extrêmement rare dans le Nigéria périurbain.

Avant que ma mère (que je désignerai par la suite par « S.O. ») ne rejoigne l'église, la paroisse d'Owo, comme les autres paroisses de l'Église de la foi apostolique du Nigéria, disposait d'une équipe de sages-femmes sans formation médicale qui s'occupait des accouchements. Les femmes mouraient en grand nombre lors des grossesses ou des accouchements, tout comme les bébés peu après leur naissance. S.O. n'avait aucune chance de parvenir à changer la doctrine de l'église et de faire en sorte que les femmes puissent consulter les services médicaux des centres de santé ou des hôpitaux de la ville. Même si elle y était parvenue, il était peu probable que cela ait changé grand-chose. D'autres obstacles, notamment le coût, limitaient l'accès des femmes aux services de santé. Elle a alors formé les femmes au sein de la paroisse de l'église d'Owo, certaines d'entre-elles ayant déjà pratiqué des accouchements. Pour faire en sorte que l'on accepte ses efforts, elle a d'abord travaillé avec les épouses des membres les plus en vue de l'église. Elle a formé ces femmes aux soins prénatals, aux techniques d'accouchement et aux procédures d'hygiène et d'asepsie, afin qu'elles puissent effectuer des visites à domicile, conseiller et venir en aide aux mères avant et après leur accouchement, et afin qu'elles puissent identifier des signes de danger et savoir à quel moment la consulter, surtout en cas d'urgence potentielle. Elle a acheté des instruments et du matériel médical et les a mis à la disposition des sages-femmes de l'église. La seule chose à laquelle elle a dû renoncer a été l'utilisation de médicaments. Toutes les semaines, quelque part dans les locaux de l'église, le groupe des sages-femmes suivait soit un cours de formation et de remise à niveau, suivi d'un cercle de prière, soit une séance de soins prénatals avec un groupe de femmes enceintes. Elle a par la suite aidé à la création et au soutien de groupes

de femmes similaires dans les paroisses de l'Église de la foi apostolique à travers le sud-ouest du Nigéria. Elle y effectuait parfois des visites de consultation ou acceptait d'aller assister des accouchements difficiles, à plusieurs heures de route d'Owo.

Parfois, S.O. disparaissait au milieu de la nuit et revenait à la maison le lendemain matin pour nous dire qu'une sœur de l'église avait eu un bébé. Souvent, elle admettait que ces accouchements à domicile nécessitaient l'utilisation de médicaments qu'elle fournissait gratuitement. Au début, cela se faisait en secret. Les autres sages-femmes du groupe ont rapidement eu vent de ces transgressions de la doctrine de l'église, les ont tacitement approuvées et ont gardé le silence. Cela se déroulait dans un espace réservé aux femmes. Parmi les paroissiens, seuls les membres de l'élite demandaient une consultation et recouraient aux médicaments pour se soigner. Lorsque les plus modestes tombaient malades, si S.O. était consultée, elle proposait souvent des médicaments ou elle suggérait qu'ils se rendent à l'hôpital ou au centre de soins. Habituellement, les patients ou leurs familles refusaient, ce qui signifiait souvent que la personne décédait des suites de sa maladie. Je n'ai jamais pu déterminer dans quelle mesure la foi, la pauvreté – ou les deux – étaient à l'origine de ces refus. Les membres de l'église mouraient des suites d'hernie inguinale, de la tuberculose, du diabète, du VIH, d'un accident vasculaire cérébral ; les enfants en particulier mouraient du paludisme et de pneumonie. La diarrhée, autrefois cause fréquente de décès, est devenue moins meurtrière à partir du moment où S.O. a appris aux paroissiennes, mères de jeunes enfants, à utiliser une solution de réhydratation orale. Cette solution, qui n'était ni coûteuse, ni vraiment un médicament, était acceptée. Il s'agissait juste de sel et de sucre dissous dans de l'eau.

Le dimanche, l'église commençait à 9 heures, avec un auditoire comprenant souvent de 250 à 300 personnes, la plupart étant des membres de la congrégation. L'étude de la Bible était dirigée par un enseignant de l'école du dimanche et était suivie d'un sermon prononcé par un pasteur. S.O. n'était pas autorisée à enseigner à l'école du dimanche, un point de passage obligé pour devenir ministre de l'église, car elle travaillait dans le domaine médical. Mais elle était autorisée à participer à la chorale de l'église. Je chantais également dans le chœur. Le dimanche soir à 18 heures, nous avions une réunion d'éveil évangélique. Nous invitions autant de non-membres de l'église que possible, même des gens des rues voisines. Pendant le service du dimanche soir, la chorale chantait

des cantiques de salut et de rédemption. Nous louions tout ce que le Seigneur pouvait faire pour ceux qui avaient la foi. Après les chants, un ministre du culte invitait les membres de l'église à témoigner de ce que le Seigneur avait fait pour eux et était susceptible de réaliser. Les membres de l'église relataient des histoires de miracles et de prières exaucées. Ceux qui avaient opté pour la voie de la médecine en consultant S.O. ou en acceptant l'aide qu'elle proposait témoignaient comme s'ils n'y avaient jamais recouru. Ces déclarations mensongères permettaient ainsi de conforter la foi de nombreux autres paroissiens. Cette hypocrisie ne nous échappait jamais, ni à moi ni à mes frères et sœurs.

En observant S.O. et en écoutant les consultations informelles qui avaient souvent lieu dans notre salon, j'ai reçu mes premières leçons sur la dimension sociale de la santé et de la maladie ; sur la façon dont la pauvreté tue, non pas par elle-même, mais associée à d'autres facteurs. Constaté que les règles étaient édictées pour le public et que les puissants les contournaient ou les évitaient à leur convenance fut également ma première leçon en matière de gouvernance. En pratique, il était ainsi plus facile de changer ou de contourner discrètement les règles lorsque tout le monde regardait ailleurs. À la fin des années 2000 et au début des années 2010, lorsque j'ai commencé à interagir avec des personnes qui travaillaient dans le domaine de la santé mondiale, justement à l'époque où le discours sur les « déterminants sociaux de la santé » commençait à s'enraciner (MARMOT *et al.*, 2012), je ne parvenais pas à comprendre le sens de cette discipline. Le travail que ma mère avait accompli pendant une grande partie de sa vie (S.O. est décédée en 2009) n'était par exemple pas considéré comme de la « santé mondiale » simplement en raison de son statut. Il ne me semblait pas logique que la santé mondiale se définisse elle-même souvent plus à travers ceux qui la pratiquaient (des Blancs ou des étrangers) plutôt que par la nature de ce qui était fait. Si S.O. avait été une religieuse irlandaise travaillant en zone rurale ou dans une ville périurbaine au Nigéria, cela aurait été de la santé mondiale. Si elle avait été une infirmière au sein d'une mission médicale néo-colonialiste d'Europe ou d'Amérique du Nord, son travail aurait été de la santé mondiale. D'un point de vue théorique, cette façon de définir un champ de recherche ou de pratique semblait erronée.

Comme dans d'autres disciplines qui l'ont précédée, la santé mondiale est souvent définie d'une façon qui la limite aux étrangers et aux personnes extérieures. Comme si être étranger était nécessaire pour ce travail. Peut-être est-ce le cas. J'ai en tout cas toujours considéré S.O. comme étant à la marge au sein de l'Église de la foi apostolique. Elle était *dans* l'église, mais pas *de* l'église ; *dans* le monde, mais pas *du* monde. Comme tous ceux qui définissent leur travail comme relevant de la santé mondiale, S.O. travaillait, elle aussi, au-delà d'un fossé, à distance. Cela est également vrai pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé publique dans leur propre pays ou au sein de leur communauté. Inévitablement classés parmi l'élite en raison de leur statut social, de leur pouvoir, de leur revenu, de l'expertise acquise au travers de leur spécialisation ou de tout autre marqueur de pouvoir, ils sont également amenés à travailler à distance. Nous pouvons faire notre travail localement ou ailleurs, car nous sommes d'une certaine façon une élite, ou nous le devenons nécessairement en apprenant notre métier. C'est une distance qui reflète l'iniquité de la société et qui imprègne inévitablement les professions de santé sociale ou de santé mondiale. Pourtant, dans ces deux domaines, l'élimination obstinée de cette distance devrait tenir lieu de boussole. La santé publique et la santé mondiale partagent en effet l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé, partout dans le monde, y compris pour les activités de santé publique qui ont lieu en Europe ou dans ses anciennes colonies de peuplement.

Néanmoins, durant la « mésaventure » coloniale européenne, la « santé mondiale » n'a pas été mise en place pour combler le fossé des inégalités, mais au contraire pour justifier les dépossessions qui ont engendré, aggravé ou enraciné les inégalités (ACEMOGLU *et al.*, 2001, 2002 ; VAN DE WALLE, 2009 ; CHAKRABARTI, 2014). Même si certaines personnes impliquées n'étaient pas conscientes des conséquences implicites de leurs actions, elles étaient inévitablement des agents de la puissance coloniale (KIM, 2021). Certaines étaient naïvement ignorantes ; d'autres l'étaient volontairement. Beaucoup savaient exactement ce qu'elles faisaient : elles participaient à la conquête coloniale (BRUCHHAUSEN, 2020). Leur travail ne correspondait cependant pas à ce que je définirais comme de la santé mondiale. Même aujourd'hui, dans ses aspirations les plus nobles, la santé mondiale est encore présentée comme quelque chose « fait par des Occidentaux » des pays à revenu élevé, selon leurs conditions, comme si eux/nous avions tout compris ; comme si les personnes marginalisées ici ou ailleurs – femmes, peuples autochtones,

migrants, personnes sexuellement, ethniquement et racialement minorisées – n'avaient pas autant besoin d'efforts locaux que de solidarité mondiale pour lutter contre les inégalités. Il s'agit ni plus ni moins d'une vision suprémaciste de la santé mondiale qui permet aux pays à revenu élevé de camoufler les origines politiques de l'iniquité, tant chez eux qu'à l'étranger.

Si les pays à revenu élevé orientent leurs efforts en santé mondiale en fonction des décisions de leur politique intérieure, ils devront admettre leur rôle dans la création, l'aggravation ou l'enracinement des inégalités contre lesquelles ils luttent à l'étranger au nom de la « santé mondiale ». Et quand je dis « ils », je veux aussi dire « nous ». La vision dominante de la santé mondiale comme étant quelque chose qui se passe ailleurs, loin des pays à revenu élevé, permet en outre de prétendre que les problèmes politiques se réduisent à des problèmes techniques, et que l'équité en santé pourrait être réalisée grâce à des solutions techniques simples, ponctuelles, menées en aval et introduites de l'extérieur. La santé mondiale (tout comme la santé publique, le développement international et l'économie du développement) est conçue pour obscurcir et mystifier les origines politiques des échecs, ce domaine affichant une prédilection visible pour les solutions techniques. Pourtant, les racines de l'iniquité ne sont pas, à quelque échelle que l'on se place, un problème technique. Il s'agit d'un problème politique, en amont. En dépit de tous ses efforts, S.O. n'a donc pas pu sauver nombre de ses amis membres de son église, qui sont décédés de morts évitables.

Le but de la médecine tropicale était de maintenir les Blancs des missions coloniales en bonne santé. Elle se focalisait sur les maladies infectieuses. Elle cherchait à les expliquer et elle développait des médicaments ou des vaccins pour les contrer. Elle se concentrait finalement sur l'aspect technique, dans le droit-fil du système politique colonial qu'elle soutenait. Les disciplines académiques chargées de trouver des traitements aux maladies (pathologie, pharmacologie, chirurgie, médecine, microbiologie et parasitologie) étaient antérieures à la recherche de l'équité en santé – et auraient, de toute manière, existé sans elle. La quête de la prévention, du traitement ou de l'élimination des maladies, même les plus répandues, ne peut ainsi être ce qui définit la santé mondiale. Parfois, ces objectifs coïncident, mais le plus souvent non. Tout comme la médecine tropicale, les disciplines connexes en lien avec la santé mondiale (à savoir la santé publique, le développement international et l'économie

du développement) se tournent trop facilement vers des explications ou des solutions techniques, ou encore vers des thématiques qui préoccupent avant tout les élites – des pays à revenu élevé ou d'ailleurs. Elles sont souvent, à leur insu, des instruments de pouvoir, qui prennent en compte les « autochtones » (ou les marginalisés) uniquement tant que cela ne menace pas la sécurité, le statut ou la richesse des colons (ou des puissants). C'est pour cette raison que la santé mondiale doit être *dans* le monde, mais pas *du* monde. Et qu'au lieu de reproduire les différents systèmes d'injustice et de domination en miroir du monde, la santé mondiale doit proposer une meilleure version d'elle-même à la planète.

C'est en fait la distance entre l'aidant et l'aidé – et les lacunes en matière de compréhension qui en découlent – qui, à mon sens, définit la santé mondiale. Ce qui la rend si particulière, c'est que les décisions sont prises à distance, loin des réalités des personnes concernées ou des bénéficiaires supposés. Et il ne s'agit pas toujours d'une distance physique. Il s'agit aussi d'une distance sociale qui est marquée par les différences de pouvoir en fonction de la classe sociale, des revenus, du statut, du genre, des aptitudes, de la race, de la caste et de l'origine ethnique, même au sein d'un contexte local donné. La distance transcende les géographies. Elle existe à l'intérieur et entre les pays. Elle est présente lorsque les personnes disposant des ressources pour s'attaquer à l'iniquité n'ont pas les connaissances (ou la motivation) pour le faire – ou pour le faire correctement. Pour la santé mondiale, comprise dans son acception de « santé publique ailleurs », la distance est beaucoup plus grande, et en raison de cette dernière, le retour d'information et la redevabilité entre les acteurs prennent plus de temps ou ne se produisent même pas du tout.

Dans ce champ de recherche caractérisé par la distance, l'infrastructure de la connaissance – la manière dont on produit, utilise, partage et valorise le savoir – et son volet académique doivent absolument chercher à combler ce fossé et à faciliter les échanges, les conversations et les connexions qui réduisent cette distance. Les critères permettant de déterminer qui sont les personnes dont le savoir est digne d'être apprécié et priorisé doivent être réinterrogés et nous devons sincèrement reconnaître l'ignorance qui découle de ce rapport de domination, car en santé mondiale, comme dans d'autres domaines, la seule chose que « l'aidant » a de plus que « l'aidé », c'est le pouvoir. Même s'ils n'ont pas toujours accès aux connaissances disponibles dans les espaces où ils vivent et évoluent, les aidés ont nécessairement bien plus de connaissances sur

la façon d'intervenir sur leurs propres existences. Nous pouvons ainsi être *dans* leur monde, mais souvent, nous ne sommes pas *de* leur monde. Nous qui nous trouvons en situation d'aidants, capables d'agir en santé mondiale, devons admettre et reconnaître notre ignorance et prendre celle-ci comme point de départ de notre travail. Un travail qui doit commencer par la recherche, l'utilisation et le partage des connaissances déjà détenues par les personnes que nous cherchons à aider.

Les aidants sont *dans* le monde des aidés, mais pas *de* leur monde. En tant qu'acteurs de la santé mondiale, nous produisons, utilisons et diffusons des connaissances portant sur un monde auquel nous n'appartenons pas. En se basant par défaut sur les connaissances des aidants, les écrits qu'elle produit fonctionnent comme une tentative de détournement cognitif : un *gaslighting*³. Cette fausse bienveillance peut en effet amener les aidés à douter de leurs propres pensées, de leurs souvenirs, de leurs expériences et de leur capacité à donner du sens parce qu'ils savent, mais qu'on s'adresse à eux, comme s'ils ne savaient rien. Dans le contexte de « l'amour colonial », les aidés remettent ainsi en question la validité de leur perception du monde et sont incapables d'exercer pleinement leur rôle en tant que sachants – détenteurs, créateurs, utilisateurs et diffuseurs de connaissances. Il y a toujours un risque de *gaslighting* dans les relations entre l'aidant et l'aidé, compte tenu du rapport de pouvoir inhérent (ABRAMSON, 2014 ; SPEAR, 2019 ; SINHA, 2020 ; RUÍZ, 2020). Le *gaslighting* s'installe plus facilement dans le contexte de l'amour, de l'amour colonial, comme dans le cas de la médecine missionnaire portée par l'amour colonial. Pour l'activiste et philosophe afro-américain Cornel West, l'amour colonial n'est cependant pas de l'amour du tout. Il nous demande « de ne jamais oublier », car il est facile de l'oublier, « que la justice est ce à quoi l'amour ressemble en public, tout comme la tendresse est ce à quoi l'amour ressemble en privé » (WEST, 2011a, 2011b). Dans les sphères publiques et privées, l'amour exige que nous respections la dignité des personnes et que nous les tenions en haute estime en tant que sachants.

Lorsque je faisais mes études de médecine, il semblait clair que l'on me formait à être plongé *dans* le monde des aidés, mais pas à être *de* leur

3. NdT : Le mot en anglais désigne une manipulation psychologique qui amène une personne à douter de sa propre perception de la réalité.

monde ; à rester étranger aux réalités vécues par la plupart de ceux qui auraient besoin de ou feraient appel à mes soins (NAIDU et ABIMBOLA, 2022). Nous étions formés – comme la plupart des étudiants en médecine des pays post-coloniaux à faible revenu – dans des hôpitaux fréquentés par des patients ayant les moyens de recourir aux soins ou qui s'appauvrirent en le faisant. Nombre de ces derniers arrivaient à un stade tellement avancé qu'il était déjà trop tard. De par sa conception coloniale, cet endroit était culturellement distant et étranger à la réalité quotidienne de ses usagers supposés. Les retards de prise en charge ou d'intervention entraînaient la mort ou une aggravation de leur état, avec pour conséquences davantage de dépenses et un appauvrissement accru. J'ai pris conscience de cela de façon plus aiguë lors de ma dernière année de médecine, pendant mes stages en pédiatrie, en voyant des enfants atteints de paludisme dont les mères avaient repoussé leur venue à l'hôpital jusqu'au dernier moment. À leur admission, leur état était grave. Ils étaient tous anémiques et en détresse respiratoire. Les infirmières, les docteurs et les internes fustigeaient toujours les mères :

« Pourquoi êtes-vous venus si tard ? Par votre faute, votre enfant risque de mourir ! Demandez de l'argent à votre famille pour que nous puissions traiter votre enfant. Vendez votre maison. Piochez dans vos économies. Faites tout ce que vous pouvez pour le sauver ! »

Il m'est aussi arrivé de prononcer de telles paroles. Je ne voyais pas ce qui était juste sous mon nez. Lors d'une conversation téléphonique, S.O. m'a cependant remis les idées en place. C'était au milieu des années 2000 et l'usage des téléphones portables s'était généralisé au Nigéria. Je faisais alors mes études de médecine à l'université Obafemi-Awolowo, où la plupart des stages cliniques se déroulaient dans l'hôpital universitaire d'Ile-Ife. Mais, pour certains, notamment en pédiatrie, nous nous déplaçons dans la banlieue voisine d'Ilesha. En tant qu'étudiant en médecine, j'appelais souvent S.O. depuis Ilesha pour partager mes expériences cliniques. À ce stade, j'avais acquis des connaissances suffisantes pour vraiment bénéficier de sa vaste expérience qu'elle partageait avec moi lors de nos conversations téléphoniques. Mais souvent, je m'intéressais encore davantage à ses compétences politiques : la façon dont elle fédérait ou au contraire s'opposait à ses collègues, tant à l'hôpital que dans sa paroisse. Elle me tenait également informé des derniers événements à ces occasions. Lors d'une conversation, je lui ai dit que j'avais pleuré

en regardant une mère affligée, qui venait de perdre son enfant. L'enfant était décédé trois jours après avoir été admis avec une détresse respiratoire causée par une anémie associée à d'autres symptômes évocateurs d'un paludisme sévère. En racontant l'histoire à S.O., j'ai blâmé la mère pour s'être rendue trop tard à l'hôpital.

S.O. m'a interrompu. Elle m'a demandé si la mère n'avait pas hésité à dépenser les économies familiales ou à vendre un bien pour les soins de cet enfant car ses frères et sœurs à la maison en auraient pâti, que l'enfant survive ou pas. Et effectivement, la survie de l'enfant était incertaine. Il était absolument impossible pour moi d'imaginer un tel scénario mais, malgré tout, j'aurais dû, par moi-même, envisager ce dilemme. La perspicacité de S.O. m'a en tout cas permis d'appréhender une autre dimension dans la façon dont la pauvreté tue, et le calcul atroce qu'une mère peut être amenée à faire lorsqu'elle doit choisir entre englober toutes ses ressources pour sauver un enfant ou pouvoir nourrir et envoyer à l'école toute la fratrie une fois la maladie terminée ou l'enfant mort. S.O. m'a fait voir que c'était le Nigéria, le monde, les politiciens et l'histoire qui avaient abandonné cet enfant, pas sa mère. C'était un schéma récurrent que je commençais à reconnaître chez les mères qui se présentaient tardivement. J'ai ainsi appris à poser les bonnes questions, à détecter les bons signaux et à penser les événements cliniques en tant qu'événements politiques. La leçon de S.O. était la suivante : on ne peut aider réellement les gens que si l'on voit le monde à travers leurs yeux.

La distance évoquée entre la mère de l'enfant décédé et moi se répercute en fait à toutes les échelles : chez les cliniciens et chez ceux qui élaborent, modifient, suivent ou font appliquer les politiques de santé aux niveaux local, national ou international. Si l'on admet qu'une discipline académique est nécessairement un champ d'études au sein duquel tous partagent les mêmes hypothèses sur le fonctionnement du monde et tous débattent de la façon d'élaborer de telles hypothèses (GREENHALGH, 2014), alors la santé mondiale n'a pas encore atteint ce stade. Une discipline doit en effet reposer sur un ensemble d'hypothèses partagées. Reconstruire cette discipline, en postulant qu'elle doit être définie par la notion de distance et que sa mission devrait consister à éliminer les inégalités sociales de santé ainsi que toutes les circonstances qui génèrent la maladie partout dans le monde, pourrait s'avérer particulièrement transformateur.

Prendre comme point de départ la recherche de l'équité afin de réduire l'écart entre l'aidant et l'aidé pourra nous aider à forger ou à cultiver un langage commun fédérant les efforts dans les différents espaces. Malheureusement, celui-ci n'existe pas encore. Ce que nous avons pour le moment, c'est une forme coloniale de *gaslighting*, un dialogue de sourds où la parole des aidés est ignorée, comme si ces derniers ne disposaient d'aucune agentivité. Déconstruire l'influence coloniale sur la santé mondiale, c'est tâcher de voir le monde au travers des yeux des aidés et reconnaître que la distance qui nous sépare d'eux rend l'exercice difficile. Nous devons rendre le global local. Ce qui devrait définir la santé mondiale, c'est la mission et la nature des relations entre parties prenantes, pas sa portée, pas le lieu où se déroulent les activités, pas plus que l'identité de ceux qui la financent ou la pratiquent. C'est ce renversement d'optique qui permettrait alors de faire ce que nous appelons de la santé mondiale, y compris avec de petites communautés, même dans les pays à revenu élevé, et de travailler avec n'importe quel groupe local marginalisé. Cela signifierait également que les acteurs locaux tels que S.O., où qu'ils se trouvent, pourraient s'approprier ce champ, et que les enseignements sur la façon d'éliminer les inégalités sociales de santé, au sein d'un pays ou entre les pays, pourraient circuler plus facilement, peu importe le lieu de l'intervention, la période ou la problématique.

J'ai débuté mon propos sur la santé mondiale en expliquant que ce champ de recherche trouve son origine dans la médecine tropicale, qui avait pour objectif d'assurer la survie de la population blanche, puis de la main-d'œuvre dans les colonies des régions tropicales. Ce paradigme considère ainsi la santé mondiale comme une discipline dans laquelle des personnes issues d'anciens pays colonisateurs créent et dirigent des programmes de santé dans d'anciens pays colonisés. Selon cette lecture, la prochaine étape – qui n'est pour l'instant qu'une aspiration – est que des personnes issues de ces pays anciennement colonisés puissent établir et diriger elles-mêmes les programmes de santé au sein de leur propre nation (ABIMBOLA, 2018). Ce que j'ai toujours trouvé dérangeant dans cet état de fait, c'est qu'un vœu pourtant explicitement exprimé – que les citoyens d'un pays établissent et dirigent leur propre programme de santé – soit seulement considéré comme une « aspiration », comme si ce n'était pas un fait déjà totalement avéré.

Cela traduit une posture étrangère et un point de vue colonial. Partout, autant chez les colonisateurs que chez les colonisés, les populations ont toujours cherché à mettre en place des programmes pour améliorer leur santé. Ce qui pourrait peut-être rendre la santé mondiale particulière, c'est justement cet objectif d'équité et cette reconnaissance de la notion de distance.

Il existe deux versions de la santé mondiale. Dans la première, qui est présentée comme un prolongement de la médecine coloniale, je reconnais certains aspects d'une santé mondiale *dans* laquelle je travaille actuellement, mais *de* laquelle je ne voudrais jamais être. Il s'agit de la santé mondiale qui est nécessairement internationale en tant que « santé publique ailleurs » (KING et KOSKI, 2020) et qui n'interroge pas les effets de la distance et leur influence sur l'engagement et la posture du chercheur. La seconde version est la « santé publique partout » (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2020 ; FISCHER *et al.*, 2020 ; HERZIG VAN WEES et HOLMER, 2020), qui prend en compte tout au long du processus la distance existante entre l'aidant et l'aidé. C'est la version que je connais depuis l'enfance. De ce point de vue, c'est une version de la santé mondiale *de* laquelle je peux être et qui m'oblige à tenir compte de l'humanité et de la complexité de l'aidé au-delà de la distance. C'est une version qui braque mon regard sur les structures qui perpétuent les inégalités et qui m'incite à les déconstruire. J'aurais pu adopter cette version même si je n'avais jamais quitté Owo, car elle a un caractère universel. Définir la santé mondiale simplement au regard de problèmes sanitaires hors des frontières nationales, c'est exclure la grande majorité des personnes dans le monde qui travaillent quotidiennement, à des échelles diverses, à réduire le fossé des inégalités de santé.

Tant que le monde sera régi par des politiques et des forces reproduisant la domination coloniale et résolues à perpétuer l'injustice, la santé mondiale sera *dans* le monde, mais elle ne pourra pas se permettre d'être *du* monde. Tant que nous vivrons dans un monde avec ce fonctionnement, il y aura toujours des personnes, des groupes, des communautés, des quartiers, des provinces, des pays, des régions, des continents qui auront besoin d'aide. Et parce qu'il y aura toujours une distance entre l'aidant et l'aidé, l'aidant doit absolument s'engager à réduire, et finalement à éliminer, cette distance, aussi infime soit-elle. Lorsqu'une distance est éliminée, une autre se révèle ; une autre injustice apparaît, créant une ligne de faille entre l'aidant et l'aidé. Et les aidés d'hier deviennent à leur tour des

aidants, pour quelqu'un d'autre ou pour ailleurs. Cette boucle vertueuse pourra ainsi se répéter encore et encore, jusqu'au moment, aujourd'hui difficile à concevoir, où plus personne n'aura plus besoin d'aide. Mais cette progression infinitésimale n'est ni rapide ni inéluctable. Elle exige de la vigilance, car les oppresseurs d'aujourd'hui sont très souvent les opprimés d'hier.

La santé mondiale cherche depuis longtemps à se définir consciemment en tant que discipline. Le moment est venu d'admettre que nous n'avons pas recherché avec suffisamment d'acuité ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être. Si nous prenons au sérieux la portée et le sens de notre mission dans ce champ de recherche – en considérant les notions de distance et d'équité, le fait que nous sommes *dans* le monde, mais pas *du* monde, et qu'en nous efforçant de le changer nous serons libres de choisir d'être *du* monde ou pas –, et si nous avançons selon ces objectifs, alors nous ferons les choses différemment. Cela mènera à une situation où nous pourrons concevoir les aidés dans leurs différentes dimensions : comme des personnes aux côtés desquelles et pour lesquelles nous travaillons, comme ceux qui devraient définir ce que la santé mondiale signifie pour eux et la façon dont elle doit être enseignée, pratiquée et rapportée. Ils choisiraient ainsi la façon dont les connaissances sont produites, utilisées et partagées et les personnes dont on doit valoriser, prioriser et privilégier les connaissances. Il y a cependant une autre étape à franchir sur ce chemin, une étape durant laquelle nous réexaminons d'une part, ce que signifie la santé mondiale et la façon dont nous la pratiquons, et d'autre part nos motivations en tant qu'aidant. Il faut atteindre cette étape pour réimaginer et transformer ce champ de recherche. C'est le moment où les aidés, à l'instar de la philosophe et doyenne autochtone australienne Lilla Watson et ses amis activistes, peuvent dire aux apprentis aidants : « Si vous êtes venus ici pour m'aider, vous perdez votre temps ; mais si vous êtes venus parce que votre propre libération est liée à la mienne, alors travaillons ensemble » (WATSON, 1985).

Il s'agit d'une invitation adressée à la santé mondiale en tant que discipline afin que ses acteurs s'interrogent sur leur intérêt personnel à faire partie de ce champ, afin que leurs motivations soient éclairées et non matérielles. En l'occurrence ici, qu'ils recherchent la libération et l'émancipation de chacun. Pourquoi voulez-vous m'aider ? Est-ce parce que vous ressentez une douleur ou un manque ? Parce que vous souhaitez ardemment réparer quelque chose qui vous affecte

profondément, personnellement, voire historiquement ? De quoi s'agit-il ? Pouvez-vous l'admettre ? C'est comme d'être amoureux. On a profondément besoin l'un de l'autre. Chacun sait que l'autre comble un vide en soi. C'est un besoin et une « aide » réciproques. Il ne s'agit pas de charité, mais d'une libération mutuelle, soit l'exact opposé de l'amour colonial. C'est finalement la justice. L'invitation de Lilla Watson et de ses collègues à la santé mondiale est une manière transformative de se connaître et de se définir, et va au-delà de la prise en compte de la distance et de l'iniquité. Chaque personne, groupe, communauté, département, province, pays, région, continent, doté de pouvoir devra affronter les fractures, la douleur, la faiblesse, la complicité qu'ils cherchent désespérément à ignorer. Le péché de dépossession lèse le colonisateur et le colonisé, l'opresseur et l'opprimé, le maître et l'esclave, le riche et le pauvre. Nous, les deux parties, devons parvenir au point où nous reconnaissons mutuellement que nous avons besoin l'un de l'autre pour être complets.

Mais pour t'aimer, je dois te respecter. Je ne peux pas t'aimer uniquement selon mes conditions. Dans le domaine de la santé mondiale académique, lorsque les connaissances des personnes marginalisées ne sont pas prises au sérieux, que leurs besoins d'apprentissage et leurs perspectives ne définissent pas l'objet de nos recherches, lorsqu'elles ne sont pas le principal récipiendaire des connaissances que nous produisons, c'est de l'amour colonial. C'est également de l'amour colonial lorsque notre travail ne se fonde pas sur des valeurs émancipatrices et libératrices ; lorsque, au lieu de défaire les injustices systémiques et structurelles qui créent l'inégalité, nous nous contentons de « bricoler à la marge ». C'est toujours de l'amour colonial lorsque nous contribuons à un système qui extrait des connaissances tout en ignorant et en étouffant les connaissances locales et autochtones ; un système nuisible même s'il essaie d'aider ou prétend le faire. Pour le moment, sans être *de* la santé mondiale, nous devons trouver des moyens d'être *dans* la santé mondiale. Tout n'est donc pas juste dans l'amour et la guerre. Nous ne pouvons pas légiférer ou contraindre l'amour. Mais nous pouvons travailler ensemble pour élaborer des règles qui régissent notre travail, la façon dont nous l'effectuons, le type de connaissances que nous produisons, les publics dont les besoins ou les connaissances priment, ainsi que la façon dont les connaissances sont produites, utilisées et partagées. Nous pouvons instaurer des règles qui privilégient la justice dans nos relations les uns avec les autres en dépit d'une distance

marquée par l'inégalité, et qui nous aident à clarifier notre motivation à pratiquer la santé mondiale. Des règles qui nous fixent comme objectif principal de supprimer les structures injustes qui créent une distance entre nous.

La santé mondiale est bien loin d'avoir atteint ce stade. Lorsque nous y parviendrons, nous n'aurons plus besoin de préciser le mot « mondial » : l'équité en matière de santé sera reconnue comme étant mondiale par nature. Le mot mondial aura fait son temps et il sera bon de l'abandonner. La santé et l'iniquité dans ce domaine sont toujours mondiales, de la même manière que le climat et son changement sont mondiaux. Personne ne précise que le « changement climatique » est « mondial ». Nous comprenons implicitement qu'il s'agit d'un phénomène planétaire. Il en va de même pour la santé. Comme pour le changement climatique, ce qui importe, ce sont les origines structurelles injustes des inégalités en matière de santé, qui s'appliquent à tous, quel que soit l'endroit où l'on vit. Ces origines sont tellement imbriquées à l'échelle mondiale que défaire l'une d'entre elles a un impact significatif sur les autres ; en étudier une, c'est mieux comprendre les autres ; travailler sur l'une d'elles fournit des enseignements pour toutes les autres. Connecter les systèmes et les réalités sociales à travers le monde peut nous aider à mieux nous percevoir les uns les autres. Cela pourrait également aider à l'émergence d'une coalition pour un changement bien plus large et diversifié. Plus que tout autre chose, c'est ce qui incarnerait l'aspect « mondial » de la santé et ce que le terme devrait englober. Plus vite nous comprendrons et développerons ces connexions, plus vite l'adjectif « mondial » deviendra redondant.

Lorsque l'amour colonial persiste, comme c'est le cas en santé mondiale, les lésés crient à l'injustice. Cela est bien illustré par les versets de l'Ifá, le corpus littéraire au cœur du système de connaissances et de croyances yoruba. Dans un ensemble de préceptes tirés de ces versets et traduits par l'écrivain et philosophe nigérian Wole Soyinka, l'Ifá indique : « La justice est le mortier dans lequel est pétrie la demeure de l'Homme » (SOYINKA, 1991). L'Ifá questionne : « Les murs de briques peuvent-ils résister aux cris ensanglantés de ceux qui sont lésés ? ». Avant de répondre : « Pas plus que l'obscurité ne résiste à l'éclat de la foudre ou que les toits de chaume ne résistent au passage des éclairs. Sàngó [la divinité yoruba de la justice] rétablit. » L'Ifá conçoit la justice comme restauratrice, comme un chemin vers la guérison et considère qu'il ne

peut y avoir de paix sans elle. Il considère que notre demeure – la maison de la santé mondiale – est faible sans justice dans la manière dont nous créons, utilisons, partageons et valorisons les connaissances ; dans les liens qui nous lient les uns aux autres. Sans justice, nous ne pouvons pas travailler ensemble, nous ne pouvons pas vivre ensemble, nous ne pouvons pas nous aimer les uns les autres et nous ne pouvons pas pratiquer de la santé mondiale.

LE REGARD ÉTRANGER

« Je m'intéressais vraiment au lectorat noir. J'y vois un parallèle avec la musique noire, qui est splendide, complexe et merveilleuse justement parce qu'elle englobe son auditoire, son public principal. Si elle est devenue universelle, mondiale, que tout le monde peut la jouer, et qu'elle a évolué, c'est parce qu'elle n'a pas été altérée ou recomposée. Donc, je souhaitais que mes écrits suivent le même chemin. Je pouvais directement aller à l'humus, là où se trouvait la fertilité dans ce paysage. Et aussi, je voulais me sentir libre, ne pas sentir le regard blanc dans cet espace qui m'était si précieux. »

Toni MORRISON (1998a)

« Et je me suis efforcée d'éviter, durant toute ma vie d'écrivain, que le regard blanc ne domine dans aucun de mes livres. Ceux qui m'ont le plus aidée à atteindre cette forme d'expression étaient des écrivains africains. Ces auteurs pouvaient assumer la centralité de leur race parce qu'ils étaient Africains. Et ils n'expliquaient rien aux Blancs. Le monde s'effondre (de Chinua Achebe) était l'œuvre la plus importante pour moi parce qu'il y avait un langage, il y avait une posture : c'étaient les paramètres. Je pouvais enfin maintenant m'y plonger sans avoir à être consumée ou préoccupée par le regard blanc. »

Toni MORRISON (1998b)

Au cœur de la santé mondiale académique se trouve le problème du *regard*. Celui-ci est difficile à désigner. Je fais donc appel aux mots de Toni Morrison, l'écrivaine afro-américaine. Remplacez le mot « blanc » par « étranger » dans les citations ci-dessus et vous comprendrez peut-être ce que je veux dire. Mieux encore, continuez votre lecture. Si l'on ne met pas de nom sur ce problème, il est alors difficile de le concevoir

clairement et de penser de manière holistique aux déséquilibres dans la provenance des publications académiques en santé mondiale – et, partant, dans toute l'infrastructure des connaissances en santé mondiale. Les analyses bibliométriques des signatures scientifiques mettent inlassablement en lumière ces déséquilibres bien connus (KELAHHER *et al.*, 2016 ; CHERSICH *et al.*, 2016 ; REES *et al.*, 2017 ; CASH-GIBSON *et al.*, 2018 ; SCHNEIDER et MALEKA, 2018 ; BOUM II *et al.*, 2019 ; HEDT-GAUTHIER *et al.*, 2019). Ces schémas sont largement expliqués par les asymétries de pouvoirs enracinées dans les partenariats de santé mondiale – entre les chercheurs des pays à revenu élevé (qui sont souvent la ressource financière et les décisionnaires en matière d'objectif) et ceux des pays à revenu intermédiaire et, surtout, des pays à faible revenu (qui sont souvent le lieu où la recherche est effectuée).

Face à cet état de fait, on peut être tenté de proposer des solutions spécifiques aux déséquilibres dans la signature scientifique des articles. Par exemple, par des initiatives telles que l'obligation pour les revues, les bailleurs de fonds, les universités et leurs conseils d'administration d'inclure des auteurs nationaux (basés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire) ; la modification des critères de promotion académique afin que les experts étrangers (basés dans des pays à revenu élevé) puissent plus facilement renoncer à une position d'auteur prépondérant pour des travaux réalisés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ; la fourniture de ressources aux universitaires des pays à revenu faible et intermédiaire pour qu'ils puissent s'engager dans des partenariats de façon plus équitable ; la modification des critères de signature scientifique afin que davantage de rôles soient reconnus dans le processus de recherche en santé mondiale ; ou encore l'augmentation de la diversité au sein des comités de rédaction des revues dans l'espoir que des comités de rédaction pluriels conduiront à une plus grande diversité des auteurs publiés (BOUM II *et al.*, 2018, 2019 ; HEDT-GAUTHIER *et al.*, 2018, 2019 ; CARVALHO *et al.*, 2018 ; LANCET GLOBAL HEALTH, 2018 ; BHAUMIK et JAGNOOR, 2019 ; NAFADE *et al.*, 2019). De mon point de vue, ces mesures se justifient souvent. Pourtant, je ne peux m'empêcher de considérer que les mettre en place, sans traiter la question du regard, reviendrait à nous accorder à nous-mêmes un certificat de bonne conduite, nous dédouanant de notre devoir de résolution des problèmes plus fondamentaux.

Il m'a fallu du temps pour identifier le problème du regard. Lors de conversations, j'étais incapable d'exprimer ce que je voulais dire sans

passer par un préambule de quinze minutes. Nommer le problème nécessitait de créer un langage pour le verbaliser. Nous ne pouvons pas parler de la signature scientifique ou de l'injustice dans la production de connaissances sans nous confronter à notre propre identité en tant qu'auteurs, à notre positionnement – c'est-à-dire l'angle de vue à partir duquel nous écrivons ou produisons des connaissances (notre posture) –, ou encore à la question de savoir pour qui nous imaginons écrire ou produire des connaissances (le regard). Dans un domaine qui agit à distance – tant physique que sociale – nous devons nous efforcer de distinguer où nous nous situons (la posture) et par rapport à qui (le regard). J'ai dû identifier ces deux concepts ; puis, à force de les manipuler (de les séparer, les recombinaison, de jongler avec et de les déformer), il est devenu clair que penser le déséquilibre dans la signature de la production académique en santé mondiale sans tenir compte de la posture et du regard, c'était succomber à la tentation de solutions simplistes.

Le concept de *posture* découle de l'idée que l'analyse ou l'interprétation d'une réalité ou d'un système social dépend de savoirs situés et de perspectives propres à chaque individu (HARDING, 1991). Mais selon l'historienne et philosophe germano-américaine Hannah Arendt, nous ne sommes pas prisonniers de notre posture ou de notre point de vue. D'après elle, il est possible d'analyser un problème social donné « en représentant dans mon esprit les points de vue de ceux qui sont absents ». En faisant cela, « plus j'ai de points de vue présents à l'esprit, plus je peux imaginer comment je me sentirais et comment je penserais si j'étais à leur place, et plus mes conclusions finales seront valables » (ARENDT, 1968). Hannah Arendt nomme cette pratique « la pensée représentative ». Le concept de *regard*, tel que je l'utilise, provient de Toni Morrison. Il englobe l'idée que le public principal peut être local et peut se trouver au sein de sa propre communauté, là où le sol est fertile, où l'authenticité est renforcée. Cela sous-tend que le public n'est jamais anodin. Nous parlons différemment en fonction de ceux qui nous écoutent, ceux que nous croyons être notre auditoire, ceux par qui nous aimerions être entendus.

De même que l'on peut imaginer se placer dans une posture étrangère, par exemple grâce à « la pensée représentative » d'Hannah Arendt, même si cela se produit rarement, on peut aussi écrire pour un regard étranger en imaginant comment notre message sera reçu au loin. On peut deviner les pensées d'un *outsider*, ce qu'il veut entendre, et le lui

servir. J'ai eu des raisons d'adopter une posture locale et parfois de l'associer à une posture étrangère. J'ai également dû me soumettre à un regard local et souvent à un regard étranger. En tant qu'universitaire, j'ai dû gérer mes propres changements de posture et de regard, en travaillant à la fois en tant que chercheur local et chercheur étranger (GILMORE, 2019).

Ce chapitre se structure autour de l'idée qu'il y aurait une conception « idéalisée » (APPIAH, 2017) pour gérer les problèmes de *posture* et de *regard* dans l'écriture scientifique. Une conception qui existerait si les partenariats de recherche en santé mondiale n'existaient pas et qui a dû être adoptée dans les pays qui, entre la fin du XIX^e et le milieu du XX^e siècle, sont devenus des pays à revenu élevé et ont connu des améliorations significatives en matière de santé et d'équité (CUTLER *et al.*, 2006). Cette conception « idéalisée » prend pour archétype des « personnes locales écrivant sur des questions locales pour un public local ». C'est le modèle que Toni Morrison pourrait appeler de ses vœux en art et en littérature. En appliquant à mon tour cette conception « idéalisée », non pas comme une prescription, mais plutôt comme un artifice heuristique, je me confronte, rhétoriquement, à trois questions qui me font réfléchir chaque fois que j'envisage des solutions à opposer aux déséquilibres dans la signature scientifique des recherches. Ces questions sont : (1) Et si le regard étranger était nécessaire ? (2) Et si le regard étranger était sans importance ? (3) Et si le regard étranger était corrupteur ?

La première question (Et si le regard étranger était nécessaire ?) découle de la constatation suivante : l'exigence d'un équilibre dans la signature scientifique des recherches en santé mondiale ne s'impose pas forcément comme une évidence. Il est possible que les questions traitées par de tels partenariats de recherche soient mieux formulées par des experts étrangers, et que leurs conclusions soient mieux rédigées pour un regard étranger. Est-ce important si la signature scientifique d'un article privilégie les experts étrangers, partiellement ou en totalité ? Bien que le regard local soit important, nous ne pouvons pas présumer que cet idéal, qui voudrait que des « personnes locales écrivant sur des questions locales pour un public local », soit toujours pertinent. Mettons-nous cependant

d'accord sur le fait que les situations dans lesquelles le regard étranger est nécessaire devraient faire figure d'exceptions. Dans ce cas, l'auteur principal de ces articles devrait justifier le caractère exceptionnel de ce choix de posture et de regard par l'indication « rédigé avec une posture étrangère pour un regard étranger » et par une note claire et argumentée. Cela pourrait peut-être se faire par le biais d'un encadré, juste en dessous de la liste des auteurs, en tant que note de bas de page, ou encore au sein de l'espace réservé à la déclaration des conflits d'intérêts.

Imaginons un tel scénario. Supposons, par exemple, qu'un article sur les pratiques funéraires en Afrique de l'Ouest soit rédigé par un expert étranger. L'auteur s'est rendu sur le terrain en intégrant une équipe d'anthropologues dans le cadre de la lutte contre une épidémie d'Ebola. Grâce à ce travail anthropologique, cet universitaire a aidé son équipe « dirigée par des étrangers » à comprendre les pratiques locales en Afrique de l'Ouest. Il a ainsi contribué à créer des stratégies plus efficaces pour adapter les pratiques funéraires lors de l'épidémie d'Ebola – l'inhumation des victimes de cette maladie par la famille constitue souvent un vecteur de transmission du virus. Cet article est sans doute destiné à un public composé d'autres anthropologues qui effectuent un travail similaire dans d'autres pays en tant qu'étrangers. Soit un rôle qui pourrait ne pas exister si toutes ces équipes de réponse d'urgence étaient dirigées par des experts locaux – en supposant que tous les pays disposent des capacités et surtout des ressources financières pour faire face à leurs propres épidémies.

Dans un scénario « idéal », dans lequel l'anthropologue est un expert local, qui parle la langue de la région, qui partage les mêmes pratiques funéraires et qui travaille au sein d'une équipe composée d'autres experts locaux, l'article serait nécessairement différent. Il serait rédigé avec « une posture locale pour un regard local ». Voici une expérience de pensée intéressante : en quoi le contenu, le focus, le style et le cadre de référence d'un article basé sur « une posture locale pour un regard local » diffèreraient-ils de ceux d'un article « avec une posture étrangère pour un regard étranger » ? Nous pouvons étendre cette question à d'autres types d'écarts par rapport à une posture et un regard « idéaux » (tabl. 1). Par exemple, « écrit avec une posture locale pour un regard étranger » et « écrit avec une posture étrangère pour un regard local ». Typiquement, ces choix ne sont ni faits consciemment ni déclarés explicitement, mais ils devraient l'être. Une telle mention pourrait servir de déclaration de

réflexivité en matière de paternité intellectuelle. Ceci aiderait les universitaires – étrangers et locaux – à être plus délibérés dans leurs choix et leurs attitudes et aiderait les lecteurs à mieux appréhender l’objectif d’un article.

En reconnaissant les limites de ce qu’il peut voir ou comprendre, cette réflexivité sur la signature scientifique pourrait donner à l’expert étranger le choix d’écrire principalement pour d’autres experts étrangers. Cette réflexivité peut également mettre en lumière l’arrogance des experts étrangers qui procèdent autrement. Il faut cependant noter que l’opposition entre la posture locale et la posture étrangère peut varier en fonction de la personne et du sujet. Un anthropologue issu du même pays d’Afrique de l’Ouest, mais d’une ethnie différente de celle dans laquelle l’épidémie sévit, peut être étranger aux pratiques funéraires dans la zone de l’épidémie – l’étrangéité pourrait alors être définie par la connaissance des coutumes, de l’ethnie, de la race, de la caste, du genre, du lieu, du statut socio-économique ou du domaine concerné. La réflexivité sur la signature scientifique déclarée pourrait également aider les lecteurs ou les bibliographes à comprendre le raisonnement derrière la posture et le regard d’une production. Il se peut qu’il n’y ait pas de capacité disponible localement ; que la posture et/ou le regard n’ait pas d’importance ; que le message soit plus pertinent pour un public étranger ; ou encore, que l’auteur principal connaisse trop peu le sujet pour avoir quoi que ce soit de valable à communiquer aux experts locaux.

	Regard local	Regard étranger
Posture locale	« idéal »	Corrupteur ?
Posture étrangère	Pertinent ?	Nécessaire ?

Tableau 1 | Matrice réflexive de la signature scientifique des articles en fonction de l’effet des différentes combinaisons de regard et de posture, étrangers et locaux.

La forme développée de la deuxième question (Et si le regard étranger était sans importance ?) est la suivante : et si c’était en effet le regard local, plutôt que le regard étranger, qui était déterminant ? Pour examiner les ramifications de cette question, revenons à notre anthropologue étranger en Afrique de l’Ouest. Imaginons que, pour se rapprocher de l’idéal d’une « posture locale pour un regard local », celui-ci choisisse d’écrire principalement pour les experts locaux, c’est-à-dire « avec une posture

étrangère pour un regard local ». Un tel article serait alors publié sur un support conforme à cet « idéal », à savoir dans des revues locales, dont beaucoup ne sont pas indexées dans les bases de données mondiales ni publiées en anglais (MOCHRIDHE, 2019), mais traiterait de questions de recherche et de politiques qui existent indépendamment de la présence et de l'influence des experts, des fonds, des donateurs des aides ou des collaborateurs étrangers. Réfléchissons un instant au volume considérable de telles publications sachant que la plupart des articles académiques en santé mondiale sont de nature locale (SGRÒ *et al.*, 2019) et que nombre d'entre eux sont publiés dans des revues considérées comme secondaires ou « prédatrices » (SHEN et BJÖRK, 2015 ; FRANDSEN, 2017).

Quelle est l'importance des publications académiques en santé mondiale écrites pour un regard étranger, étant donné leur caractère minoritaire ? Il est presque certain que la production locale est beaucoup plus importante, ne serait-ce que parce que les progrès durables en santé mondiale sont endogènes. D'importantes améliorations historiques de l'équité en santé sont en effet à mettre au crédit de processus locaux (SZRETER, 1988 ; DE BROUWERE *et al.*, 1998 ; FAIRCHILD *et al.*, 2010 ; BHATIA *et al.*, 2019 ; MEDCALF *et al.*, 2015). Par exemple, aucun lien n'a jamais été établi entre la densité des articles (archivés dans les bases de données internationales d'articles scientifiques) sur la couverture santé universelle d'un pays, d'une part, et la mise en place d'une couverture santé universelle dans ce même pays, d'autre part (GHEORGHE *et al.*, 2019). Ce qui est écrit pour le regard étranger reflète les intérêts du regard étranger (STORENG et BÉHAGUE, 2017 ; CHAMBERS, 2017 ; ROALKVAM et McNEILL, 2016 ; JERVEN, 2018 ; RAJKOTIA, 2018 ; BÉDÉCARRATS *et al.*, 2019 ; STORENG *et al.*, 2019). Selon l'écrivain et érudit littéraire britannique du XX^e siècle C. S. Lewis, ces intérêts sont davantage tournés vers « le chirurgical » que vers « l'organique » (LEWIS, 1943).

Dans son livre, *The Abolition of Man*, C. S. Lewis décrit la différence entre « la transformation de l'intérieur » (c'est-à-dire le changement organique) et « la modification de l'extérieur » (le changement chirurgical) (LEWIS, 1943). Il illustre le changement chirurgical par l'exemple « d'un théoricien du langage » qui, « au mépris du génie de sa propre langue maternelle, appellerait à modifier celle-ci de l'extérieur, en bloc, en changeant radicalement cet idiome et son orthographe pour des questions de commodité commerciale ou de précision scientifique ». Il contraste cet exemple avec celui d'un changement organique qui serait effectué par

« un grand poète, qui a aimé sa langue maternelle et qui en a été pétri », et qui imprimerait « de grands changements [...] faits dans l'esprit de la langue elle-même », de sorte que « cette langue qui souffre [qui subit des changements radicaux] est elle-même l'inspiratrice de ces changements ». Dans notre recherche de l'équité en matière de santé, comme dans les autres efforts visant à provoquer un changement social, il est beaucoup plus facile de concevoir et d'opérer un changement « chirurgical » (dans la mesure où les agents du changement sont tangibles, à court terme et souvent externes), que d'imaginer et de provoquer un changement « organique » (car les agents de ce changement sont diffus, à long terme et généralement internes). Atteindre un objectif tel que la couverture santé universelle requiert pourtant un processus organique. En tant que personnes travaillant dans le champ de la santé mondiale, nous devons parvenir à mieux reconnaître et mieux expliquer les processus de changement organique à long terme (ROSLING *et al.*, 2018).

Les articles écrits pour un regard étranger ne représentent qu'une facette de la réalité. Parmi les publications originaires d'un pays, seul un petit nombre parvient à faire progresser la cause de la santé mondiale sur ce même territoire. Dans certains cas, il s'agit d'une facette plus importante, mais qui reste néanmoins seulement une facette. Une trop grande attention est ainsi portée à ce qui met indûment l'accent sur des efforts ponctuels, à court terme et épisodiques, souvent initiés ou dirigés de l'extérieur – c'est-à-dire le « chirurgical ». Pourtant, des éléments probants issus de plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire suggèrent que le changement à long terme est impulsé par des processus, des politiques et des dynamiques organiques locaux. On peut citer l'exemple du rôle de l'autonomisation des femmes dans l'explication du changement à long terme des résultats en matière de santé infantile (KEATS *et al.*, 2018 ; NGUYEN *et al.*, 2018 ; RAHMAN *et al.*, 2019 ; DWOMOH *et al.*, 2019). Il est injuste, voire trompeur ou colonial, de prêter une attention excessive au regard étranger. Si la littérature académique sur laquelle nous nous appuyons en priorité ne reflète pas le fait que les experts locaux sont à la pointe de la résolution des problèmes locaux, alors elle est profondément fallacieuse, car elle ne reflète pas la réalité.

Nous devons reconsidérer notre attitude envers les revues « locales » et admettre notre part de responsabilité dans le fait que tant d'experts locaux sont contraints de publier dans des revues « prédatrices ». Si nous privilégions le regard local, nous chercherons à publier dans les mêmes

revues que celles où les experts locaux échangent leurs idées. Les revues et les publications locales gagneront ainsi leurs lettres de noblesse dans notre perception, et peut-être que certains des entrepreneurs véreux, à l'origine de revues prédatrices, chercheront-ils alors à créer d'authentiques revues évaluées par les pairs. En effet, est-il vraiment raisonnable qu'un projet portant sur une stratégie de réduction de la mortalité infantile dans l'Inde rurale soit publié dans une revue basée à Boston ou à Londres plutôt qu'à Bangalore ? Peut-être devrions-nous pousser notre réflexivité sur la signature scientifique de nos productions en justifiant le choix d'une revue basée hors du pays : par exemple, pour les cas d'études couvrant plusieurs pays, lorsque les recherches ne sont pas pertinentes pour un public local, s'il y a une obligation de la part du financeur, en raison de l'impact de la revue ou de son prestige ou encore pour obtenir une promotion ou des financements de recherche.

La troisième question (Et si le regard étranger était corrupteur ?) a une résonance particulière pour moi et pour nombre de collègues que je connais, qui travaillons principalement à partir d'une posture locale. Pour expliciter cela, reprenons l'exemple de notre anthropologue, mais imaginons cette fois-ci qu'il s'agit d'un anthropologue local, dont l'expertise est locale, et qui choisirait d'écrire principalement pour un public étranger. Comme la posture est souvent déterminée par le regard du spectateur, le regard étranger peut donc altérer la posture de l'expert local. Le choix du public qu'il souhaite informer ou impressionner peut, de ce fait, corrompre le message puisque l'expert local fait nécessairement un compromis – entre, d'une part, son besoin de dire les choses telles qu'elles sont et, d'autre part, l'effort qu'il va faire pour élargir la portée de son expression – pour rendre son message intelligible auprès d'un public peu familiarisé avec le sujet, pour aseptiser la réalité qu'il souhaite transmettre et pour cacher le « linge sale ». Lorsque le regard étranger l'emporte, comme c'est souvent le cas, la complexité, les nuances et le sens (par exemple, dans le cas des pratiques funéraires locales) peuvent être perdus, en particulier pour le public local.

Le regard étranger peut ainsi amener l'expert local à écrire comme un expatrié. On ressent souvent cela dans le langage utilisé par les experts locaux travaillant en étroite collaboration avec des experts étrangers, ou encore dans la fiction littéraire post-coloniale écrite pour le regard étranger (ADESOKAN, 2012). Ce phénomène peut également corrompre le sens des réalités de l'expert local. Au cours du processus de manipulation, de

simplification et d'altération de la réalité, l'expert local risque de perdre son propre sens de la réalité. Ce sens de la complexité d'une réalité multi-dimensionnelle est souvent nécessaire pour résoudre les problèmes dans le domaine de la santé mondiale (ABIMBOLA, 2018). La préoccupation du regard étranger exerce, en outre, une autre influence corruptrice. Elle peut détourner les experts locaux des conversations souvent importantes et non académiques au sein de leur propre contexte, dont certaines ne sont pas en anglais. Ces conversations devraient être au centre du discours académique sur la santé mondiale, mais malheureusement, elles ne sont souvent pas prises assez au sérieux (SAHA *et al.*, 2019).

Les conversations les plus importantes au sujet des systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (qu'elles soient locales ou étrangères) ne remontent pas jusqu'aux revues à comité de lecture et peut-être est-ce mieux ainsi. Je les glane à partir de listes de diffusion par e-mail, de revues et de blogs locaux, de radios, de groupes WhatsApp, et même sur X (anciennement Twitter). Il serait colonial et anachronique d'exiger ou de s'attendre à ce que de telles conversations se déroulent dans les pages de revues mondiales, que nombre de parties prenantes ne lisent pas, n'ayant aucune raison de le faire. Mais il serait également inacceptable que les conversations locales et étrangères se croisent sans jamais se rencontrer. Le défi consiste justement à créer des canaux par lesquels le contenu de certaines de ces conversations se fraye un chemin vers la littérature académique sur la santé mondiale. Ces canaux pourraient aider les personnes étrangères à reconnaître, amplifier et tirer des enseignements de ces conversations locales sans pour autant exiger, de manière extractive, qu'elles se déplacent vers des plateformes étrangères.

Pour rendre la santé mondiale réellement mondiale, il faut la rendre réellement locale. Peut-être que notre anthropologue local, qui est amené à écrire pour un regard étranger par choix ou par obligation, devrait préparer deux versions du même article : une écrite avec une posture étrangère pour un regard étranger et une autre rédigée avec une posture locale pour un regard local – par exemple dans un journal, une revue ou un blog local, peut-être en langue locale – (SAHA *et al.*, 2019). Dans la version rédigée selon une posture étrangère pour un regard étranger, notre expert local devrait expliquer la raison de ce choix et l'impact du regard étranger sur sa posture et sa prose, son style, sa langue, sur ce qu'il a choisi d'inclure et d'exclure dans son article, sur les aspects de la réalité qu'il a gommés, et il indiquerait où le public local peut trouver la version

rédigée à son attention. L'expert local pourrait le mentionner dans une partie dédiée à la signature scientifique, juste en dessous de la liste des auteurs, ou en tant qu'addendum à la déclaration des conflits d'intérêts.

Parfois, dans certains contextes, il peut être imprudent d'être aussi honnête ou même de se concentrer sur le regard local. Un écrit qui dénonce une violence d'État ou des violations des droits humains peut mieux servir son objectif local en passant par le regard étranger. Publier une dénonciation dans une revue étrangère, pour un public étranger, peut être un moyen stratégique d'attaquer la crédibilité ou l'image du gouvernement visé. La pression exercée peut alors être plus forte qu'à l'issue d'un débat ou d'un échange local. Lorsqu'il s'agit de critiques directes de l'action ou de l'inaction d'un gouvernement, le regard étranger peut être réformateur. Un texte dirigé vers l'extérieur peut également susciter un puissant débat local et une dénonciation du silence et de la répression des voix locales. Dans ces deux cas, le regard étranger est justifié et nécessaire. Dans certains contextes et à certains moments, souvent pour des raisons coloniales, la meilleure façon d'être percutant sur le plan local et de faire entendre sa voix dans les espaces de décision locaux consiste à entretenir de solides réseaux ainsi qu'une visibilité à l'étranger, notamment par le biais de publications. Par ailleurs, on ne perçoit clairement certaines caractéristiques de la réalité sociale et du système social que lorsqu'on est amené à les expliquer à un étranger ou encore, lorsqu'un étranger essaie, même sans succès, de vous les expliquer ou de les expliquer à d'autres collègues étrangers.

Les préoccupations portant sur les déséquilibres en matière de signature scientifique sont un marqueur tangible des asymétries de pouvoir dans la production, l'utilisation et la diffusion des connaissances – et de leurs bénéfices – en santé mondiale. En réalité, la question de la signature scientifique ne constitue pas en soi le problème fondamental. L'enjeu est souvent de défaire ce que ces déséquilibres véhiculent, en l'occurrence ici, un prolongement du projet colonial dans la santé mondiale. Les discussions sur la signature scientifique en santé mondiale académique représentent l'opportunité d'avoir un débat nécessaire, qui va au-delà des simples questions de représentation dans les listes d'auteurs. Nous pouvons le lancer en nous engageant dans une réflexion sur nous-mêmes ouverte grâce à la réflexivité, une pratique sur laquelle les anthropologues

critiques et autochtones ont beaucoup à nous apprendre (JACOBS-HUEY, 2002 ; SMITH, 2012 ; HARRISON, 2011). La matrice réflexive présentée précédemment (tabl. 1) peut faciliter cette réflexion lorsque certaines situations nous amènent à faire un choix moins « idéal » en matière de signature scientifique. Elle peut nous permettre de justifier les raisons pour lesquelles un tel choix est parfois nécessaire, nous aider à rendre plus pertinentes nos recherches lorsque les conditions ne sont pas idéales et rendre nos choix moins vulnérables aux dérives.

Ce qui rend la posture ou le regard local ou étranger n'est pas seulement défini de façon statique par un lieu géographique. Bien que je sois né, que j'ai été élevé et éduqué au Nigéria, la notion d'« étranger » pourrait inclure pour moi la partie du Nigéria que je ne connais pas. J'ai grandi à Owo, une ville périurbaine du sud-ouest du pays. C'est peut-être le seul endroit où je suis vraiment un local dans un sens physique et géographique. J'ai beaucoup déménagé depuis. À bien des égards, je suis davantage étranger aux grandes villes du Nigéria que je ne le suis à Sydney, en Australie, où je vis actuellement (et peut être de plus en plus étranger au Nigéria au fur et à mesure de mon séjour à Sydney). La distance qui nous rend local ou étranger peut aussi être sociale. Je me sens « local » par rapport à la classe moyenne nigériane d'une grande partie du Nigéria. À bien des égards, je suis « étranger » aux réalités des Nigériens vivant dans la pauvreté, sauf peut-être à Owo que je connais par la pratique de ma mère en tant que sage-femme bénévole. Pourtant, même dans mon enfance, je voyais ma communauté à travers un prisme particulier et certainement pas de la même manière que les membres de la communauté ne se voyaient eux-mêmes. Je suis « étranger » aux réalités de la plupart des femmes, des personnes LGBTQIA+, des autochtones australiens, des Suédois, des Nigériens de la haute société, des Nigériens élevés dans des foyers musulmans, etc.

Avoir conscience de mon « étrangéité » me prédispose à une attitude de prudence. Cela m'incite à avancer précautionneusement, à ne pas former d'opinions trop rapidement, à être prêt à en changer, et à différer mon jugement aussi longtemps que nécessaire – voire pour toujours. C'est une vigilance contre le risque de pensée « coloniale », surtout envers les personnes avec lesquelles un rapport de domination existe. Ne pas être prudent ou humble quant aux limites de sa posture porte le germe de l'amour colonial. Jager son propre statut, que celui-ci soit étranger ou local par rapport à un lieu ou à une question, réclame souvent beaucoup

d'introspection. Il est malaisé pour autrui de déterminer notre posture : il nous appartient de la définir et de la déclarer par rapport à un lieu ou une question. Bien qu'il soit possible d'utiliser la « pensée représentative » à la manière d'Hannah Arendt, d'envisager « les points de vue de ceux qui sont absents » et d'imaginer comment on pourrait se sentir, penser et interpréter les choses si l'« on était à leur place », cela reste un exercice difficile, qu'il est souvent impossible de réaliser correctement. Peu importe la puissance de notre imagination ou de notre conscience de soi, elles ont toujours leurs limites. D'où la nécessité de pratiquer la réflexivité de façon ouverte.

Tout comme le regard étranger est inévitable, on ne peut se soustraire aux implications des trois questions abordées dans ce chapitre. Dans un monde qui se globalise inexorablement, nos destins sont tellement interconnectés que les fondements de la santé mondiale et les solutions aux problèmes peuvent être tant locaux qu'étrangers. Même à l'échelon local, ceux qui se trouvent en position d'œuvrer pour l'équité en santé, de pratiquer cette discipline, le font depuis une position de privilège relatif, c'est-à-dire depuis un lieu étranger. Mais dans un monde marqué par les asymétries de pouvoir et de connaissances, chacun voit et comprend les choses différemment. Trop souvent, ceux qui ont le pouvoir d'agir n'ont pas les informations requises pour le faire (ABIMBOLA, 2016). Il y aura toujours des écarts entre ce que les experts locaux constatent et ce que les experts étrangers perçoivent (GILMORE, 2019). Mais avoir davantage de discussions ouvertes sur la place du regard étranger, des connaissances locales et des changements organiques (plutôt que chirurgicaux) en santé mondiale, est une stratégie pour déconstruire fondamentalement les pratiques coloniales en matière de production de connaissances – et potentiellement pour en identifier d'autres. L'idée proposée d'une déclaration de réflexivité dans les publications peut ainsi être un point de départ, avec l'espoir que cette mise en lumière soit un bon moyen d'assainir les pratiques en matière de connaissance dans la santé mondiale.

CHAPITRE 3

LA PREUVE, CE CLICHÉ

« Car [...] il y existe des méthodes expérimentales et aussi une confusion dans les concepts [...]. L'existence de méthodes expérimentales nous fait croire que nous aurions les moyens de résoudre les problèmes qui nous inquiètent, bien que le problème et la méthode se dépassent l'un l'autre. »

Ludwig WITTGENSTEIN (1958)

En 2018, j'ai été invité par la *Cochrane Database of Systematic Reviews* à évaluer un manuscrit important. Il s'agissait d'une revue systématique de l'impact de la gouvernance décentralisée sur les services de santé. Plus précisément, il analysait l'impact du transfert de la gouvernance des services de santé – ou de certains de leurs aspects – de la haute administration, plus puissante et plus distante (par exemple, le gouvernement national), vers un niveau administratif inférieur, moins puissant, mais plus proche (par exemple, l'administration infranationale). Soit le transfert de responsabilité d'un gouvernement vers des groupes communautaires, des gestionnaires d'établissements de santé ou des entités privées à but lucratif, ou depuis le siège d'un grand organisme (par exemple, le ministère national de la Santé) vers des représentations locales (par exemple, les représentations régionales de ce ministère). Heureux d'avoir été sollicité en tant qu'évaluateur, j'ai donc lu le protocole de recherche de l'étude publiée en 2013, avec un sentiment mêlé entre excitation et scepticisme (SREERAMAREDDY et SATHYANARAYANA, 2013).

Cochrane place les résultats issus des évaluations par assignation aléatoire⁴ – ou plus généralement des études expérimentales – tout au sommet de la hiérarchie des méthodes de recherche permettant de produire les meilleures preuves scientifiques destinées à aider à la prise de décision dans la mise en place de politique publique. Dans leur protocole, les auteurs proposaient de n'examiner que les preuves issues d'études expérimentales et quasi expérimentales sur la gouvernance décentralisée. Dans la mesure où les politiques de décentralisation de la gouvernance des services de santé sont mises en œuvre partout dans le monde, les auteurs prévoyaient d'évaluer les résultats de leur impact tout autour du globe. Cependant, sachant que ces méthodes d'enquête s'adaptent difficilement au sujet de la gouvernance décentralisée (en tant qu'intervention politique), je me suis demandé où les auteurs allaient trouver des études à inclure dans leur recherche. En tant qu'intervention politique, la décentralisation est généralement mise en œuvre dans le cadre de réformes politiques de grande ampleur au sein d'un pays, avec des effets d'entraînement inévitables dans des secteurs tels que la Santé et l'Éducation (LIWANAG et WYSS, 2017).

Une évaluation par assignation aléatoire requiert que les chercheurs trouvent un moyen d'étudier séparément les départements ou régions décentralisés (partie expérimentale) des zones centralisées (en tant qu'échantillon de contrôle). C'est une méthode que je considère comme indûment intrusive et donc inacceptable dans le cadre d'un processus politique aussi complexe – et par conséquent, qui a peu de chance de se produire. Cette méthode d'enquête nécessite en effet une forte coopération de la part des politiciens et des acteurs politiques de haut niveau, soit des intervenants dont les intérêts et les incitations ont tendance à varier trop fréquemment pour durer le temps d'une évaluation par assignation aléatoire. Je n'ai donc pas été surpris de constater que les auteurs de la revue systématique n'avaient pu identifier qu'une seule étude pertinente. Et cette étude n'était pas elle-même réellement éligible. Comme je l'ai écrit dans mon rapport d'évaluation (*Cochrane* utilise un processus d'évaluation par les pairs ouvert et j'ai accepté d'être mentionné nommément dans la publication finale) :

4. NdE : *Randomised controlled trials* (RCT) en anglais.

« [...] les auteurs ne définissent la décentralisation et la centralisation que sous l'angle de leurs rapports avec les pouvoirs publics. Le problème posé par une définition aussi restrictive est double. (1) La manière dont les pouvoirs publics décident de (dé)centraliser la gouvernance des services entre les divers niveaux administratifs est telle qu'il est difficile, voire impossible, de les soumettre à une évaluation expérimentale – il n'est donc pas surprenant que les auteurs n'aient trouvé aucune étude répondant à leurs critères d'inclusion. (2) La seule étude citée par les auteurs ne répond en fait pas vraiment à leurs propres critères puisque cette étude examine la décentralisation au sein d'une même organisation (et non pas d'un niveau de gouvernance à un autre). Les auteurs devraient donc réécrire ou redéfinir le cadre de leur revue systématique, en élargissant la manière dont ils définissent la (dé)centralisation qui va bien au-delà des interactions au sein [ou] entre les pouvoirs publics, pour y [inclure les interactions au sein] des structures de gouvernance des organisations. »

En rédigeant cette évaluation, j'ai eu le sentiment que la plupart (voire la totalité) des études expérimentales sur la décentralisation de la gouvernance avaient potentiellement pour conséquence d'altérer à grande échelle la gouvernance du système de santé, sans avoir à rendre de comptes, et à distance. Je le pense toujours. Cependant, j'ai depuis changé d'avis quant à la possibilité de trouver des études répondant aux critères d'inclusion. Au fil du temps, je suis arrivé à la conclusion qu'un type d'intervention en matière de politique de santé – à savoir le « financement basé sur la performance » (un dispositif par lequel des prestataires sont financés par un pouvoir public ou une institution qui rémunère des services de santé suivant une grille prédéfinie d'objectifs de performance) – avait déjà été soumis à plusieurs reprises à des enquêtes expérimentales et quasi expérimentales (WITTER *et al.*, 2012 ; OXMAN et FRETHEIM, 2009 ; EIJKENAAR *et al.*, 2013 ; SUTHAR *et al.*, 2017 ; DAS *et al.*, 2016) sous une appellation impropre. Ce type d'intervention est en fait une décentralisation déguisée de la gouvernance, tout comme le sont les interventions telles que la mise en place d'un modèle de prestation de services séparant acheteurs et prestataires (par exemple, lorsqu'un pouvoir public ou une institution rémunérant des services de santé décentralise la responsabilité de la prestation de service à d'autres entités, qui peuvent être à but lucratif), ou l'engagement des communautés dans la gouvernance (par exemple, lorsque des groupes

locaux se voient assigner ou prennent certaines responsabilités de soutien à l'offre ou à la demande de services de santé). La décentralisation, comme le financement basé sur la performance, la séparation entre acheteurs et fournisseurs et l'engagement des communautés dans la gouvernance ont été utilisés comme des stratégies d'amélioration des prestations de services de santé partout dans le monde. Que ces expérimentations de rémunération des services de santé basée sur la performance soient utiles ou souhaitables importe peu, mais puisqu'elles existent, elles auraient dû être considérées comme éligibles pour une inclusion dans la revue systématique *Cochrane* sur la décentralisation, bien que je n'avais pas encore fait le lien à l'époque.

L'un des attraits majeurs des évaluations par assignation aléatoire est la promesse discutable de leur simplicité. Elles seraient capables d'imaginer une intervention sociale complexe, émergeant et dépendant d'un contexte, comme quelque chose de simple, de tangible et de décontextualisé. Les évaluations par assignation aléatoire ont effectivement été conçues pour des interventions simples. Le problème lorsque l'on tente de simplifier des interventions complexes est que les preuves produites par cette approche ont souvent, au mieux, la pertinence d'un cliché. Un cliché dans le sens où ces preuves ne signifient jamais ce qu'elles prétendent signifier, mais remplacent ou entravent la pensée. De cette façon, elles peuvent séduire un public à distance, qui dispose de trop peu de détails pour pouvoir y réfléchir de façon adéquate. Plus on s'éloigne de ce qui est évalué, plus les choses paraissent simples et plus les exigences en matière de preuves s'amenuisent. Cette tendance est à l'œuvre quand il s'agit des éléments probants dans le domaine du financement basé sur la performance. La désignation même de cette intervention simplifie de façon trompeuse une action complexe qui implique une décentralisation profonde de la gouvernance des systèmes de santé, laquelle représente en soi un processus politique forcément complexe. Cette simplification désolidarise le financement basé sur la performance de la décentralisation, de son contexte et de sa complexité, limitant ainsi les enseignements que l'on pourrait tirer sur les effets de la décentralisation des systèmes de santé.

Des projets pilotes ou des programmes à grande échelle sont en cours dans au moins 32 des 46 pays d'Afrique subsaharienne. Le financement basé sur la performance est l'une des mesures de politique de santé les plus largement mises en œuvre dans cette région (GAUTIER *et al.*, 2018,

2019). Son développement est soutenu par un « nexus bien fourni de promoteurs très dévoués à sa diffusion » ; ces derniers travaillent, sont financés ou encore sont soutenus par des banques et des agences de développement bilatérales et multilatérales, en particulier la Banque mondiale (GAUTIER *et al.*, 2018). Les évaluations ont joué un rôle rhétorique central dans la légitimation des initiatives de financement basé sur la performance en Afrique. Même si les résultats de ces évaluations sont rarement impressionnants, la décision d'étendre l'initiative au niveau national ou de l'exporter vers d'autres pays a souvent été prise « avant que les résultats de la recherche ne soient publiés, voire à l'encontre de ces derniers » (GAUTIER *et al.*, 2019). Même les défenseurs de ces initiatives de financement semblent être conscients de l'utilisation de clichés en tant que preuve lorsqu'ils prétendent utiliser des éléments probants tirés de la recherche sur la performance des systèmes de santé. Quoi qu'il en soit, la littérature portant sur le financement basé sur la performance n'envisage pas la décentralisation comme étant un aspect essentiel. Au lieu de cela, elle est présentée sous les traits d'un élément relativement marginal, souvent adaptable : soit des incitations données aux établissements de santé ou aux entités de gouvernance périphériques pour améliorer la quantité et la qualité de leurs services.

Dans les écrits scientifiques portant sur leur mise en œuvre, les programmes ou interventions sont parfois décrits comme comportant des éléments centraux et des éléments adaptables (FIXSEN *et al.*, 2009 ; EBOREIME *et al.*, 2020). Les éléments centraux sont des attributs qui sont directement ou principalement responsables de l'impact du programme. Les éléments adaptables sont des attributs qui sont modifiés pour être mis en phase avec les nuances contextuelles. L'élément central ou la caractéristique principale du financement basé sur la performance est souvent présenté comme une incitation à améliorer la performance. Mais au cœur de l'initiative, on trouve le transfert de pouvoir, de ressources et de responsabilités des acteurs centraux vers des acteurs périphériques. Ce transfert peut se produire entre les niveaux de gouvernance nationaux et infranationaux, entre un pouvoir public et des établissements de santé, ou entre un pouvoir public et des groupes communautaires, tels que les comités de santé communautaires par exemple (OXMAN et FRETHEIM, 2009). Ainsi, sa caractéristique principale est bien la décentralisation, et le financement basé sur la performance est une autre forme de gouvernance décentralisée. Sans réformes de décentralisation, les établissements de santé, les pouvoirs publics infranationaux ou les

groupes communautaires ne peuvent pas recevoir, utiliser ou prendre des décisions basées sur des incitations à la performance.

Cette confusion conceptuelle découle à mon sens d'un problème de regard, celui du regard étranger. Considérer que ces incitations à la performance sont centrales pour ce type de financement permet de les mesurer au moyen d'évaluations par assignation aléatoire. L'alternative à cela est en tout cas plus difficile, car demander directement la décentralisation de la gouvernance des systèmes de santé revient à demander une refonte complète de ces systèmes. Une telle demande serait, sans doute malvenue, car elle passerait par un processus de réformes et de négociations complexe, contesté, déstabilisant et long. Cette « simplification » du financement basé sur la performance permet ainsi de produire, par le biais d'évaluations par assignation aléatoire, des preuves simples et apparemment convaincantes de son efficacité. Cela le rend ainsi plus « vendeur » aux yeux des bailleurs de fonds ou des acteurs politiques à distance – et donc du regard étranger. Le langage du financement basé sur la performance propose de cette manière une décentralisation par des voies détournées. Après tout, il s'agit plus d'une intervention très spécifique que d'une réforme de grande ampleur. L'élément central (la décentralisation) devient ainsi une considération de second plan.

Tout comme pour la décentralisation (DWICAKSONO et FOX, 2018 ; SUMAH *et al.*, 2016 ; COBOS MUÑOZ *et al.*, 2017 ; MCCOY *et al.*, 2011 ; CASEY, 2018), les tentatives visant à quantifier les effets du financement basé sur la performance sur l'efficacité des systèmes de santé n'ont inévitablement produit que des résultats mitigés (WITTER *et al.*, 2012 ; OXMAN et FRETHERM, 2009 ; EIJKENAAR *et al.*, 2013 ; SUTHAR *et al.*, 2017 ; DAS *et al.*, 2016). Mais il s'agit là d'un faux problème, car il serait préoccupant que les résultats de l'évaluation d'interventions aussi complexes ne soient pas mitigés. En dépit d'efforts répétés pour démontrer leur efficacité ou leur inefficacité (notamment en incluant les évaluations portant sur le financement basé sur la performance), cela s'est avéré être une tentative impossible, voire peut-être même inutile. En effet, leur efficacité n'a pas pu être démontrée d'une manière ou d'une autre ni de façon définitive. Il s'agit d'interventions sociales (et/ou politiques) complexes, dont les effets dépendent des interactions, des comportements et des intérêts changeants d'individus et de groupes divers qui les

conçoivent, les mettent en œuvre, ainsi que de ceux qui en sont la cible ou les bénéficiaires attendus. Leur impact dépend également de leur conception : la décentralisation ou le financement basé sur la performance dans un territoire donné est forcément différent d'une intervention à l'intitulé identique dans un autre lieu.

Bien que leurs effets varient en fonction du lieu et de la période, il peut y avoir des tendances et des schémas identifiables dans l'impact de ces interventions sociales complexes lorsqu'elles se déroulent au fil du temps dans un lieu ou un contexte particulier (PAWSON et TILLEY, 1997 ; PAWSON *et al.*, 2005). Mais ces tendances dépendent elles aussi toujours de leur contexte. Par exemple, dans un contexte X, où le public a un vécu Y et raisonne donc d'une manière Z, on constate que des résultats favorables découlent de la gouvernance décentralisée ou du financement basé sur la performance. Par conséquent, pour un décideur politique, la question n'est pas tant de savoir s'il faut décentraliser la gouvernance (dans les contextes où ils ont le pouvoir de le faire) ou de mettre en œuvre le financement basé sur la performance. Elle est en fait de savoir comment cela fonctionnera dans un contexte A plutôt que X, où le public a un vécu B et est donc susceptible de raisonner de manière C plutôt que Z, lors de la mise en œuvre de la politique.

Comprendre les besoins en matière de production de connaissances et de données probantes portant sur les interventions complexes et leurs phénomènes associés, en des termes qui reconnaissent leur complexité, devrait être le point de départ des études, pas leur conclusion. Trop souvent malheureusement, c'est l'inverse qui se produit. Les études, souvent expérimentales, avec des évaluations par assignation aléatoire, sont préparées et menées sur plusieurs lieux, généralement à grands frais, pour seulement conclure au fil du temps que les éléments de preuve sont mitigés. Bien sûr qu'ils sont mitigés puisqu'il s'agit juste d'une mauvaise utilisation de la méthode expérimentale. Pourtant, cette pratique perdure. La question est de savoir pourquoi. Dans le cas du financement basé sur la performance, une fois considéré comme une décentralisation de la gouvernance, il devient alors encore plus difficile de répondre à cette question. Car la décentralisation de la gouvernance est un processus dynamique qui passe par une négociation continue et des apprentissages acquis dans un climat de tension. Elle n'est par conséquent jamais aboutie. Toute preuve de son efficacité est donc, au mieux, une tentative inachevée. Si on l'interprète sans être précis et sans nuances, elle devient

même un cliché : « les preuves indiquent que oui » ou « elles indiquent que non » – comme si ces dernières pouvaient être définitives sur un processus finalisé. Au pire, il s'agit d'une excuse malhonnête et cynique (bien que parfois utile) pour manipuler la gouvernance du système de santé.

Les évaluations par assignation aléatoire ne peuvent pas répondre aux questions comme « Un pays devrait-il adopter un financement basé sur la performance ? », « Quel type de financement basé sur la performance un pays devrait-il choisir ? » ou encore « Comment un pays devrait-il modifier une initiative de financement basé sur la performance pour l'adapter à son contexte ? ». Alors, à quoi servent ces évaluations ? Pourquoi les preuves issues de ces études demeurent-elles si importantes, alors que les résultats – qu'ils soient positifs ou négatifs, qu'ils mettent en évidence ou non une efficacité – indiquent si peu de chose sur ce qui est en réalité une tentative de réforme du système ? À qui s'adressent ces évaluations par assignation aléatoire ? Au regard étranger ? Le fait de dire « la preuve issue de l'évaluation par assignation aléatoire est X » n'est-il pas juste un moyen plus facile de convaincre des bailleurs de fonds et des gouvernements lointains, et peu soupçonneux, d'accepter ces affirmations avec aussi peu d'esprit critique que les promoteurs de telles politiques, qui à force de le dire ont eux-mêmes fini par croire que ces études constituaient des preuves irréfutables ?

Faire appel à des évaluations par assignation aléatoire pour apprécier les initiatives de financement basé sur la performance revient à juger un gâteau à son glaçage. Un gâteau constitué de nombreuses couches superposées de réformes et de processus de décentralisation en haut desquelles « l'incitation à la performance » se trouve. Bien que ces évaluations soient censées examiner l'ensemble, les preuves généralement présentées le sont, comme s'il s'agissait de se focaliser uniquement sur l'incitation à la performance. Lorsque les éléments de preuves sont mitigés, c'est souvent parce que le contexte prime une fois encore. Pour comprendre pourquoi les preuves issues des évaluations par assignation aléatoire peuvent être de quelque utilité, on ne peut que se référer au discours qui accompagne de façon implicite de telles études. Le principe implicite est qu'il est préférable de simplifier une intervention complexe et de tenter d'ignorer son contexte et sa complexité. Ainsi, même lorsque le contexte est pris en considération, les seuls aspects contextuels pris en compte sont ceux qui se prêtent facilement à une simplification.

Ces hypothèses d'un optimisme irréaliste sont en partie liées aux origines historiques du financement basé sur la performance. Les premiers éléments de preuve découlant de son utilisation dans le développement international et la santé mondiale provenaient d'États sortant de conflits, qui menaient ou envisageaient des réformes de gouvernance radicales (BERTONE *et al.*, 2018 ; PAUL *et al.*, 2018). Le premier effort de déploiement à grande échelle a eu lieu dans le contexte très atypique et réformiste de l'après-conflit au Rwanda. Une évaluation par assignation aléatoire a montré une amélioration de la performance du système de santé (BASINGA *et al.*, 2011). Un résultat qui a depuis été remis en question et qui n'a guère été reproduit ailleurs en dépit de multiples tentatives (PAUL *et al.*, 2018). Cependant, en dehors de ces contextes où des réformes de gouvernance sont déjà en cours et où le financement basé sur la performance peut se positionner comme « le glaçage sur le gâteau » (par exemple, au Rwanda, au Burundi et au Zimbabwe), il est rare que les gouvernements consacrent des budgets nationaux significatifs ou des ressources locales à la mise en œuvre ou à l'expansion des initiatives de financement basé sur la performance (PAUL *et al.*, 2018 ; MAYAKA MA-NITU *et al.*, 2018). Ces fonds proviennent généralement de l'extérieur, notamment sous la forme de prêts de la Banque mondiale (GAUTIER *et al.*, 2018, 2019 ; PAUL *et al.*, 2018).

En l'absence de réformes en cours ou d'une volonté nationale ou infranationale de les mener, les efforts visant à introduire ou à étendre le financement basé sur la performance (généralement accompagnés d'évaluations par assignation aléatoire) peuvent donc entraîner des manipulations inopportunes de la gouvernance du système de santé. Étant donné que les dispositifs de gouvernance existants sont généralement bien enracinés, le contexte s'impose à nouveau sur l'efficacité (ou plutôt l'inefficacité) de ces efforts. Les manipulations peuvent en effet entraîner des conséquences imprévues. Néanmoins, tenter de faire passer une réforme nécessairement « organique » (la gouvernance décentralisée) pour une intervention « chirurgicale » (le financement basé sur la performance) peut également fonctionner dans une stratégie délibérée pour trouver un moyen détourné d'introduire une réforme importante et souhaitable dans un système de santé au sein duquel des intérêts puissants auraient autrement opposé une résistance. Cette ruse (bien que parfois bénéfique) est facilement battue en brèche par l'appétence marquée du regard étranger pour des interventions simples plutôt que complexes.

J'ai été moi-même témoin d'une telle appétence au Nigéria, en 2013. Je travaillais alors à Abuja, à l'Agence nationale de développement des services de santé primaire, qui mettait en œuvre une initiative de financement basé sur la performance. Je m'étais porté volontaire pour un travail de terrain dans le cadre d'une étude (par bonheur, il ne s'agissait pas d'une évaluation par assignation aléatoire). L'utilisation des services était insuffisante dans les établissements de santé pilotes de cette initiative et la Banque mondiale souhaitait savoir pourquoi. Durant l'étude, nous avons régulièrement constaté que là où les structures de gouvernance décentralisées locales (comités de santé communautaire) étaient actives, l'utilisation de ces services était élevée ; là où elles ne l'étaient pas, l'utilisation était faible (MABUCHI *et al.*, 2017). Néanmoins, cette conclusion ne figurait pas parmi les recommandations du rapport préliminaire du consultant principal de la Banque mondiale, document qui avait été partagé avec le reste de l'équipe. Le rapport se focalisait sur l'idée raisonnable – mais bien moins convaincante – de proposer des bons de transport pour améliorer l'adoption du service. Lorsque j'ai soulevé cette omission flagrante, le consultant a répondu que cela serait corrigé. Pourtant, dans le rapport final, les comités de santé communautaire étaient à peine mentionnés et le document continuait à se focaliser sur l'idée des bons de transport (MABUCHI et McCUNE, 2015).

Finalement, le regard étranger s'était emparé d'une intervention tangible et « chirurgicale », d'un concept simple, qui pouvait être facilement vendu à un bailleur de fonds regardant ou agissant à distance, d'une idée dont on pouvait démontrer une fois pour toutes qu'elle avait fonctionné. C'est en tout cas ainsi que j'interprète cette expérience. Lorsqu'on examine les choses à distance, on perçoit les choses « concrètes », telles que les financements ou les incitations à la performance, les actions qui peuvent provenir de l'extérieur et, de manière chirurgicale (ou magique), qui peuvent améliorer la situation – comme des bons de transport. Il est au contraire plus difficile d'appréhender les choses organiques, qui nécessitent une boîte à outils adaptée au terrain, des négociations, des adaptations et des apprentissages – comme les comités de santé communautaire ou, plus largement, la gouvernance décentralisée. Les bons de transport sont tangibles. Ils peuvent être mesurés et évalués, mis en œuvre en utilisant les mêmes modalités d'un lieu à un autre, comme un modèle itinérant. C'est une solution facilement modulable à grande échelle, accessoire et pouvant être présentée comme une « nouveauté ». Vue de loin, cela semble donc attrayant.

Les interventions devraient pourtant partir du principe que les gens font déjà des efforts et tâchent de résoudre leurs propres problèmes. Par exemple, en les observant de plus près, on constate que les comités de santé communautaire et les entités similaires répondent de plusieurs façons à une demande insatisfaite en services de santé et autres services sociaux (BEN-NER et VAN HOOMISSEN, 1991). Dans son livre intitulé *Exit, Voice and Loyalty*, le sociologue allemand Albert Hirschman a théorisé l'éventail des options conceptuelles dont le public dispose lorsqu'il est insatisfait par le coût, la qualité, la quantité ou la répartition des biens et des services publics (HIRSCHMAN, 1970). Il décrit la « sortie » (*exit*) comme le choix d'obtenir des services ailleurs ou d'utiliser un dispositif différent (par exemple, dans une communauté voisine ou dans un établissement de santé à but lucratif) ; la « voix » (*voice*) comme le choix de former ou d'intégrer une coalition d'usagers (par exemple, un comité de santé communautaire) pour militer en faveur d'une amélioration de la prestation et de la supervision des services par le gouvernement ; et enfin la « loyauté » (*loyalty*), comme le choix de contribuer ou de mobiliser des ressources pour soutenir des services (par exemple, lorsque les membres les plus aisés d'une communauté apportent leur contribution financière).

L'idée que les gens, où qu'ils soient, attendent un sauveur en restant les bras croisés est bien plus facile à avoir et à soutenir lorsqu'on se trouve à distance. Les gens choisissent en fait parmi les diverses options qui s'offrent à eux pour tenter de changer la donne (fig. 1). Ils peuvent utiliser leur « voix » pour exiger un meilleur financement gouvernemental des services publics existants ou une meilleure réglementation de la prestation du secteur privé. Les acteurs locaux peuvent proposer de nouvelles entités à but lucratif et des coalitions d'usagers peuvent s'offrir des voies de « sortie » en élaborant des réponses là encore non lucratives pour répondre à la demande insatisfaite dans la communauté. Les usagers peuvent également « sortir » vers de nouveaux dispositifs et se regrouper en coalition pour organiser leurs propres prestations lorsqu'elles coproduisent ou augmentent les services (publics, à but lucratif ou à but non lucratif) existants. Ces efforts émergents dépendent profondément du contexte, impliquent nombre d'apprentissages sur le tas et peuvent aussi échouer (BEN-NER et VAN HOOMISSEN, 1991). Mais ce type d'agentivité décentralisée, qui est parfois visible, est ignoré par les interventions parachutées telles que le financement basé sur la performance.

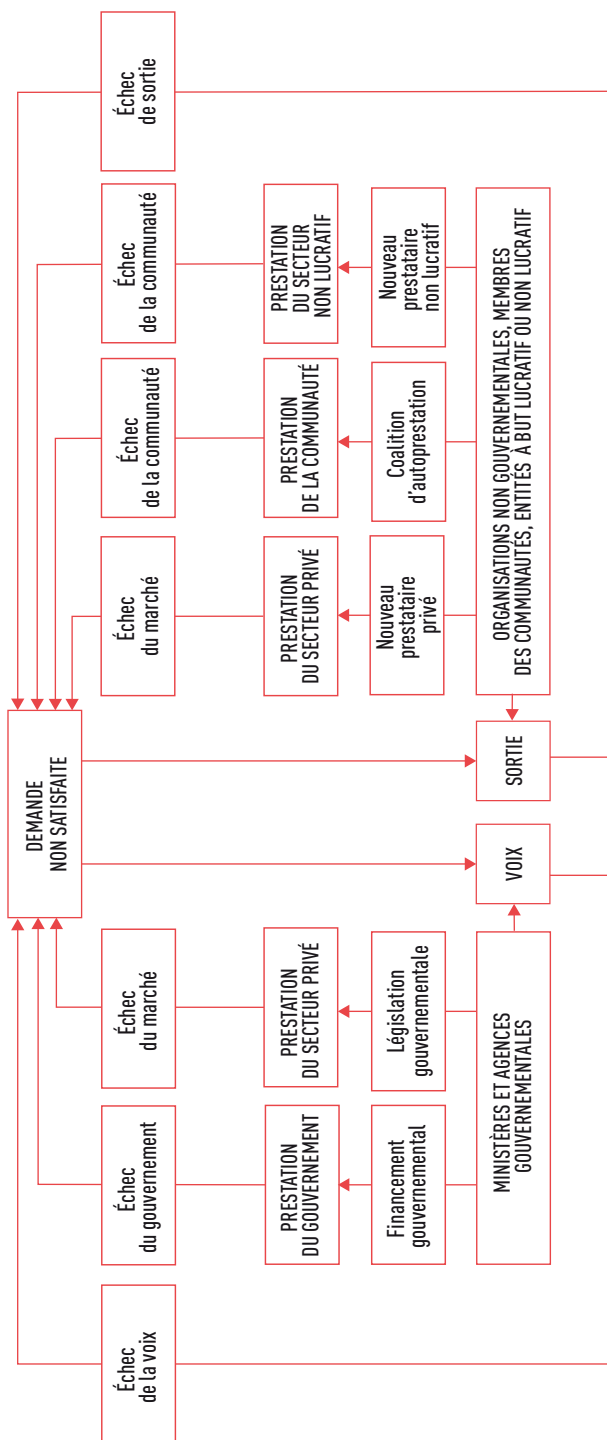


Figure 1 | Réponses décentralisées possibles à une demande non satisfaite en services de santé primaire.

Source : ABIMBOLA (2020), inspiré de BEN-NEH et VAN HOOMISSEN (1991).

Si l'on redéfinissait le financement basé sur la performance comme une forme de gouvernance décentralisée, comment celui-ci serait-il étudié ? Avant de parvenir moi-même à cette interprétation, j'ai dirigé et publié une synthèse des données probantes sur la manière dont la gouvernance décentralisée influençait la performance du système de santé (ABIMBOLA *et al.*, 2019), en laissant de côté la littérature sur le financement basé sur la performance. Avec le recul, je regrette cette omission, car je comprends désormais les nombreuses opportunités d'apprentissage dont nous nous privons si facilement lorsque nous définissons une intervention ou un effort de réforme d'une façon qui confère à leurs éléments adaptables l'apparence d'éléments centraux. Ainsi, nous n'optimisons pas les enseignements que nous pourrions tirer des divers contextes et des différentes interventions. Nous ne parvenons pas à dégager des perspectives à partir d'interventions apparemment différentes, mais qui appartiennent en fait à la même famille d'« éléments centraux » (ABIMBOLA, 2018). Cela nuit sans doute énormément à notre capacité à résoudre les problèmes qui nous préoccupent en matière de santé mondiale et de développement.

La synthèse réalisée sur la décentralisation débutait déjà pourtant par un constat de complexité méthodologique. Elle reconnaissait qu'une preuve utile n'était pas tant de savoir si la décentralisation « fonctionnait », mais plutôt de savoir comment, pour qui et dans quelles circonstances elle fonctionnait ou pas (PAWSON et TILLEY, 1997 ; PAWSON *et al.*, 2005) – à condition bien sûr de s'entendre sur la signification de la notion de « fonctionnement ». Elle reconnaissait aussi que ce qui était appelé « décentralisation » était souvent limité à une attention particulière accordée aux éléments descendants (*top-down*) du fait de l'« intervention » et que la gouvernance décentralisée pouvait également être considérée comme un phénomène naturel : un état des choses, en dehors de toute politique formelle visant à mettre en œuvre la (dé)centralisation en tant qu'intervention. Les systèmes de santé peuvent effectivement être décentralisés *de facto* de plusieurs façons. Par exemple, en dehors de tout mandat d'État, des groupes communautaires peuvent gouverner leur système de santé local par l'exercice de leur agentivité locale. Il est donc impossible d'étudier la décentralisation uniquement comme une « intervention ». Cette conception de la décentralisation, comme phénomène et comme intervention, m'a permis d'élargir le champ des recherches pouvant être incluses dans la synthèse des données probantes, enrichissant ainsi l'éventail des sources d'apprentissage potentielles.

Bien qu'aucune des études incluses n'ait été basée sur une évaluation par assignation aléatoire, je réalise rétrospectivement que certaines d'entre elles (étudiant le financement basé sur la performance) auraient pu répondre aux critères d'inclusion. Mais ces dernières sont rares, précisément parce que la gouvernance décentralisée passe par des processus décisionnels sociaux et politiques itératifs, qui se prêtent mal à la randomisation. Ce type d'évaluation est en effet fondé sur l'hypothèse d'interventions standardisées menées sur plusieurs sites, alors que la décentralisation implique un apprentissage et une adaptation locale continus. Malheureusement, la préférence du regard étranger pour le « chirurgical » signifie que les chercheurs enclins à comprendre les choses de façon ascendante (*bottom-up*), depuis le terrain, à étudier, à soutenir et à s'engager dans un processus organique de changement, peuvent ressentir le besoin de s'excuser de leur choix, bien que celui-ci soit le meilleur. Ils peuvent même être tentés de justifier la raison pour laquelle ils « n'ont pas développé une intervention traditionnelle » (BARASA *et al.*, 2020), car ils risquent d'être perçus comme des « poids légers » académiques, qui ne produisent rien de substantiel, qui « répondent à des questions ennuyeuses, peu novatrices (et donc offrant peu de contribution à la littérature scientifique) ou non généralisables (car focalisées sur des enjeux locaux) » (OLIVER *et al.*, 2019).

Le recours à ces évaluations par assignation aléatoire n'exclut pas complètement la possibilité de poser des questions nuancées, mais il rend leur formulation plus difficile. Dans ce contexte, de telles questions sont pensées *a posteriori* (lorsqu'elles sont intégrées à l'étude), sont limitées (par la nature même des hypothèses simplificatrices qui sont formulées) ou sont erronées (par exemple, lorsqu'elles sont posées de manière binaire : bon ou mauvais, fonctionne ou ne fonctionne pas) (LIU *et al.*, 2019 ; LEWIN *et al.*, 2009). Pourtant, ce qui importe vraiment, ce sont les questions nuancées étudiant les processus à l'œuvre ou encore les questions plus fondamentales analysant l'adéquation, l'équité, la justice ou les systèmes globaux. Ou encore, les effets continus, itératifs et à long terme des interventions, des processus et des réformes du système de santé (et leurs résultats), ainsi que des phénomènes quotidiens (tels que les retours d'information, l'adaptation et l'apprentissage) que les essais peinent à saisir. Qu'est-ce qui permet à un système de s'améliorer ? Au-delà de la question des salaires, les incitations à la performance sont-elles nécessaires ? Pourquoi ? Existe-t-il des stratégies axées sur des données locales pour aborder ces questions ? Nécessitent-elles un engagement politique local ?

Comment soutenir un processus politique local pérenne afin d'induire les changements souhaitables ?

Tout comme les évaluations par assignation aléatoire, le financement basé sur la performance a généré de sérieux débats (PAUL *et al.*, 2018 ; MAYAKA MA-NITU *et al.*, 2018). Ces deux controverses scientifiques sont liées. Ceux qui contestent le financement basé sur la performance mettent en avant les coûts d'opportunité et de transaction liés à sa mise en œuvre. Ils citent également des essais concluant à des échecs, pendant que l'autre camp évoque des réussites et affirme que tout échec est causé par une question de « contexte ». C'est un débat mené à coup de clichés et qui met en lumière les limites de ces études. À titre d'exemple, dans leur défense des initiatives de financement basé sur la performance, un groupe de praticiens locaux des systèmes de santé de six pays africains ne cite aucune preuve issue d'essais. Ils soutiennent qu'il s'agit d'une « approche réformatrice » en « perpétuelle évolution », « menée au fil du temps », qui renforce les capacités à différents niveaux de la gouvernance décentralisée afin d'améliorer la « coordination, la décentralisation, la responsabilité [...] y compris l'engagement communautaire dans [...] la gouvernance » (MAYAKA MA-NITU *et al.*, 2018). Considéré sous l'angle d'une posture locale, le financement basé sur la performance est une gouvernance décentralisée.

En 2020, j'ai consulté le site *Cochrane* pour connaître le statut de l'étude sur la décentralisation. Je souhaitais voir quelles orientations les auteurs avaient choisies à la suite des commentaires proposés par les pairs et par moi-même. Hélas, une note datée de 2019 indiquait que les éditeurs de la *Cochrane Database of Systematic Reviews* l'avaient « retiré de la publication », car « ce protocole n'avait malheureusement pas pu être achevé dans les délais impartis par manque de ressources » (SREERAMAREDDY et SATHYANARAYANA, 2019). Le fait que les deux auteurs soient basés en Malaisie explique peut-être ce manque de ressources à leur disposition. J'ai pensé que c'était vraiment dommage. En élargissant la portée et en redéfinissant ses paramètres, leur revue systématique – qui avait l'intérêt d'être une synthèse réaliste, de ne pas simplement chercher à savoir si la décentralisation « fonctionnait », mais comment, pour qui et dans quelles circonstances elle fonctionnait ou pas – représentait une occasion d'approfondir et d'enrichir la littérature sur l'impact de la décentralisation sur les systèmes et les services de santé.

Je me demande encore quels seraient les résultats d'une revue systématique sur la décentralisation incluant des éléments de preuves, aussi bien qualitatifs que quantitatifs, portant sur les initiatives de financement basé sur la performance. Cela pourrait être une extension de la synthèse des éléments de preuves que j'ai réalisée ou une révision de cette revue systématique, qui risque de ne jamais être achevée, faute de ressources et en raison de la préférence de *Cochrane* pour les études expérimentales. Le résultat serait en tout cas nécessairement différent si les incitations à la performance figuraient parmi les nombreux autres facteurs contextuels étudiés et susceptibles de favoriser ou de limiter la qualité, l'équité et l'efficacité d'une intervention. La littérature est en effet appauvrie par l'absence (et par la non-normalisation) d'une telle revue ou d'une synthèse respectueuse de la complexité (PAWSON *et al.*, 2005). C'est l'un des nombreux « coûts cachés » des évaluations par assignation aléatoire qui peuvent obscurcir les liens conceptuels et limiter en conséquence les possibilités de comprendre certains phénomènes ou certaines dynamiques. Nous devons nous efforcer de tenir compte de ce coût, celui des apprentissages perdus.

Quels sont les inconvénients des évaluations par assignation aléatoire portant sur les systèmes de santé, la santé mondiale et la recherche sur le développement international ? L'exemple présenté ici, à l'avantage rhétorique, bien que « cliché », que de telles études satisfont l'appétence du regard étranger. Dans cet exemple, la mesure politique conçue pour renforcer la gouvernance décentralisée est désignée de façon incorrecte (comme étant le financement basé sur la performance), elle est mal évaluée (sur la base d'éléments de preuves provenant d'évaluations par assignation aléatoire) et proposée de façon trompeuse (en tant que cheval de Troie) à des gouvernements afin de manipuler la gouvernance des systèmes de santé (même si c'est parfois souhaitable). La littérature sur le financement basé sur la performance dans les systèmes de santé devrait ainsi faire partie de la littérature sur la gouvernance des systèmes de santé décentralisés. Le fait que ce ne soit pas le cas limite donc mécaniquement les connaissances qui pourraient être produites entre ces deux domaines d'étude. Finalement, le coût de la simplification – facilité par le recours à des évaluations par assignation aléatoire – a pour conséquence de limiter, peut-être sans le vouloir, la production de connaissances.

LA PENSÉE EN DEUX TRIANGLES

« Je n'ai apporté aucune grande innovation théorique. Ma contribution à l'économie s'est limitée à plaider pour l'inclusion dans notre analyse des caractéristiques du système économique [c'est-à-dire "les dispositions institutionnelles qui régissent le processus d'échange"] si évidentes [...] qu'elles ont tendance à être négligées. Cependant, une fois prises en compte dans l'analyse, elles provoqueront, je le crois, un changement complet [...] dans la manière dont nous analysons le fonctionnement du système économique et dans la manière dont nous pensons la politique économique. »

Ronald COASE (1994)

« La méthodologie d'étude empirique [...] d'Elinor Ostrom nécessitait une connaissance du terrain et des spécificités historiques (incluant non seulement la reconnaissance effective des croyances culturelles, mais aussi une compréhension profonde des réalités physiques de la situation). D'un point de vue méthodologique et en tant que principe normatif, [elle] accordait la priorité aux personnes sur le terrain, qui résolvaient les dilemmes sociaux à leur façon, plutôt qu'aux solutions standardisées habituellement proposées par des experts lointains. »

Peter BOETTKE, Jayme LEMKE et Liya PALAGASHVILI (2013)

Pour promouvoir l'équité en matière de santé, il est essentiel de comprendre comment les systèmes de soins fonctionnent du point de vue des personnes qui en font partie. Lorsqu'on étudie un système de santé, local ou étranger, certaines des forces à l'œuvre sont souvent difficiles à appréhender, même pour un analyste local. Inversement, elles peuvent paraître si évidentes qu'on les tient pour acquises. Plus vous êtes distant, physiquement ou socialement, plus il est difficile de percevoir ou de mesurer

l'importance de ces forces intangibles. Je pense à ces mécanismes en termes de règles. Les règles formelles (par exemple, les réglementations et les politiques gouvernementales) et les règles informelles (par exemple, les normes sociales et les conventions) qui régissent un système.

Travailler dans des domaines interdisciplinaires tels que la santé mondiale ou le développement international pose un défi. Celui de trouver un langage identifiable, compréhensible et utilisable par des personnes issues de disciplines différentes. En l'absence d'un tel langage permettant d'évoquer la façon dont les systèmes sont gouvernés (ABIMBOLA *et al.*, 2017a), il est difficile de penser clairement ce que signifie agir ou étudier à distance (POTEETE *et al.*, 2010). Un cadre d'analyse de la gouvernance (BIGDELI *et al.*, 2020) présente souvent un « triangle de personnes ». Chacun de ses trois nœuds conceptuels est occupé par une catégorie de personnes : les décideurs, les prestataires et le public (à savoir, les citoyens et les utilisateurs). Ce triangle a été présenté pour la première fois dans le *Rapport sur le développement mondial 2004* (BANQUE MONDIALE, 2004) pour cartographier les personnes impliquées dans les relations de redevabilité. Il a depuis subi plusieurs itérations, interprétations et applications (BRINKERHOFF et BOSSERT, 2014 ; PYONE *et al.*, 2017 ; CLEARY *et al.*, 2013).

Cependant, se focaliser sur les personnes ne suffit pas. Je préconise de définir la gouvernance comme « l'élaboration, la modification, le suivi et l'application des règles formelles et informelles » (ABIMBOLA *et al.*, 2017a) qui façonnent « l'action collective et la prise de décision au sein d'un système » (MEESSEN, 2020). C'est une façon concrète de penser la gouvernance, qui nous évite d'accorder trop d'importance aux gouvernements en tant que seule entité gouvernante. Cette définition met en avant les règles qui définissent et émanent de l'agentivité collective des autorités constituées et des groupes informels. Cette façon d'appréhender la façon dont un système est gouverné se prête à la pensée en deux triangles : le premier est le triangle des personnes, le second, le triangle des règles.

L'expression « triangle des personnes » a été utilisée pour la première fois par le psychothérapeute britannique David MALAN (1979), qui a joint deux triangles (fig. 2) pour créer un cadre simple de psychothérapie psychanalytique. Le premier représente les relations entre le patient et trois groupes de personnes : les « personnes significatives » du passé (par exemple, les parents), le thérapeute et les « personnes significatives » actuelles (par exemple, le conjoint). Le second, le « triangle des conflits », est moins manifeste, mais tout aussi important. Il représente ce qui anime les relations entre

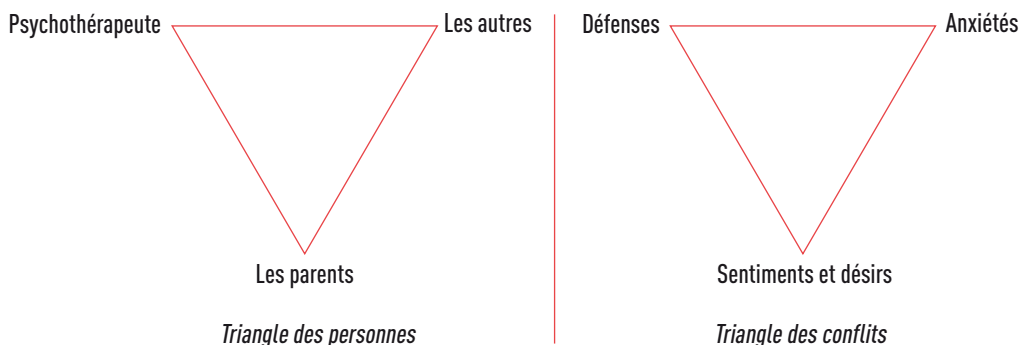


Figure 2 | Les deux triangles représentent les interactions en psychothérapie psychanalytique (ou psychodynamique). Les défenses et l'anxiété peuvent bloquer l'expression des véritables sentiments. Ces schémas prennent naissance avec les parents, se poursuivent avec les autres personnes et sont souvent mis en acte avec le thérapeute (MALAN, 1979).

les personnes : les défenses (par exemple, changer de sujet ou le minimiser), les anxiétés (par exemple, l'inquiétude et la panique) et les sentiments (par exemple, la colère et le chagrin). Le « triangle des conflits » montre comment les défenses et les angoisses peuvent bloquer l'expression des sentiments. Le « triangle des personnes » indique, pour sa part, comment ce schéma comportemental a débuté avec les personnes significatives du passé, se prolonge avec les personnes significatives actuelles et se rejoue lors de la thérapie.

L'intérêt des cadres théoriques est de simplifier et de clarifier. En suivant le principe du rasoir d'Ockham – ou principe de parcimonie –, ces triangles accomplissent bien leur mission, à savoir « simplifier sans être simpliste ». Le principe du rasoir d'Ockham privilégie les explications qui s'appuient sur le plus petit nombre d'éléments possible. Deux éléments, sur une seule ligne, ne suffisent pas, car cela n'autorise qu'une seule interaction à double sens. Quatre éléments, disposés dans un rectangle, sont trop nombreux. Et contrairement au triangle, tous les éléments d'un rectangle ne sont pas en interaction directe les uns avec les autres. Les triangles sont certes complexes, mais juste assez. Malan n'a pas développé les deux triangles, il les a simplement réunis. Ce faisant, il a obtenu un cadre doté d'un pouvoir explicatif qui dépasse de loin celui de chaque triangle pris isolément (OSIMO et STEIN, 2012), tout en maintenant une relative simplicité. Ceux-ci sont d'ailleurs toujours utilisés (LILLIENGREN *et al.*, 2016 ; JOHANSSON *et al.*, 2013). On peut les critiquer pour leur tendance réductrice, mais si deux triangles simplifient, un seul est encore plus réducteur. Un seul triangle est nécessairement

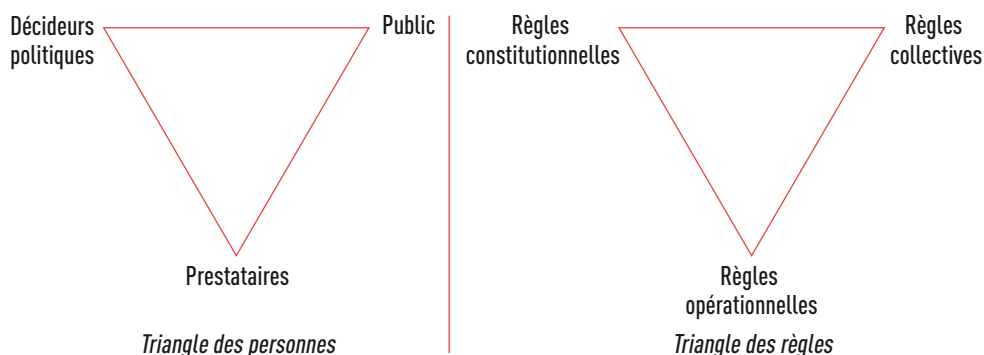


Figure 3 | Les deux triangles schématisent les interactions au sein de la gouvernance des systèmes de santé. Les décideurs politiques, les personnes et les prestataires élaborent, modifient, font le suivi et appliquent des règles formelles et informelles, qui peuvent être constitutionnelles, collectives et opérationnelles. Ces règles influencent à leur tour leurs actions, leurs décisions et leurs relations.

insuffisant pour saisir la complexité inhérente à une psychothérapie. Il en va de même lorsqu'on fait appel au « triangle des personnes » pour analyser la gouvernance des systèmes de santé. Comme en psychothérapie, cette dernière nécessite également un second triangle.

La distinction entre le triangle des personnes et celui des règles est subtile. Comme dans les triangles de Malan, le premier représente les personnes et le second, ce qui motive leurs actions, leurs décisions et leurs relations (fig. 3). Le triangle des règles couvre, pour sa part, les lois que ces personnes édictent, modifient, suivent ou font appliquer : les règles qui régissent leurs actions, leurs décisions et leurs relations et les lois qui découlent de ces actions, ces décisions et ces relations (tabl. 2). Cela s'inspire directement du cadre d'analyse institutionnelle et de développement mis au point par la politologue et économiste américaine Elinor Ostrom (OSTROM *et al.*, 1994 ; MCGINNIS, 2011). On note que ce cadre de référence n'était pas à l'origine conçu comme un triangle, mais plutôt comme « trois domaines d'action » (KISER et OSTROM, 1982) ou encore « trois niveaux de règles » (POLSKI et OSTROM, 2017).

Au niveau du nœud opérationnel, les règles en vigueur (règles *de facto*) peuvent diverger de façon significative des règles formelles (règles *de jure*) issues du nœud constitutionnel. Les acteurs au niveau du nœud collectif constituent un médiateur important de cet écart (MCGINNIS, 2011 ; BUSHOUSE, 2011). Prenons pour exemple la règle opérationnelle

	Qui les édicte	Sur quoi elles influent	Ce qui les influence
Règles opérationnelles	<p>Choix individuels</p> <p>Marché de l'offre et de la demande</p>	<p>La façon dont les acteurs individuels prennent leurs décisions quotidiennes</p> <p>La façon dont les règles de marché (par ex. les prix), les règles informelles (normes sociales) et les règles formelles (politiques d'État) influent sur l'utilisation par les personnes des communautés (par ex. la demande de santé) et la façon dont les prestations de santé et de services sociaux sont satisfaites (c'est-à-dire l'offre)</p>	<p>Règles constitutionnelles et collectives</p> <p>Les règles constitutionnelles peuvent influencer directement ou indirectement les règles opérationnelles au travers de leur influence sur les règles collectives.</p>
Règles collectives	<p>Les entités de gouvernance « près du terrain » peuvent être constituées de manière informelle (par ex. les groupes de femmes ou les comités de santé communautaires) ou de façon formelle (par ex. administration régionale ou collectivité locale)</p>	<p>Comment, par qui et selon quelles modalités les règles du neud opérationnel sont-elles créées, modifiées, suivies ou mises en application</p> <p>Les activités opérationnelles de routine (du côté demande ou du côté offre) peuvent constituer le neud opérationnel</p>	<p>Règles constitutionnelles</p> <p>Retour d'information, pressions et exigences du neud opérationnel</p>
Règles constitutionnelles	<p>Action de l'État « à distance » (par ex. au niveau national ou infranational sur de grandes juridictions) ou d'entités quasi étatiques (par ex. le siège social de grandes ONG dotées d'un champ d'action international, national ou régional)</p>	<p>Comment, par qui et selon quelles modalités les règles des nœuds collectifs et opérationnels sont-elles créées, modifiées, suivies ou mises en application</p> <p>Pour former les règles en vigueur au niveau du neud opérationnel, les règles constitutionnelles peuvent passer par le neud collectif et y être modifiées.</p>	<p>Normes sociales</p> <p>Feed-back, pressions et exigences des nœuds collectifs et opérationnels</p>

Tableau 2 | Types et caractéristiques des règles constituant le « triangle des règles ».

Sources : McGINNIS, 2011 ; KISER et OSTROM, 1982 ; POLSKI et OSTROM, 2017 ; BUSHEUSE, 2011 ; AMBROLA *et al.*, 2014.

qui détermine les heures d'ouverture des services ambulatoires dans un établissement de santé du secteur public. Les entités de création de règles constitutionnelles (par exemple, les décideurs politiques de la direction générale ou de la capitale) peuvent décider que la règle opérationnelle impose une ouverture de 9 heures à 17 heures. Ils peuvent également décider que cette règle doit être établie au niveau du nœud collectif (par exemple, par le conseil des chefs de communauté ou par le conseil d'administration de l'établissement de santé, ou encore par le comité de santé de la communauté). Le conseil des chefs de communauté peut, à son tour, décider que cette règle doit être établie par les acteurs opérationnels (par exemple, le gestionnaire ou le travailleur de santé responsable du service).

Si une telle règle n'est établie, modifiée, suivie et mise en application qu'au niveau constitutionnel, des problèmes peuvent survenir. Du fait de leur localisation, les acteurs constitutionnels sont éloignés de l'établissement de santé, ils ne sont donc pas forcément en mesure de contrôler et de faire appliquer cet horaire de 9 heures à 17 heures. La distance peut en effet empêcher ces acteurs constitutionnels d'accéder aux informations et aux retours de la communauté pour établir ou modifier les règles en adéquation avec les besoins locaux. Les femmes peuvent ainsi être insatisfaites de cette règle si, les jours de marché, elles ne peuvent pas emmener leurs enfants se faire vacciner durant cette plage horaire. Ces jours-là, elles peuvent souhaiter que l'établissement de santé ouvre plus tôt, afin de pouvoir se rendre au service de vaccination avant d'aller au marché.

Si les acteurs constitutionnels sont distants et inefficaces, les acteurs au niveau du nœud collectif peuvent chercher à modifier cette règle, qu'ils disposent ou non d'un mandat constitutionnel pour le faire. Mais que se passe-t-il si les acteurs collectifs sont également absents ou peu impliqués ? Par exemple, si le conseil des chefs de communauté est indifférent au problème ? On aboutit alors à une situation dans laquelle les règles *de facto* (règles en vigueur) qui régissent les heures d'ouverture peuvent dépendre uniquement des relations entre les acteurs opérationnels de l'offre et de la demande. Si leur revenu, leur sentiment d'accomplissement ou leur statut social en dépendent, ou encore en échange d'un dessous-de-table ou d'un paiement informel, les travailleurs de la santé du nœud opérationnel pourront accéder à la demande des femmes. Il est également possible que ces derniers trouvent plus pratique d'ouvrir

tôt et de fermer tôt les jours de marché afin de pouvoir eux-mêmes faire leurs propres courses.

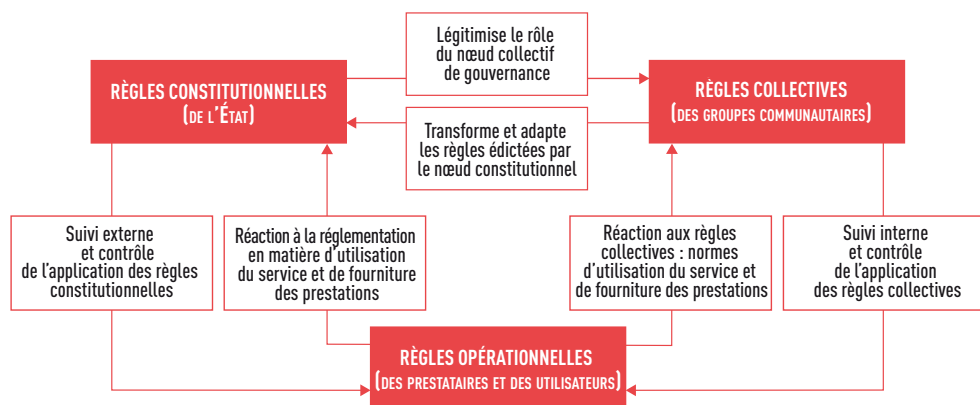


Figure 4 | « Le triangle des règles » met en évidence des exemples de relation bidirectionnelle entre chaque nœud du triangle en se basant sur l'exemple des règles de fourniture de la prestation au sein d'une communauté.

J'utilise ce triangle des règles, souvent de façon implicite, dans mon propre travail et pour réinterpréter le travail des autres. Néanmoins, pour penser de façon locale et adopter une posture locale, je conserve à l'esprit les quatre points de départ de la « pensée représentative » d'Hannah ARENDT (1968) que je souhaite appliquer et que je souhaiterais que les autres appliquent. D'abord, je cherche à analyser les règles de façon ascendante (*bottom-up*), en commençant l'étude à partir du nœud opérationnel. Après tout, c'est à ce niveau que les personnes prennent des décisions et que les règles formelles deviennent des règles en vigueur. Je me pose ensuite la question suivante : quelles sont les règles en vigueur au niveau du nœud opérationnel ? Sont-elles des règles issues du nœud opérationnel (par exemple, l'interaction entre l'offre et la demande) du nœud constitutionnel ou du nœud collectif ? Ou résultent-elles d'une combinaison de processus à deux ou sur les trois nœuds ? Ces questions ascendantes mettent en lumière l'informalité et la manière dont les règles en vigueur divergent des règles formelles. Se pose enfin la

question de savoir pourquoi les membres d'une communauté ont recours à des soins proposés par des pharmacies informelles, des sages-femmes traditionnelles, des guérisseurs ou des rebouteux ? Pourquoi délaissent-ils ou n'utilisent-ils qu'en dernier recours les prestataires de services régulés ou du secteur non traditionnel (ABIMBOLA *et al.*, 2015a, 2016a ; GODLONTON et OKEKE, 2016 ; REID, 2012) ?

La réponse peut se trouver dans le contexte. Elle peut être de nature *socio-économique* – par exemple l'incapacité de couvrir les coûts des prestataires formels peut amener les gens à se tourner vers des prestataires informels. Elle peut être *géographique* – par exemple, si un village est étendu, il peut y avoir de nombreux prestataires informels : pour de nombreux membres de la communauté, il peut être difficile d'accéder physiquement au seul prestataire officiel. Elle peut encore être *institutionnelle*, c'est-à-dire que les règles en vigueur sur le marché local des soins (par exemple, les règles constitutionnelles pour réguler les prestataires informels) ne sont ni suivies ni mises en application (MCGINNIS, 2011 ; KISER et OSTROM, 1982 ; POLSKI et OSTROM, 2017 ; BUSHOUSE, 2011 ; ABIMBOLA, 2020). Par leurs interactions, ces facteurs s'associent pour modeler les relations de confiance, de pouvoir et de redevabilité qui, elles aussi, influencent fortement le choix du prestataire. Lorsque les règles constitutionnelles ne sont ni suivies ni appliquées, les règles du marché peuvent dominer le nœud opérationnel. De la même manière, les règles collectives peuvent également dominer, par exemple, lorsqu'elles découlent du « code professionnel » des prestataires informels qui façonne leur pratique. Et c'est peut-être ce qui en fait les prestataires privilégiés, même si les règles constitutionnelles qui sont censées réguler leur pratique ne font pas l'objet d'une surveillance ou d'une mise en application.

On pourrait essayer de modifier les règles existantes régissant les prestataires informels afin qu'ils orientent leurs clients vers des prestataires formels ou qu'ils travaillent aux côtés de ces derniers. On pourrait également diffuser au sein de la communauté des informations soulignant le coût inadapté des soins afin que les gens changent de comportement en matière de choix de santé. Mais ces stratégies nécessitent de changer les normes locales (c'est-à-dire les règles informelles) qui peuvent prendre des décennies avant d'évoluer (ABIMBOLA *et al.*, 2016a ; REID, 2012). On peut également essayer de modifier les règles constitutionnelles pour autoriser le recours à davantage de prestataires formels, ou bien pour réduire les dépenses à la charge des patients pour les

soins dispensés chez les prestataires formels. Cela nécessite cependant un engagement politique suffisamment fort pour modifier les règles constitutionnelles. On pourrait aussi chercher à améliorer le suivi et l'application des règles constitutionnelles qui limitent les pratiques des prestataires informels. Mais les normes locales et les pratiques informelles étant enracinées, elles sont donc difficiles à cerner ou à réguler à distance (GODLONTON et OKEKE, 2016 ; REID, 2012). Si la distance entre les nœuds constitutionnels et opérationnels est grande, il peut être plus efficace de soutenir les acteurs collectifs (notamment par le biais des règles constitutionnelles qui légitiment leur rôle) pour qu'ils établissent de nouvelles règles ou qu'ils modifient les règles existantes de façon à en assurer le suivi et l'application.

La deuxième chose que je tâche de garder à l'esprit, c'est que les règles fonctionnent au sein d'un équilibre dynamique tout en façonnant l'action sociale (ABIMBOLA *et al.*, 2017a ; ABIMBOLA, 2020 ; DIXIT, 2009). Le but est de *fournir des biens publics* (par exemple, des règles sur l'utilisation des impôts et d'autres ressources collectives destinées à fournir un filet de sécurité sociale et des infrastructures de santé) ; de *définir et de protéger les droits* (par exemple, des règles portant sur les droits et les conditions dans lesquelles les individus et les communautés peuvent bénéficier d'une ressource, notamment en termes de droit d'accès, d'utilisation et de gestion des biens publics ou quasi publics, tels que les établissements et les services de santé) ; et enfin de *faciliter l'échange social* (par exemple, en veillant à ce que l'information, la réglementation et la coordination fonctionnent de façon à mettre en phase l'offre et la demande – et vice versa).

Chaque ensemble de règles peut avoir pour origine l'un des trois nœuds et peut fonctionner en équilibre dynamique pour façonner l'action sociale (BUSHOUSE, 2011 ; DIXIT, 2009 ; ABIMBOLA, 2020). Les règles visant à faciliter les transactions et, par conséquent, à promouvoir l'utilisation de prestataires formels, peuvent être établies à partir de n'importe quel nœud. Mais lorsque les règles sont établies, modifiées, suivies et appliquées de façon efficace en partant du nœud constitutionnel, il y a moins d'espace pour les règles collectives. Les règles constitutionnelles prévaudront donc souvent au niveau opérationnel (BUSHOUSE, 2011 ; ABIMBOLA *et al.*, 2014 ; ABIMBOLA, 2020). Plus le nœud constitutionnel est faible, plus les rôles des acteurs des nœuds collectifs et opérationnels sont forts. Cependant, les acteurs constitutionnels peuvent délibérément configurer les règles pour que certaines d'entre elles puissent être établies, modifiées,

suivies et appliquées au niveau du nœud collectif, et d'autres, au niveau du nœud opérationnel.

Examinons un autre exemple : l'absentéisme des professionnels de santé. Un ensemble de règles détermine leur nombre disponible dans un système de santé ou dans un pays (règles pour la fourniture de biens publics). Un autre ensemble de règles détermine qui a accès à ces professionnels de santé (règles définissant et protégeant les droits, par exemple, les règles régissant l'affectation et la mutation de professionnels de santé vers les communautés rurales, ce qui peut par la suite déterminer l'accès de ces communautés aux soins). Un autre ensemble de règles détermine comment, une fois installés au sein d'une communauté, les gens accèdent aux services que ces professionnels de santé fournissent. Les personnes sont-elles informées du fait que des professionnels de santé sont à leur disposition, de leurs horaires ? Sont-ils disponibles lorsque les membres de la communauté ont la possibilité de se rendre sur place, fournissent-ils des services de grande qualité, sont-ils respectueux, sont-ils attentifs aux besoins des gens (règles qui facilitent l'échange social) (ABIMBOLA *et al.*, 2015a, 2016a, 2016b ; ABIMBOLA, 2020) ?

Pour comprendre les niveaux élevés d'absentéisme des professionnels de santé en milieu rural, on peut se poser la question suivante : n'y a-t-il aucune règle régissant les heures d'ouverture ? (C'est peu probable). L'application des règles constitutionnelles n'est-elle pas suivie ? (C'est plus probable). Existe-t-il des règles collectives qui régissent les heures d'ouverture d'une façon qui permet aux professionnels de santé de n'être présents qu'aux heures où la communauté a le plus besoin d'eux ? S'absentent-ils parce que les règles qui protègent le droit d'accès des communautés rurales à leurs services sont inadéquates ? Sont-ils livrés à eux-mêmes pour organiser leur hébergement lorsqu'ils sont mutés dans des communautés rurales ? Disposent-ils d'une indemnité de déplacement ? Le nœud collectif est-il tellement absent que les professionnels de santé au niveau du nœud opérationnel établissent eux-mêmes leurs propres règles ? (ABIMBOLA *et al.*, 2015b, 2016a, 2016b, 2017b ; ONWUJEKWE *et al.*, 2019, 2020). Le triangle des règles aide à appréhender pourquoi l'absentéisme (comme d'autres actions, décisions ou relations qui indiquent la façon dont un système est gouverné) est un phénomène complexe et évolutif. Lorsqu'un nœud de gouvernance échoue, l'ampleur de l'échec peut être atténuée ou compensée par la gouvernance exercée depuis ou par un autre nœud (BUSHOUSE, 2011 ; ABIMBOLA *et al.*, 2014).

La troisième chose que je garde à l'esprit est que les règles évoquées ci-dessus produisent des effets de distance et d'échelle. Car en tant qu'entité gouvernante, c'est le nombre d'unités que vous devez gérer ainsi que la distance qui vous sépare de ces dernières qui permettent de déterminer votre niveau d'efficacité. Il est donc essentiel de noter que ces effets de distance et d'échelle sont avant tout relatifs au savoir, puisque les règles ont des propriétés épistémiques. Les systèmes de santé étant des systèmes de connaissances, la manière dont les règles sont créées, modifiées, suivies et mises en application (selon la distance et l'échelle) peut conduire à des capacités variables en matière de production des connaissances. Des connaissances qui sont nécessaires pour appliquer lesdites règles de manière efficace, équitable et adaptée (BUSHOUSE, 2011 ; BOETTKE, 2018 ; LEWIS, 2020). Il est donc particulièrement important de considérer la distance qui peut exister entre le nœud constitutionnel ou collectif et le nœud opérationnel, ainsi que l'échelle ou le nombre d'unités opérationnelles qui sont soumises aux règles. Car la distance et l'échelle, elles-mêmes conditionnées par le pouvoir, les ressources et les technologies, influencent la manière dont les acteurs de la gouvernance utilisent les connaissances locales et les retours d'information pour établir, modifier, suivre et faire appliquer les règles.

Imaginons qu'un pays X ait effectué une grande réforme constitutionnelle des hôpitaux tertiaires qui décentralise la gouvernance du ministère de la Santé vers l'Administration infranationale (c'est-à-dire régionale) (BARASA *et al.*, 2017). Avant la décentralisation, 50 hôpitaux tertiaires étaient gérés par ce ministère, qui était donc le nœud constitutionnel. Chaque hôpital avait un conseil d'administration, qui représentait le nœud collectif. Les conseils d'administration « de proximité » exerçaient le pouvoir et géraient les activités quotidiennes de chaque hôpital, à savoir le nœud opérationnel. C'était en partie dû au fait que le centre de décision était éloigné de la plupart des 50 hôpitaux, ce qui réduisait la capacité du ministère à établir, modifier, suivre et faire appliquer des règles dans ces 50 établissements disséminés dans le pays. Par défaut, une grande partie de cette responsabilité incombait aux conseils d'administration de chaque hôpital. Cependant, avec la décentralisation, la gouvernance constitutionnelle s'est déplacée vers 50 localités disséminées à travers le pays, et elle est désormais « beaucoup moins distante » des hôpitaux. Les 50 conseils d'administration des hôpitaux (nœud collectif) ont ainsi perdu de leur influence et sont devenus beaucoup moins puissants, car les règles opérationnelles quotidiennes sont établies, modifiées, suivies et appliquées plus

directement au niveau des (nouveaux) nœuds constitutionnels décentralisés, à savoir par l'administration régionale – ce qui conduit à une « recentralisation » et à une performance hospitalière dégradée en termes de réactivité aux besoins des communautés (BUSHOUSE, 2011 ; BARASA *et al.*, 2017 ; MUNTHOPA *et al.*, 2019).

Considérons maintenant un autre scénario, presque à l'opposé de celui que nous venons d'évoquer. Dans une région Y, la plus grande région du pays X, cinq ans après la grande réforme nationale, la gouvernance des établissements de soins de santé primaire se décentralise de l'administration régionale (c'est-à-dire d'un niveau infranational) vers des comités de santé communautaires (MABUCHI *et al.*, 2017 ; LOEVINSOHN *et al.*, 2019). Avant la décentralisation, les décisions opérationnelles quotidiennes étaient prises à partir des règles constitutionnelles établies par l'Administration de la santé de la région Y pour les 75 établissements de soins de santé primaire relevant de leur compétence. Avant la décentralisation, la gouvernance collective par des comités de santé communautaires ne jouait qu'un rôle formel faible ou inexistant. Avec la décentralisation, les comités de santé communautaires « de proximité » (un pour chacun des 75 établissements primaires de santé) instituent, modifient, suivent et font appliquer les règles régissant les finances de leur propre établissement. La performance de ces établissements de santé s'est, de ce fait, améliorée par rapport à la période où les décisions étaient principalement prises au niveau du nœud constitutionnel, situé dans la capitale de la région Y (BUSHOUSE, 2011 ; MABUCHI *et al.*, 2017 ; LOEVINSOHN *et al.*, 2019).

Ce qui est en jeu ici n'est donc pas seulement la proximité. Il faut aussi tenir compte de l'effet d'échelle. Avant la décentralisation, le ministère de la Santé du pays X gérait 50 unités opérationnelles (c'est-à-dire les hôpitaux tertiaires) et l'Administration de la région Y en gérait 75 (les établissements primaires de santé), ce qui limitait leur capacité à établir, modifier, suivre et faire appliquer les règles. Après la décentralisation, chaque entité de gouvernance (à savoir, le conseil d'administration de chaque unité tertiaire) ne supervise plus que sa propre unité opérationnelle. Avec la décentralisation vers l'Administration régionale, une gouvernance constitutionnelle plus forte peut ainsi réduire l'influence précédemment exercée par le nœud collectif – que ce soit par défaut ou par délégation. Avec la décentralisation vers les comités de santé communautaires, une gouvernance collective plus forte peut aussi promouvoir l'autonomie locale et améliorer la performance des établissements de santé (BUSHOUSE, 2011).

La quatrième chose que je garde à l'esprit est que le pouvoir d'établir, de modifier, de suivre et d'appliquer les règles peut être diffus ou concentré. Le pouvoir est concentré, par exemple, dans le cas d'un prestataire du secteur privé qui établit et modifie les règles sans consulter une autre autorité (lorsque le nœud constitutionnel – c'est-à-dire l'administration responsable de sa gestion – est faible et que le conseil d'administration ne comprend aucun membre de la communauté). Le pouvoir peut être diffus, par exemple, lorsqu'un conseil d'administration ou une coalition d'utilisateurs est responsable de la gouvernance collective, mais qu'il y a aussi des acteurs constitutionnels efficaces, disposant de ressources et avancés sur le plan technologique (même s'ils sont éloignés) (MUNTHOPA *et al.*, 2019). Les règles régissant un système sont diffuses lorsqu'elles sont établies, modifiées, suivies et appliquées par des nœuds multiples, et lorsque chaque acteur au niveau des trois nœuds peut contester celles-ci (BUSHOUSE, 2011).

Imaginons maintenant un pays où le gouvernement est distant ou faible. Dans ce pays, on trouve un établissement de santé du secteur privé dont le conseil d'administration ne comprend aucun membre de la communauté (BUSHOUSE, 2011 ; BLOOM *et al.*, 2014 ; CHAMPION *et al.*, 2012). Dans cet établissement, caractérisé par un effondrement ou une diminution des règles et par une concentration du pouvoir de créer, modifier, suivre et faire respecter celles-ci, les règles opérationnelles reflètent alors les décisions du propriétaire, qui s'érigent en règles constitutionnelles, surtout lorsque ce propriétaire travaille sur place et qu'il est également le principal prestataire de services. Lorsqu'un propriétaire est « hors site », l'écart qui existe entre les règles constitutionnelles (telles que définies par le propriétaire) et les règles opérationnelles peut dépendre de sa distance à l'établissement (BUSHOUSE, 2011). Imaginez un établissement de santé détenu par une organisation religieuse ou ethnique, dont le conseil d'administration est composé de membres de la communauté tous issus de la même religion ou ethnie, avec des règles constitutionnelles établies par le chef religieux national ou le chef de l'ethnie, soutenus par leurs représentants infranationaux. Les travailleurs de la santé de cet établissement sont, en règle générale, des membres de la religion ou de l'ethnie considérée. Ici, bien que les trois nœuds de gouvernance soient présents, le manque de diversité signifie en fait que le pouvoir de créer, modifier, suivre et faire respecter les règles est concentré (BUSHOUSE, 2011).

La concentration du pouvoir – combinée au contexte socio-économique et géographique – peut influencer la manière dont les règles opérationnelles

s'accordent avec les besoins et les réalités locales. Le propriétaire « sur site » d'un établissement de santé privé, qui ne se fie qu'aux règles du marché au niveau du nœud opérationnel, pourrait ne prioriser que le segment de la communauté capable de régler des frais de soins élevés. Par ailleurs, un prestataire de services ethnique ou religieux, gouverné par les valeurs dominantes d'une religion ou d'un groupe ethnique, sera probablement réactif aux réalités et aux besoins locaux si la communauté qu'il dessert est en phase avec ses valeurs. Si l'on trouve dans ce lieu une diversité de valeurs et d'identités, une telle concentration des pouvoirs peut être modérée par les acteurs du nœud collectif, par exemple, un conseil d'administration qui reflète la diversité locale. Mais la présence d'acteurs au niveau du nœud collectif (par exemple, du côté de la demande de soins, sous la forme d'un conseil d'administration composé de membres de la communauté ou encore d'une association de professionnels de santé établissant des normes) n'est pas suffisante pour garantir qu'ils seront en mesure de créer, modifier, suivre et faire respecter les règles. Leurs droits de gestion doivent ainsi être bien définis et protégés (LODENSTEIN *et al.*, 2016 ; GEORGE *et al.*, 2015), ils doivent disposer des capacités à gouverner et bénéficier de circonstances géographiques suffisamment favorables (ABIMBOLA, 2020 ; FALISSE *et al.*, 2012).

Le triangle des règles nous montre combien nous savons peu, il nous pousse à adopter le point de vue des « autres » dans notre analyse et à pratiquer la « pensée représentative » (ARENDT, 1968). Notre positionnement (notre posture) en tant qu'analyste d'une situation a donc son importance (GILMORE, 2019 ; HARDING, 1991). À distance, sommes-nous vraiment en mesure de percevoir la granularité et le détail des règles ? Leurs interactions, comment elles fonctionnent, la façon dont elles sont créées, modifiées, suivies et mises en application ? (POTEETE *et al.*, 2010 ; STIGLITZ, 2001) ? Le triangle des règles nous rappelle les limites de notre perception lorsque nous essayons de voir à distance, ou lorsque nous ne disposons que de connaissances limitées sur les détails spécifiques du contexte.

Le triangle des règles exige également que l'on accorde autant d'importance à la redevabilité qu'à la connaissance (OSTROM *et al.*, 2017 ; PENNINGTON, 2013). Étant donné ses origines, le triangle des personnes se focalise sur la redevabilité (BANQUE MONDIALE, 2004), qui nécessite des règles et des connaissances. Mais la connaissance seule peut œuvrer sans la redevabilité

– simplement en permettant aux acteurs de savoir ce qu’il faut faire et comment (ABIMBOLA *et al.*, 2019). La pensée en triangle nous amène donc à nous demander : quelle est la stratégie optimale pour améliorer la gouvernance dans ce contexte, pour ces fonctions ou à cette échelle – les connaissances, la redevabilité ou bien les deux ? Par ailleurs, quel est le rôle de la technologie ? Car celle-ci peut modifier les propriétés épistémiques des relations entre les nœuds du triangle des règles ou le degré d’importance de la proximité en rendant le suivi et l’application des règles à distance moins coûteux (POLSKI et OSTROM, 2017 ; BLOOM *et al.*, 2014 ; CHAMPION *et al.*, 2012 ; OSTROM *et al.*, 2017). Cependant, lorsque c’est le cas, la technologie peut réduire la flexibilité et la liberté dans l’adaptation des règles à l’usage local.

Le triangle des personnes se concentre sur l’agentivité des individus, tandis que le triangle des règles se concentre sur les directives qui limitent et autorisent cette agentivité. Cela oblige à repenser au débat sur l’importance relative de la structure par rapport à l’agentivité (HARRIS *et al.*, 2020 ; PORTER, 2015). On peut en effet penser qu’il est plus facile de faire évoluer les choix des personnes que de changer les règles qui limitent ou permettent ces choix. Cependant, essayer de faire progresser les gens (en faisant appel au meilleur d’eux-mêmes) peut s’avérer moins efficace que de chercher à modifier les règles qui les régissent ou encore de choisir ceux qui pourront définir, modifier ou faire appliquer ces dernières, surtout lorsqu’on intervient à distance. La santé mondiale implique d’agir « à distance » (ABIMBOLA, 2018), avec, nous l’avons vu, des connaissances, une agentivité et des enjeux personnels qui sont loin d’être clairs et optimaux. Souvent, les seuls apports valables susceptibles d’être proposés à distance sont des éléments de conception des interventions, basés sur une approche ascendante (*bottom-up*), sur des cadres conceptuels et sur des analyses comparatives entre différents contextes (STIGLITZ, 2001 ; TALEB, 2017 ; OSTROM, 2005).

Que peut réellement dire un analyste éloigné (ou étranger) à propos de la gouvernance ? Quelles sont nos/leurs limites et celles de la posture étrangère ? Le triangle des règles met en lumière des stratégies possibles pour modifier la structure – par exemple, sur les façons de décentraliser la gouvernance afin de faciliter l’engagement des communautés (TOPP *et al.*, 2018). Mais plus les entités dirigeantes sont proches du terrain, plus elles sont sujettes au népotisme, et moins les organes directeurs centraux sont en mesure d’imposer des mesures égalitaires descendantes.

Le triangle des règles peut également éclairer les analyses comparatives afin d'identifier les points « optimaux » pour une gouvernance décentralisée, qui minimisent les conséquences négatives – une caractéristique de conception structurelle qui peut être comprise de façon abstraite ou influencée à distance, mais pas de manière prescriptive, de sorte que les caractéristiques spécifiques du contexte peuvent façonner la refonte du système (OSTROM, 2005).

Penser en deux triangles signifie que l'on peut déplacer les parties prenantes entre les différents nœuds, en fonction des règles qu'elles influencent ou des règles qui les influencent (ABIMBOLA *et al.*, 2014). Une même personne, qui œuvre comme prestataire de services ou comme utilisateur (nœud opérationnel) dans un contexte donné, peut simultanément agir dans ce contexte en tant que responsable communautaire (nœud collectif) ou comme législateur avec un champ d'action encore plus large (nœud constitutionnel). Une même entité gouvernementale peut opérer sur différents nœuds en fonction de sa taille et de la distance : un conseil des chefs de communauté dans une ville de 2000 habitants peut fonctionner au niveau du nœud collectif. Lorsqu'une ville atteint une population de 200 000 habitants, le conseil des chefs peut devenir si éloigné du nœud opérationnel qu'il intervient alors essentiellement au niveau du nœud constitutionnel (BUSHOUSE, 2011).

Les acteurs qui opèrent au niveau des différents nœuds peuvent également varier en fonction de l'échelle ou de la taille du système que l'on analyse : un système de santé local ou régional, un système de santé national ou même la dynamique de la gouvernance de la santé mondiale. Imaginons une pandémie au cours de laquelle l'offre et la demande d'équipements de protection individuelle seraient soumises à la gouvernance des marchés mondiaux (règles opérationnelles), mais aussi à des règles collectives (des groupes de pays qui se sont réunis – ou pas – pour réguler le marché d'un bien collectif) ainsi qu'au nœud constitutionnel (par le biais de l'Organisation mondiale de la santé ou des règles « constitutionnelles » que contient son règlement sanitaire international) (FERHANI et RUSHTON, 2020). Lorsqu'on analyse la dynamique sur le plan régional, une administration locale ou régionale peut agir au niveau du nœud constitutionnel. En revanche, si l'on se place au plan national, selon la taille de cette administration locale ou régionale, celle-ci peut fonctionner essentiellement au niveau du nœud collectif.

Ce qui est vrai pour les modèles l'est également pour les cadres de référence : ils sont tous faux, mais certains restent utiles. Combiner ces cadres

de référence – sans émousser le rasoir d'Ockham, c'est-à-dire en préservant le principe de parcimonie – apporte au final une grande valeur ajoutée. Lorsqu'ils sont utilisés en association avec le triangle des règles, c'est le triangle des personnes qui devient plus utile. De même que pour les deux triangles de Malan, la nécessité de recourir à un second triangle n'est pas inhabituelle. Il existe d'autres exemples de cadres multi-triangles (BAUER et GASKELL, 2008 ; ANDREOULI *et al.*, 2015). L'un des triangles les plus utilisés dans les études des systèmes de santé et de santé mondiale mérite que l'on rende hommage à sa parcimonie. Il s'agit du triangle d'analyse des politiques de Gill Walt et Lucy Gilson (WALT et GILSON, 1994). Ce triangle se fonde explicitement sur trois nœuds en interaction dont il faut tenir compte lors de l'analyse des politiques : le contexte, le contenu et le processus. Gill Walt et Lucy Gilson incluent néanmoins des acteurs (les « personnes ») jouant différents rôles en tant qu'individus, groupes et organisations (BUSE *et al.*, 2007). Ils auraient ainsi tout aussi bien pu l'appeler le « triangle des personnes » (fig. 5).

Le triangle des règles met en lumière des caractéristiques souvent ignorées des systèmes de santé, qu'il est important de garder à l'esprit lorsqu'on cherche à comprendre ou à améliorer leur gouvernance et leur performance à distance. Des caractéristiques qui peuvent facilement être négligées si le triangle des personnes est utilisé de manière isolée. Ce que j'ai essayé de faire dans ce chapitre, pour paraphraser l'économiste américain

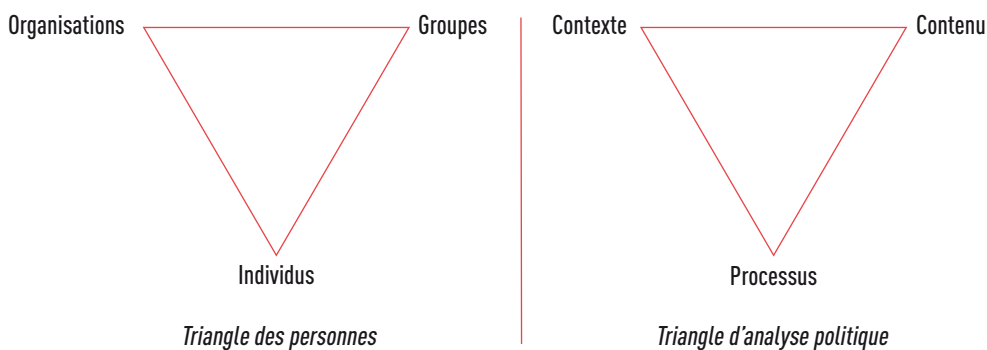


Figure 5 | Triangle(s) d'analyse des politiques présentant les facteurs (contexte, contenu et processus) affectant la politique et les relations entre ces facteurs, ainsi que les « personnes » interagissant en tant qu'individus, groupes ou organisations pour influencer le contexte, le contenu et le processus politiques.

Ronald Coase, c'est d'« insister sur l'inclusion, dans notre analyse, de caractéristiques du [système de santé] si évidentes [...] qu'elles ont tendance à être négligées » (COASE, 1994). Le langage des règles (ou des institutions) et leur conception, les axes d'étude, les acquis réutilisables, les théories de portée moyenne qui en découlent (RIDDE, 2016 ; VAN BELLE *et al.*, 2017 ; RIDDE *et al.*, 2020) ainsi que la posture analytique qu'ils exigent, pourraient cependant améliorer notre analyse de la gouvernance des systèmes de santé – en particulier pour les études réalisées à distance, sur lesquelles le regard étranger exerce une forte influence.

LES USAGES DE LA CONNAISSANCE

« Si le problème [...] central d'une société est celui de l'adaptation rapide aux changements des circonstances particulières de temps et de lieu, [alors] il s'ensuit que les décisions finales doivent être laissées à ceux qui connaissent ces circonstances, qui apprécient directement les changements en cause, et savent où trouver les ressources pour y faire face. On ne peut guère s'attendre à ce qu'un tel problème soit résolu en confiant d'abord toute la connaissance à un bureau central qui, après l'avoir intégrée, transmettrait ses ordres. Nous sommes amenés à résoudre ces problèmes par une certaine forme de décentralisation [...].

« Mais [les personnes] de terrain ne peuvent décider [seules], sur la base de leurs connaissances limitées, quoique profondes, des faits de [leur] environnement immédiat. Reste le problème consistant à [leur] communiquer toute l'information supplémentaire dont [elles ont] besoin pour que leurs décisions s'intègrent dans le système au sens large. De quelles informations [ont-elles besoin] pour ce faire ? Quels événements survenus en dehors de leur horizon de connaissances sont utiles à leur décision, et combien doivent-elles en connaître ? »

Friedrich HAYEK (1945)

Comme de nombreux universitaires travaillant dans le champ de la santé mondiale, je suis fréquemment appelé à évaluer des documents de recherche (ABIMBOLA, 2018). Pour effectuer ces évaluations, je m'appuie sur les objectifs déclarés, qui figurent généralement à la fin

de l'introduction ou dans la section décrivant le contexte d'écriture. L'objectif déclaré peut révéler le public pour lequel nous pensons écrire (le regard) ainsi que le point de vue à partir duquel nous écrivons (la posture). Mais, trop souvent, cette déclaration d'intention semble être un ajout de dernière minute, comme s'il s'agissait d'un faux-semblant ou d'un espoir illusoire, telle une bouteille à la mer lancée dans l'espoir d'atteindre une cible nommée « équité » ou « amélioration des conditions de vie des personnes dans le besoin ». L'objectif déclaré des documents de recherche en santé mondiale trahit souvent notre absence de sens collectif – ou de *théorie* – quant à la manière dont la connaissance mène à l'équité. Une telle théorie nous permettrait pourtant de mettre en phase nos façons d'évaluer, de produire et d'utiliser la connaissance. Car cette conception du fonctionnement de la connaissance existe dans les sciences fondamentales et biomédicales, mais pas dans le domaine de la santé mondiale ou, plus prosaïquement, dans nos efforts pour parvenir à l'équité en matière de santé.

Une grande partie de l'édifice de la santé mondiale universitaire repose sur le postulat que l'objectif de la recherche consiste à identifier des vérités universelles afin d'alimenter le grand réservoir des connaissances (RUTTER *et al.*, 2017 ; GREENHALGH, 2020 ; OGILVIE *et al.*, 2020), par exemple sur la biologie d'un virus ou dans la recherche d'un vaccin. La propension à valoriser l'universel dans le domaine de la santé mondiale – souvent perceptible dans l'objectif déclaré des articles de recherche – découle en partie de ses origines biomédicales et coloniales (AFFUN-ADEGBULU et ADEGBULU, 2020 ; BIEHL et PETRYNA, 2013, 2014 ; RICHARDSON, 2020). En biomédecine, on recherche des vérités universelles dans la mesure où la biologie, la chimie et la physique sont essentiellement les mêmes partout. Dans les relations coloniales, en revanche, on regarde de loin et on n'est pas en mesure de voir ou d'attribuer de la valeur à ce qui est spécifique à un endroit donné. On ne perçoit que ce que l'on juge universel et on l'apprécie dans la mesure où cela correspond à une vision étrangère et extérieure du monde. En exigeant des vérités universelles, une validité externe, une évaluation par assignation aléatoire et ses approximations, ou encore l'adoption par défaut de méthodes, d'indicateurs chiffrés et de mesures uniformes et standardisées tout autour du monde, on confond la notion de « rigueur » avec un cliché. Mais la vérité, dans un sens aussi centralisé ou universel, n'est généralement pas l'objectif dans la quête de l'équité au sein et entre les

espaces et les systèmes sociaux (RUTTER *et al.*, 2017 ; GREENHALGH, 2020 ; OGILVIE *et al.*, 2020). Ce qui compte souvent bien davantage, c'est de trouver des vérités contingentes, circonstancielles ou particulières sur ce qu'il faut faire pour atteindre l'équité dans un endroit et à un moment donné, puis d'identifier des caractéristiques récurrentes, permettant de dégager l'universel dans le particulier. Ce n'est vraiment qu'à la fin du processus que l'on peut rechercher ces récurrences entre les lieux et les époques. Et cela n'est possible qu'après avoir identifié une spécificité, pour ensuite l'extrapoler à de multiples spécificités.

Si on ne lit que des articles de recherche publiés dans des revues académiques de haut niveau, on aura très probablement l'impression que l'équité en matière de santé mondiale est essentiellement la conséquence d'un changement « chirurgical » résultant d'événements ou d'efforts distincts, épisodiques et ponctuels. Il s'agirait donc de macro-innovations ou d'interventions (souvent introduites de l'extérieur) mesurables, tangibles, limitées dans le temps, qui fonctionnent indépendamment les unes des autres et du contexte, et dont les effets sont observables à distance (BIEHL et PETRYNA, 2013, 2014 ; RICHARDSON, 2020 ; STORENG et BÉHAGUE, 2014 ; WEICK, 1984). On peut également avoir l'impression que les études à grande échelle ou multisites sont intrinsèquement plus utiles que les études à petite échelle ou sur un seul site, ou encore qu'il est bon d'adopter des méthodes et des mesures dont l'objectif premier est de simplifier des réalités complexes. La littérature scientifique n'est que la partie visible et trompeuse d'un iceberg. Ce qui reste caché sous la surface, ce sont les utilisations quotidiennes des connaissances par des acteurs travaillant au sein de systèmes à différentes échelles d'organisation afin de déclencher un changement « organique ». Cette littérature se lit donc comme une conversation à laquelle les principaux participants, ceux qui œuvrent quotidiennement au changement, n'ont pas été invités.

Les écrits scientifiques sur la santé mondiale marginalisent, en effet, de nombreuses conversations qui devraient être primordiales : sur le rôle que joue l'apprentissage social dans la manière dont les connaissances sont utilisées pour parvenir à l'équité en matière de santé (SHEIKH *et al.*, 2020 ; ELLERMAN, 2001 ; SCHON, 1994) ; sur les processus organiques qui soutiennent l'égalité en matière de santé et ses déterminants, à l'intérieur et entre les pays. Des conversations enfin, qui même menées

à l'échelle locale, ont souvent une résonance internationale. Il est temps de réexaminer les hypothèses formulées quant à l'objectif premier de notre littérature et d'envisager ce qu'une réorganisation de ces hypothèses pourrait signifier pour la façon dont cette littérature est produite. Le statu quo reflète un désordre généralisé du système de valeurs (RICHARDSON, 2020). Nous devons réorganiser nos hypothèses de travail de telle sorte qu'elles s'appuient sur une présomption (réfutable) selon laquelle il existe des utilisations, des utilisateurs et des producteurs primaires de connaissances que nos écrits doivent servir en premier lieu. La mise en œuvre de ce nouvel ordre pour nos textes, qui montrerait comment (ou comment ne pas) utiliser la connaissance dans le domaine de l'équité, pourrait être basée sur le principe de subsidiarité.

Le mot « subsidiarité » provient de *subsidium*, un terme latin qui remonte au temps de l'armée romaine. Il était utilisé pour décrire la troisième ligne de soldats, « qui ne s'engageait dans une bataille que si les forces des deux premières lignes étaient insuffisantes » (GOSEPATH, 2005). La connotation militaire du terme *subsidium* s'est estompée au fil du temps et le terme fait désormais référence à l'aide, à l'assistance ou au soutien – une aide dont on n'aurait pas besoin dans des conditions idéales, ou encore une aide qui ne serait proposée que sur demande (GOSEPATH, 2005 ; CAHILL, 2017 ; HÖFFE, 1996). Dans son usage moderne en philosophie sociale et politique, le terme « subsidiarité » est utilisé en relation avec un principe éthique, le « principe de subsidiarité ». Selon ce principe, les décisions portant sur des actions mises en œuvre pour aider autrui et atteindre le bien commun (par exemple, en utilisant les connaissances pour parvenir à l'équité en matière de santé mondiale au sein d'un espace social ou d'un système) devraient, par défaut, être prises au niveau organisationnel le plus bas ou le plus local possible, et à un niveau organisationnel plus élevé ou plus éloigné seulement lorsque cela est nécessaire (GOSEPATH, 2005 ; CAHILL, 2017 ; HÖFFE, 1996 ; CHAPLIN, 1997).

Considérée comme un garde-fou contre la (sur)centralisation, la subsidiarité est un principe prioritaire pour les relations entre les entités gouvernantes. La subsidiarité signifie (jusqu'à preuve du contraire) que les unités plus petites/proches ont la priorité sur les unités plus grandes/éloignées. Les nations individuelles priment sur les entités

supranationales auxquelles elles appartiennent, les gouvernances infranationales sur les gouvernements nationaux, les communautés sur les gouvernances infranationales et les familles sur les communautés. Le principe de subsidiarité est antérieur à son utilisation moderne et explicite. Par exemple, la subsidiarité était implicite dans la formation et les relations au sein des confédérations informelles entre cités-États grecques ou yoruba (USMAN et FALOLA, 2019 ; ADELUSI-ADELUYI et BIGON, 2008 ; RUFUS DAVIS, 2021 ; ROY, 2007). Dans le domaine de la santé mondiale, il existe une multiplicité de relations proches et distantes (ou primaires et subsidiaires) entre les entités sociales, techniques et politiques à l'intérieur et au-delà des frontières juridictionnelles. La subsidiarité fournit une base pratique pour régir certains aspects de ces relations, en particulier celles qui ont trait à l'utilisation des connaissances.

L'adoption du principe de subsidiarité pour réorganiser les hypothèses sur l'utilisation des connaissances peut être justifiée par deux raisons indissociables : les avantages pratiques (par exemple, pour l'efficacité et l'efficience) et moraux (par exemple, l'équité et la justice) d'agir au plus près du terrain, des problèmes et des personnes. L'un des avantages pratiques de ce principe est qu'il permet aux acteurs proches, disposant d'une connaissance optimale des problèmes, de prendre des initiatives, d'expérimenter les conséquences de leurs actions, de revoir leurs théories et d'orienter les actions ultérieures en se basant sur des informations locales, des retours d'expérience et des caractéristiques récurrentes observées (GOSEPATH, 2005 ; CAHILL, 2017 ; HÖFFE, 1996 ; CHAPLIN, 1997 ; DREW et GRANT, 2017 ; ABIMBOLA *et al.*, 2019). En soutenant l'initiative et l'action de proximité, à petite échelle et dans les petites entités, ce principe favorise également la pluralité et la multiplicité des formes, qui à leur tour augmentent les possibilités d'apprentissage (au sein et entre ces petites unités) ainsi que la résilience aux chocs (compte tenu des effets de réseau entre les petites unités) (HÖFFE, 1996 ; DREW et GRANT, 2017 ; ABIMBOLA *et al.*, 2019).

Les avantages moraux du principe de subsidiarité reflètent ses avantages pratiques, car la proximité morale tend à prolonger la proximité physique. La proximité morale implique une redevabilité vis-à-vis de soi-même et de sa communauté, l'enjeu personnel étant la réussite des efforts et des initiatives collectives. La mise en œuvre d'actions basées sur ses propres connaissances de terrain (qui sont souvent tacites et informelles) peut

redonner confiance en leur valeur. Grâce à l'action de proximité et à l'utilisation des connaissances locales, les acteurs voient comment leurs efforts (souvent collectifs) contribuent à promouvoir le bien commun. Cette expérience peut alors les aider à satisfaire le besoin profondément humain et existentiel d'être utile, d'éviter l'aliénation sociale et la dépendance, d'exercer son agentivité et de conquérir le sentiment de dignité et de sens qui accompagne la prise en main de sa propre destinée (DREW et GRANT, 2017). En effet, la nécessité morale du principe de subsidiarité est telle qu'attribuer à une entité distante ou subsidiaire ce qu'une entité proche ou primaire pourrait faire a été décrit comme « un mal grave » et « une injustice » (PAPE PIE XI, 1931).

Sur ce chemin menant à l'équité, les connaissances sont principalement produites ou utilisées par des acteurs de proximité pour obtenir de petites avancées, des micro-innovations continues et « organiques », au jour le jour (WEICK, 1984 ; ELLERMAN, 2001). Inversement, la production ou l'utilisation subsidiaire des connaissances concerne souvent des victoires importantes, généralement épisodiques ; des innovations « chirurgicales » ou majeures, conçues ou mises en œuvre à distance. La proximité focalise l'attention sur les petites avancées. Les grandes victoires sont en réalité une accumulation de petites réussites, de changements mineurs résultant d'un apprentissage continu. La mise en œuvre de ces petites avancées nécessite moins de coordination, et elles sont structurellement plus résistantes que les grandes victoires. Chaque petit pas inspire la confiance dans la possibilité de réussir le pas suivant. Ces étapes peuvent être recombinaisons à l'infini, d'un lieu à l'autre et d'une temporalité à une autre. Pourtant, ce qui peut apparaître à un acteur subsidiaire éloigné comme étant « la prochaine étape logique » ou « le prochain problème sur la liste » diverge généralement de façon significative de la vision d'un acteur primaire proche (WEICK, 1984 ; ELLERMAN, 2001).

La juriste irlandaise Maria Cahill a résumé le principe de subsidiarité en quatre préceptes (CAHILL, 2017). Ces derniers peuvent être appliqués à l'utilisation des connaissances de la manière suivante (GOSEPATH, 2005 ; CAHILL, 2017 ; HÖFFE, 1996 ; CHAPLIN, 1997) : (1) Les unités primaires doivent avoir la liberté, l'opportunité et la responsabilité de produire, d'utiliser et de s'appuyer sur leurs propres connaissances ainsi que de signaler quand elles ont besoin de l'aide des unités subsidiaires. (2) Les unités subsidiaires doivent n'apporter leur aide que sur demande,

en respectant l'autorité présumée des unités primaires en matière de production de connaissances, sauf dans le cas où les unités primaires sont manifestement trop faibles pour parvenir à demander de l'aide. (3) Les unités subsidiaires doivent orienter l'aide demandée ou proposée en fonction des objectifs des unités primaires, et non selon leurs propres objectifs. (4) Des structures intégrées régissant l'engagement des unités subsidiaires avec les primaires (par exemple, pour décider de la modification ou de la cessation de l'aide ou encore de l'utilisation des connaissances produites) doivent être mises en place, pour éviter d'affaiblir les unités primaires ou de créer une trop forte dépendance aux unités subsidiaires.

Comment alors distinguer les utilisations primaires des utilisations subsidiaires (ou encore, les unités d'utilisateurs ou de producteurs) de la connaissance ? Le principe suggère que la recherche universitaire est subsidiaire par rapport aux connaissances issues de la pratique ; que les décideurs politiques sont subsidiaires par rapport aux exécutants ; que ce qui est épisodique est subsidiaire par rapport à ce qui est quotidien ; et que la prise de décision à distance est subsidiaire par rapport à la prise de décision sur le terrain. Ces distinctions suggèrent qu'il y aurait quatre utilisations (ou unités) de la connaissance (tabl. 3) (DEKKER, 2020). Deux de ces utilisations/unités sont primordiales : les « émancipateurs » (personnes utilisant les connaissances pour transformer les déterminants structurels de leur propre santé) et les « plombiers » (personnes mettant en œuvre les connaissances pour le changement). Les deux autres utilisations/unités sont subsidiaires : les « ingénieurs » (concepteurs de politiques utilisant les connaissances issues des unités primaires) et les « professeurs » (diffuseurs de connaissances). Chaque utilisation/unité peut exister au sein d'un même individu, groupe ou organisation. Tout comme les fractales, ces quatre unités forment un écosystème de connaissances présentes aux divers niveaux organisationnels (fig. 6).

	Attitude activiste/constructive	Attitude d'acceptation/corrective
Proximité/local/primaire	« Émancipateur »	« Plombier »
Distant/étranger/subsidiaire	« Ingénieur »	« Professeur »

Tableau 3 | Unités d'utilisation/utilisateurs des connaissances dans le domaine de la santé mondiale.

Les distinctions établies ici s'inspirent en partie de DEKKER (2020) et d'ABIMBOLA (2019).

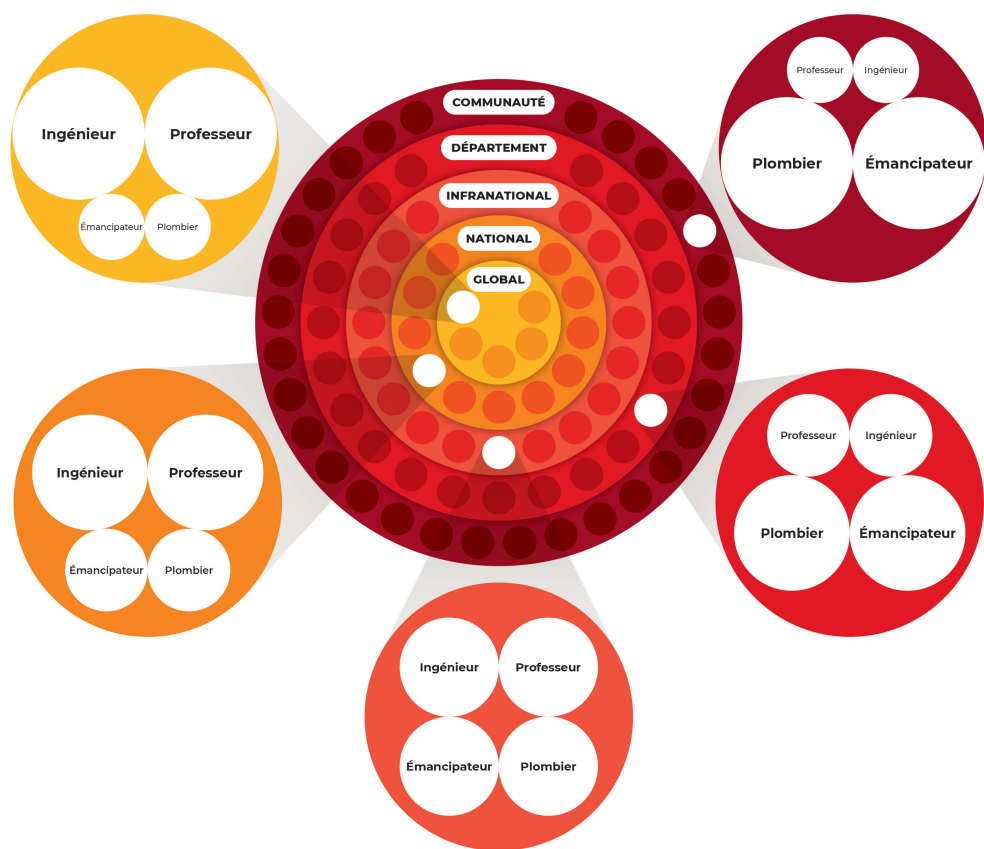


Figure 6 | Représentation en cercles concentriques des utilisateurs de connaissances dans le champ de la santé mondiale.

La figure met en évidence : a) des exemples de niveaux d'organisation dans lesquels les connaissances sont utilisées dans un objectif d'équité (les cinq anneaux concentriques) ; b) l'utilisation des connaissances dans ces niveaux par des structures (les cercles dans les anneaux concentriques) ; c) le détail de ces structures par niveau (les cinq cercles agrandis à l'extérieur des cercles concentriques) et avec dans chacun d'eux, les quatre unités de connaissances matérialisées par des cercles de tailles différentes en fonction de leur importance. La taille des utilisateurs primaires (émancipateurs et plombiers) est plus importante dans les cercles les plus proches du terrain, tandis que la taille des utilisateurs subsidiaires (ingénieurs et professeurs) est plus importante dans les cercles à distance.

Les « émancipateurs » sont des activistes (des militants individuels ou organisés en équipes, des groupes de femmes, des organisations de la société civile, etc.). Ils utilisent les connaissances afin de se construire une

nouvelle réalité, d'exiger et de créer des conditions idéales (économiques, sociales, politiques et de genre) pour eux-même ; et de modifier les structures sociales et les règles qui les désavantagent (GALTUNG, 1969), que ces structures et ces règles soient édictées au niveau local ou à distance. Ce faisant, en cherchant à modifier les systèmes et les réalités sociales, ils produisent également des connaissances.

Les « plombiers », pour leur part, acceptant de façon générale le statu quo, travaillent dans le cadre des systèmes existants. Ils utilisent et produisent des connaissances au jour le jour, apportant des changements progressifs par la prestation de services, que ce soit en tant que bureaucrates agissant individuellement, équipes de prestataires de services, membres d'ONG ou personnels dans les ministères de la Santé. En tant qu'unités primaires, les « plombiers » et les « émancipateurs » sont responsables de la majeure partie du changement en santé mondiale (WEICK, 1984 ; SHEIKH *et al.*, 2020 ; ELLERMAN, 2001 ; SCHON, 1994 ; DEKKER, 2020 ; GALTUNG, 1969 ; GUMBONZVANDA *et al.*, 2021 ; LEVITT *et al.*, 2013 ; HENDEL et SPIEGEL, 2014 ; ASKEW *et al.*, 2020). Ils progressent grâce à de petites avancées, mais aussi de leurs petites défaites dont ils tirent des enseignements. Finalement, ils apprennent en faisant.

Les « ingénieurs » conçoivent des politiques, des programmes et des systèmes. Ils façonnent également le cadre général au sein duquel les « plombiers » travaillent et jouent leur propre rôle (DEKKER, 2020 ; ERASMUS, 2014). Les « émancipateurs » cherchent à modifier les conceptions des ingénieurs qui ont du pouvoir ou sont en phase avec ce dernier. Ils sont considérés comme des activistes dans la mesure où ils peuvent utiliser leur pouvoir pour construire des réalités émancipatrices, en particulier lorsque les « émancipateurs » les poussent à transformer les réalités et les systèmes injustes. Les « ingénieurs » ont une visibilité. Ils attirent l'attention des « professeurs ». Une partie trop importante de notre littérature s'adresse aux « ingénieurs », comme si le changement émanait principalement des échanges entre l'élite politique et académique, comme si la littérature n'était qu'un instrument de pouvoir. Les besoins en connaissances des « émancipateurs » et des « plombiers » ne sont pas reconnus (tout comme les connaissances produites ou détenues par eux), comme s'ils n'existaient pas. Pourtant, la majeure partie de la littérature devrait être produite pour et par des « émancipateurs » et des « plombiers ». Si cette affirmation semble surprenante, c'est parce que le statu quo n'est pas adapté.

Les « professeurs » peuvent être des universitaires, des journalistes et des correspondants, des crieurs publics, des équipes ou des groupes de recherche ou de collecte de données, des think tanks, des instituts de recherche ou des universités ; ou encore une équipe de recherche au sein d'une organisation d'« ingénieurs », d'« émancipateurs » ou de « plombiers ». Les « professeurs » partagent leurs connaissances grâce aux publications, à l'enseignement et à des activités qui contribuent à connecter un système, quel qu'il soit, à « davantage de lui-même⁵ » (WHEATLEY et KELLNER-ROGERS, 1998 ; WHEATLEY, 2001 ; WHEATLEY et FRIEZE, 2015), car la déconnexion est la source de nombreuses inégalités. Relier un système à « davantage de lui-même » revient inévitablement à diffuser, que ce soit vers d'autres lieux ou d'autres personnes, une réalité qui était déjà connue ou vécue par une partie du système, ou par un ensemble d'acteurs ou d'utilisateurs de connaissances. Il s'agit de relier une voix à une autre voix, et de nombreuses voix à de nombreuses oreilles. Les professeurs réorganisent et recadrent ainsi les connaissances existantes et en créent parfois de nouvelles. Pour contribuer à l'équité, ils peuvent chercher à déconstruire les idées reçues qui les entravent ou à développer des outils analytiques permettant de mieux définir et résoudre les problèmes (WHYLE et OLIVIER, 2020). Certains, dans leur tour d'ivoire, peuvent se désintéresser de l'équité et conserver des connaissances apparemment inutiles, dont certaines pourraient pourtant devenir utiles pour l'équité. Mais la manière la plus directe et la plus efficace d'utiliser les connaissances pour favoriser l'équité consiste pour les « professeurs » à aider un système à se connecter davantage avec lui-même en diffusant les connaissances à travers le temps et l'espace.

Les écrits académiques sur la santé mondiale ont surtout été un espace réservé aux « professeurs ». Il est temps que cela change. Ce qui retient l'attention de ces derniers n'est pas nécessairement ce qui fait progresser l'équité en matière de santé. Les « professeurs » participent à l'équité lorsqu'ils font partie des processus d'apprentissage des « plombiers » et des « émancipateurs » (avec ou sans les « ingénieurs »), en les aidant délibérément à se relier les uns aux autres. Ils peuvent être des professeurs-émancipateurs

5. NdE : *To connect a system to more of itself* dans la version originale a été traduit dans cet ouvrage par « connecter un système à davantage de lui-même ». L'expression est à comprendre à la fois comme ayant un caractère appréciatif (plus connecter et mieux connecter) tout en étant porteuse d'équité (connecter à plus de ce qu'il est).

(des universitaires-activistes) (GUMBONZVANDA *et al.*, 2021 ; ESCHLE et MAIGUASHCA, 2006 ; MUSOLINO *et al.*, 2020 ; CAMPBELL et BURGESS, 2012) ou des professeurs-plombiers (universitaires-intervenants) (IRIMU *et al.*, 2018 ; ROPA *et al.*, 2019 ; YOUNG *et al.*, 2018). Ils peuvent également travailler directement avec des « ingénieurs » pour s'assurer que leurs conceptions sont basées sur les connaissances produites ou détenues par les « plombiers » et les « émancipateurs » (BARASA *et al.*, 2020 ; MONTILLA *et al.*, 2020 ; McATEER *et al.*, 2019 ; UZOCHUKWU *et al.*, 2016). Même dans ce cas, les « ingénieurs » doivent combiner une pluralité d'intérêts et de connaissances (BELGHITI ALAOUI *et al.*, 2020 ; BONVIN et LARUFFA, 2018 ; SALAIS, 2008). Les « professeurs » peuvent contribuer à relier ces divers intérêts et ces connaissances en facilitant la mise en place de plateformes de délibération au sein des groupes d'« émancipateurs » ou des groupes de « plombiers », ou entre les « émancipateurs » et les « plombiers » (BRYANT, 2002).

L'équité est politique. Les « ingénieurs » et les « émancipateurs » sont donc inévitablement politiques. Même les « plombiers » devront parfois devenir des « émancipateurs » (SCHAAF *et al.*, 2020 ; ABERS, 2019 ; O'SULLIVAN, 2015 ; BROWN et FEE, 2006). Les « professeurs » devront quant à eux souvent faire preuve de sens politique. Les utilisations et les utilisateurs de connaissances peuvent par ailleurs être changeants. Un « émancipateur » pour une cause peut en effet être un « plombier » ou un « ingénieur » pour une autre, un « ingénieur » pour un projet peut être un « plombier » ou un « émancipateur » pour un autre. Mais l'utilisation des connaissances par les « ingénieurs » pour mener à de « grandes victoires » jouit de tellement plus de visibilité qu'elle capte trop souvent l'attention des « professeurs » (BIEHL et PETRYNA, 2013, 2014 ; RICHARDSON, 2020 ; STORENG et BÉHAGUE, 2014 ; WEICK, 1984). L'utilisation des connaissances par les « plombiers » retient également l'attention de nombreux « professeurs », mais c'est loin d'être suffisant, car les « émancipateurs » captent encore moins l'attention. Les utilisations principales des connaissances (par les « plombiers » et les « émancipateurs ») passent souvent inaperçues, en partie parce qu'en dépit des petites avancées et des enseignements qui en découlent, rien ne semble changer au quotidien (WEICK, 1984). Le changement est plus évident *a posteriori*. Les travaux épisodiques des « professeurs » (destinés aux « ingénieurs ») et des « ingénieurs » (étudiés par les « professeurs ») sont beaucoup plus visibles.

Il existe d'innombrables espaces dans lesquels la connaissance peut être utilisée pour relier un système à « davantage de lui-même ». Ces espaces existent à différents niveaux organisationnels : communautés, cantons ou départements, entités infranationales ou nationales, monde entier (fig. 6). Dans chacun de ces espaces, les acteurs produisent et utilisent des connaissances en tant qu'unités primaires, parfois avec l'aide d'unités subsidiaires. Les connaissances issues des petites avancées peuvent être partagées au sein de l'espace dans lequel elles sont produites, ou bien entre des espaces de même niveau organisationnel (par exemple, entre régions ou pays) ou encore à des échelles organisationnelles différentes (par exemple, entre une communauté et un département, ou entre un pays et une entité mondiale). Le principe de subsidiarité suggère que le flux de connaissances devrait circuler à l'intérieur de ces espaces, desservir les espaces proches et les unités primaires avant d'être utilisé à des fins subsidiaires. Les quatre préceptes du principe de subsidiarité de Maria CAHILL (2017) éclairent la façon dont nous pourrions comprendre et limiter les injustices dans l'utilisation des connaissances.

Premièrement, l'injustice se produit lorsque les unités subsidiaires se substituent aux unités primaires en tant que principaux producteurs et détenteurs de connaissances. Il en va de même lorsque les unités subsidiaires ne permettent pas aux unités primaires de tirer le meilleur parti des connaissances qu'elles produisent et détiennent. L'injustice se manifeste lorsque les unités subsidiaires adoptent par défaut une approche des connaissances centrée sur les lacunes plutôt que sur les ressources ou les atouts disponibles – par exemple, en ne tenant pas compte des connaissances existantes, des efforts et des petites avancées (MORGAN, 2014). Elle se manifeste également par l'incapacité à minimiser les besoins réels en nombre d'unités subsidiaires et en n'investissant pas dans des plateformes qui permettraient aux unités primaires d'apprendre par elles-mêmes, de faire circuler les enseignements tirés des petites avancées et de se connecter davantage entre elles – par exemple, par l'examen des données de routine collectées, des délibérations ou des études d'impact (GHAFFAR *et al.*, 2020). Pour limiter ces injustices, il pourrait être nécessaire d'exiger que toute aide fournie par les unités subsidiaires le soit d'une manière qui ne diminue pas, mais au contraire, renforce la capacité et les possibilités d'apprentissage des unités primaires, par elles-mêmes et pour elles-mêmes.

Deuxièmement, il y a injustice lorsque des unités subsidiaires présument avoir le droit d'aider des unités primaires à produire ou à utiliser des connaissances alors que ces dernières n'ont formulé aucune demande explicite en ce sens – bien qu'elles en aient la capacité. Cela peut avoir pour effet de préempter la capacité des unités primaires à apprendre par elles-mêmes et à développer leurs propres structures d'apprentissage au fur et à mesure qu'elles produisent et utilisent des connaissances de manière itérative, afin d'obtenir de petites avancées. L'injustice peut aussi se manifester par l'incapacité à voir qu'en l'absence d'une demande exprimée, la seule aide qui vaille la peine d'être proposée consiste à suggérer des plateformes qui facilitent le partage des connaissances existantes et les interconnexions, d'abord « à davantage d'eux-mêmes », puis avec d'autres systèmes voisins ou des entités similaires en d'autres lieux (BAILIE *et al.*, 2018). Limiter ces injustices pourrait passer par une approbation éthique de toute aide fournie par des unités subsidiaires, potentiellement en exigeant la preuve d'une demande émanant des unités primaires (par exemple, par le biais d'un processus représentatif) ou la preuve d'une incapacité à demander de l'aide, ou encore la preuve que l'aide proposée est purement subsidiaire.

Troisièmement, il y a injustice lorsque des unités subsidiaires privilégient leurs propres perspectives, préoccupations ou besoins plutôt que d'aider un système à se relier à « davantage de lui-même » (par exemple en donnant la priorité à ce que le regard étranger tient pour « innovant » ou considère comme de « nouvelles connaissances ». Cela peut se manifester par une tendance à focaliser son énergie sur des activités subsidiaires, alors même que les unités primaires demandent de l'aide. On risque ainsi, par exemple, d'agir comme si le fait de publier était l'objectif principal d'un tel travail, même si les connaissances rassemblées dans cette publication sont dérisoires par rapport à la somme de connaissances produites en aidant les « plombiers », les « émancipateurs », voire les « ingénieurs ». Les revues universitaires, les institutions et les bailleurs de fonds gagneraient peut-être à insister sur le fait que la connaissance devrait avoir accompli son travail principal dans le monde réel avant d'être autorisée à être publiée ou utilisée à d'autres fins subsidiaires. De cette façon, les documents de recherche porteraient autant sur les « nouvelles découvertes » que sur les enseignements issus du travail primaire, lorsque ces enseignements sont utilisés pour connecter un système à « davantage de lui-même ».

Quatrièmement, il y a injustice lorsqu'il n'existe pas de structures efficaces pour régir les règles du jeu entre les unités subsidiaires et les unités primaires. Afin d'éviter que les unités subsidiaires n'affaiblissent les unités primaires d'une part, ou que les unités primaires ne deviennent trop dépendantes des unités subsidiaires, d'autre part. Cette gouvernance pourrait impliquer, par exemple, la mise en place d'un comité chargé d'examiner, de modifier ou d'interrompre l'engagement, de veiller à ce que les unités subsidiaires ne se désengagent pas unilatéralement, d'orienter l'utilisation des connaissances produites dans le cadre de l'engagement, ou de déterminer ce qui doit être publié, où et de quelle manière. Un tel comité pourrait recommander que les connaissances destinées à des usages primaires soient présentées de façon concrète, tandis que les connaissances destinées à des usages subsidiaires devraient être présentées de manière abstraite pour permettre la diffusion des idées (ABIMBOLA, 2018). Ce comité pourrait également être chargé d'approuver les publications, les signatures scientifiques et les publics visés. Il pourrait, par ailleurs, exiger leur diffusion dans des points de vente locaux et dans un format facilement accessible aux unités primaires concernées.

Les écrits académiques dans le champ de la santé mondiale doivent développer des moyens plus justes et plus inclusifs lui permettant de prendre en compte tous types de connaissances, en particulier celles produites par et pour les « plombiers » et les « émancipateurs ». Elle doit ainsi s'ouvrir aux différents modes de partage des connaissances en considérant les savoirs déjà produits et disponibles. Les constantes pré-occupations concernant le manque de représentativité d'auteurs locaux dans la signature scientifique doivent aussi être comprises comme un manque de représentativité des connaissances disponibles dans la littérature, ou comme un manque de représentativité des personnes qui sont pourtant les bénéficiaires prioritaires de cette production académique. Pour évoluer, la littérature en santé mondiale devra donc adopter un ensemble de principes privilégiant par défaut les connaissances pratiques, produites et détenues par les « plombiers » et les « émancipateurs », dans des niveaux d'organisation proches. Les « professeurs » devront investir autant de temps, d'énergie et de ressources à la plomberie et à l'émancipation, à l'aide à la connexion des unités entre elles et au renforcement des systèmes de collecte de données de routine, qu'ils n'en mettent à lancer de nouvelles recherches. Par ailleurs, le renforcement des connexions et des systèmes de collecte de données rendra redondantes une grande partie des recherches.

Les présupposés qui renforcent notre système de valeurs et de prestige dans le champ académique de la santé mondiale sont essentiellement extractifs et donc coloniaux. Ces hypothèses font que les écrits se lisent comme si des acteurs subsidiaires se parlaient entre eux en se faisant l'écho d'actions subsidiaires. Ils nous entraînent sur les chemins de l'injustice. En concentrant la valeur d'une étude sur sa publication et en considérant que ce qui n'est pas publié n'est pas su, nous sommes injustes. En choisissant de privilégier l'épisodique au détriment du quotidien, nous sommes injustes. En ne priorisant pas ce qui est primaire par rapport à ce qui est subsidiaire dans nos utilisations de la connaissance, nous sommes injustes. En choisissant de ne pas voir, de ne pas partager et de ne pas diffuser les petites avancées, nous sommes injustes. En renforçant l'idée que la validité externe et les mesures standardisées sont plus importantes que l'utilisation et la pertinence locales, nous sommes injustes. En pensant, enfin, que notre rôle principal consiste à produire de « nouvelles » connaissances plutôt que d'aider à reconnecter un système, n'importe quel système, à « davantage de lui-même », nous sommes injustes.

Il ne s'agit pas d'opposer une utilisation de la connaissance à une autre. Le principe de subsidiarité ne concerne pas tant ce qu'il faut faire ou ne pas faire, mais ce qu'il faut privilégier. Il s'agit d'un appel à repenser la relativité de notre focale, nos préoccupations, nos priorités, et notre regard. Afin de privilégier par défaut le regard local et d'engager un effort d'imagination qui permette à un acteur étranger (ou subsidiaire) de parler ou d'écrire à partir d'une posture locale (ou primaire). Il s'agit finalement d'un appel à une plus grande rigueur scientifique afin de réorganiser la hiérarchie des valeurs qui façonnent nos hypothèses sur le savoir, et à reconnaître où se trouve la grande majorité des connaissances utilisées pour faire progresser l'équité en matière de santé. C'est aussi le témoignage d'un déficit intellectuel dans le champ de la santé mondiale académique (ABIMBOLA et PAI, 2020), qui recoupe le problème de la pensée coloniale, mais pas complètement. Car le principe de subsidiarité nous montre comment nous tombons par défaut dans l'injustice, mais suggère également qu'une vision alternative de la santé mondiale académique et de sa littérature est possible.

CHAPITRE 6

LA DIGNITÉ DU SPECTATEUR

« Toute narration place le spectateur dans une position d'agentivité »

Manthia DIAWARA (1990)

Quand j'étais enfant, des enseignants nigériens, qui enseignaient un programme scolaire nigérien, approuvé par le gouvernement nigérien, dans les écoles publiques nigérianes, m'ont appris que le fleuve Niger, le plus grand fleuve d'Afrique de l'Ouest, avait été découvert en 1796 par Mungo Park, un explorateur écossais. J'ignorais alors que cela ne pouvait pas être vrai, qu'il n'était pas possible, pour un étranger, de découvrir quelque chose qui avait toujours appartenu à un autre peuple, que la notion de découverte ne s'appliquait pas dans ce contexte. À l'adolescence, j'ai progressivement commencé à comprendre qu'il s'agissait d'un mensonge, comme beaucoup d'autres choses qu'on m'avait enseignées à l'école, afin d'effacer sciemment le savoir et l'agentivité de mes ancêtres. C'est ainsi que le système éducatif nigérien servait les intérêts de l'Empire britannique.

Il existe pourtant une manière d'apprendre aux écoliers britanniques qu'un de leurs ancêtres a découvert un fleuve dans la lointaine Afrique de l'Ouest. Après tout, les Britanniques ne savaient pas que celui-ci existait jusqu'à ce que Mungo Park en rapporte l'existence. L'affirmation d'avoir « découvert » un tel fleuve, « Hé, regarde ce que j'ai trouvé là-bas ! », peut se justifier lorsqu'on s'adresse à un public qui ignore jusque-là son existence, un public éloigné et pour le compte duquel cette découverte a été faite. Le public auquel s'adresse la revendication d'une découverte est un élément

déterminant, qui lui donne son sens. Comme dans la citation du cinéaste et chercheur malien Manthia Diawara dans l'épigraphe de cet essai, « toute narration place le spectateur dans une position d'agentivité » (DIAWARA, 1990). Pourtant, ce qu'on m'a enseigné lorsque j'étais enfant ne nous a pas placé, mes ancêtres et moi, dans une telle position. Cela bafouait notre dignité en tant que sachants, en tant que personnes dont la connaissance du fleuve comptait. Nous avons tous droit à la dignité, car chacun d'entre nous possède certaines caractéristiques éthiques importantes. L'une de ces caractéristiques humaines est que nous sommes des sachants.

En tant qu'universitaire qui étudie les systèmes de santé, je fais le constat de ce déni de « dignité en tant que sachant » au cœur du travail de la recherche universitaire. C'est particulièrement vrai dans un domaine comme le mien, où les affirmations de ce qui est vrai ou nouveau reposent avant tout sur un public primaire qui est justement lui-même à l'origine de ces connaissances (BHAKUNI et ABIMBOLA, 2021). Ce déni de dignité se manifeste, par exemple, dans l'acceptation sans discussion qu'une revue universitaire au Royaume-Uni puisse faire pour le Nigéria ce qu'elle fait pour le Royaume-Uni. Un chercheur qui étudie les façons d'améliorer le système de santé au Nigéria considérera une revue britannique comme une plateforme de publication enviable ; un tel choix découle d'un conditionnement colonial, d'une éducation et d'une socialisation qui place l'Europe au centre du monde.

Philosophical Transactions of the Royal Society est la plus ancienne revue scientifique (ANDRADE, 1965 ; FYFE *et al.*, 2015 ; DOLBY, 1977). Cette revue, qui existe toujours, a été publiée pour la première fois en 1665, lorsque la presse d'imprimerie, une invention révolutionnaire, a été utilisée en masse pour la publication de textes laïques (non religieux), à l'époque où les magazines et les périodiques ont commencé à être largement diffusés (DOLBY, 1977 ; EISENSTEIN, 1979, 2005). Le développement de ces revues scientifiques facilitait le partage d'idées et de découvertes entre chercheurs ayant des intérêts communs. Les groupes de savants étaient devenus si nombreux que les réunions physiques n'étaient plus suffisantes. Grâce aux progrès techniques de l'imprimerie, ces revues ont contribué à une révolution scientifique en Europe à la fin des années 1600 (DOLBY, 1977 ; EISENSTEIN, 1979, 2005 ; COHEN, 1994 ; MOKYR, 2005). Ces publications se sont rapidement imposées en tant que plateformes autour desquelles des communautés scientifiques ont émergé, se sont structurées et se sont constituées en réseau pour critiquer, corriger, tester, transformer et diffuser mutuellement les idées et les découvertes. Aujourd'hui encore,

nous continuons à nous appuyer sur les revues et leur fonction cruciale de lien entre scientifiques, une connexion qui suscite l'étincelle intellectuelle si souvent nécessaire aux progrès de la science.

Le titre complet original des *Philosophical Transactions of the Royal Society* était *Philosophical Transactions, Giving some Account of the present Undertakings, Studies, and Labours of the Ingenious in many considerable parts of the World*. Cette publication était cependant bien enracinée en Angleterre (ANDRADE, 1965). « *World* » désignait l'Europe et les pays qu'elle avait envahis ou s'était appropriés, « *Ingenious* » les Européens, parfois installés loin de leur patrie. Consacrées à la « philosophie de la nature » (c'est-à-dire aux sciences physiques et de la vie), *Philosophical Transactions* était le genre de revue qui permettait de signaler la découverte du fleuve Niger ou de tout autre phénomène naturel du même type. Le champ de la « philosophie de la nature » a ainsi produit des connaissances que l'on jugeait universelles ou généralisables – soit des sciences naturelles, dont on pourrait s'attendre à ce qu'elles se développent et remplissent leur fonction, quel que soit le lieu où se trouve leur public. Des connaissances telles que : qu'est-ce que l'indice de réfraction d'une lentille ? De quoi est constitué ce nouveau virus ?

Pourtant, même les auteurs en sciences naturelles choisissent leur langage, utilisent des cadres de référence ou se basent sur des connaissances présumées acquises en rapport avec leur public. Les premières revues scientifiques ne mettaient pas seulement en relation des personnes partageant un même objectif, les auteurs et le public partageaient souvent une vision commune du monde. La communauté reliée par les *Philosophical Transactions of the Royal Society* était européenne. Dans les années 1800, si une équipe de chercheurs européens en « médecine tropicale », travaillant dans une ville d'Afrique de l'Ouest, « découvrait » une maladie nouvelle pour les Européens (mais bien connue des locaux de cette région), elle publiait son article dans une revue. Leurs pairs européens prenaient alors connaissance de leurs conclusions en ignorant tout des connaissances locales préexistantes et des interprétations de la maladie par les Ouest-Africains. Car les savoirs locaux n'étaient pas le point de départ des recherches.

Ceci ne représente pourtant qu'un aspect de l'histoire. Le *contenu de ce qui est partagé* est une chose, avec des nuances qui sont ignorées en raison de la méconnaissance du public européen et des données erronées ou appréhendées de façon incomplète par des chercheurs sans interlocuteurs locaux ouest-africains. Les *conséquences de la façon dont le contenu est partagé* en sont une autre, avec des occasions manquées de relier entre elles les connaissances

et les interprétations d'une maladie d'une région à l'autre de l'Afrique de l'Ouest. Une découverte en Europe par des chercheurs européens aurait, au contraire, permis une telle connexion. Au lieu de s'appuyer sur les connaissances et les interprétations concernant une maladie existant en Afrique de l'Ouest, toute « découverte » est rapatriée en Europe où ces connaissances sont consignées sur une page blanche, générant des impostures et des interprétations inexactes. Ce qui est publié est par conséquent erroné faute de respect pour la dignité des Ouest-africains en tant que sachants.

La découverte d'une maladie est un point médian le long d'un axe. C'est le point d'intersection entre le monde naturel et le monde social, l'endroit où l'aspect du monde naturel que l'on commence à déchiffrer prend une signification sociale. À une extrémité de cet axe se trouve un monde naturel, qui n'est pas touché par le social – par exemple, comment le volume varie-t-il en fonction de la pression ? Inversement, le monde social n'est quasiment pas affecté par le monde naturel – par exemple, comment les cadeaux fonctionnent-ils en tant que monnaie d'échange ? Mais au milieu de l'axe surgissent des questions telles que : comment une nouvelle maladie se manifeste-t-elle ? Comment les gens y réagissent-ils ? La notion de public visé compte alors beaucoup, en particulier sur l'extrémité sociale de l'axe, car le questionnement porte sur les systèmes sociaux, et les connexions sont le grand sujet. Ce que l'on connecte, ce sont des communautés de personnes, des scientifiques, des activistes, des décideurs, des praticiens et des gens ordinaires. Comme la théoricienne américaine des systèmes Margaret Wheatley l'expliquait : « Pour créer un système plus sain, reconnectez-le à davantage de lui-même [...] afin qu'il puisse en apprendre plus de lui-même sur lui-même. » (WHEATLEY, 2001).

Au xx^e siècle, si une équipe de chercheurs américains avait mené une étude sur l'organisation sociale en matière d'assainissement ou de priorisation des questions de politique de santé féminine à Lagos, au Nigéria, et qu'elle avait choisi de publier ses résultats dans une revue américaine, on aurait pu se demander à quel système ils cherchaient à se connecter pour « davantage d'eux-mêmes ». S'ils avaient publié une étude sur l'assainissement et la santé des femmes dans le Michigan ou l'Alabama dans une revue américaine, la réponse serait alors claire ; elle l'est beaucoup moins pour la même étude menée au Nigéria. Et si l'étude sur le Nigéria pouvait apporter des enseignements sur celle menée aux États-Unis d'Amérique ? Après tout, ces pays sont tous deux de grande taille et administrés par un gouvernement fédéral. Si c'était le cas, aussi utile que cet article puisse être

pour les États-Unis d'Amérique, il ne pourrait pas servir à relier le Nigéria à « davantage de lui-même » de la même manière et dans une même mesure. L'article écrit pour un public américain serait, en effet, nécessairement différent de celui rédigé pour les Nigériens. Et cette différence ne serait pas seulement due au lieu de publication, mais également à la manière dont l'article serait rédigé, aux connaissances préalables utilisées pour définir le cadre de la recherche et à l'objectif sous-tendant l'analyse et l'interprétation des données.

Quel est alors l'intérêt des articles universitaires s'ils échouent si souvent à ce simple test de connexion ? Ils échouent parce que réussir ce test n'a jamais été leur objectif principal, même si cela devrait l'être. C'est qu'il existe un présupposé tacite, profondément ancré, selon lequel la localisation ou la nature du public visé n'a finalement pas d'importance, et ce qui compte dans le choix de la revue de publication est avant tout son prestige et sa visibilité. Cette hypothèse ne peut être soutenue que si l'on croit réellement que le *British Medical Journal* peut éventuellement faire pour le Nigéria ce qu'il fait pour le Royaume-Uni. Depuis le XIX^e siècle, le *British Medical Journal* a, en effet, contribué à mettre en relation des universitaires, des activistes, des décideurs et des praticiens afin d'améliorer la santé et l'équité au Royaume-Uni (SMITH, 2006 ; FRAMPTON, 2020a, 2020b). La publication régulière des taux de mortalité par quartiers a accompli un travail similaire dans le Royaume-Uni du XIX^e siècle. Au fil du temps, cela a conduit à des comparaisons et à des apprentissages croisés, à des débats sur les causes de décès et les différences de taux, ainsi qu'à des efforts visant à réduire les taux de mortalité pour égaler ceux des districts les plus performants (CROOK, 2016). Ces taux « mettaient en lumière les zones qui étaient en avance et celles qui étaient en retard ou, comme on l'exprimait parfois, les gagnants et les perdants. En fin de compte, c'était une question de fierté civique » (CROOK, 2016). De la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle, les journaux locaux et nationaux du Royaume-Uni et les revues médicales, notamment le *British Medical Journal*, ont régulièrement publié les taux de mortalité et les commentaires les interprétant à l'intention du public, des politiciens, des praticiens de la santé et des décideurs. Cela a contribué à une période d'améliorations significatives de la santé et de l'équité au Royaume-Uni, avec une dynamique similaire ailleurs en Europe occidentale et en Amérique du Nord (CUTLER *et al.*, 2006 ; COSTA et KHAN, 2017).

Aujourd'hui, si une équipe de chercheurs nigériane mène une étude sur l'organisation des systèmes de santé au Nigéria, publier ses travaux dans une revue américaine sera considéré comme un aboutissement enviable sur le plan du prestige et de la visibilité internationale. Pourtant cela les contraindra dans leur choix de problématique (les questions soulevées plairont-elles à un public américain ?), de méthode (les universitaires américains les considéreront-ils comme avant-gardistes ?), de cadrage (la recherche correspond-elle à un thème qui intéresse les universitaires américains ?), de langage (un public américain le comprendra-t-il ?) ou de recommandations (un public américain les trouvera-t-il acceptables ou réalisables ?) et, au final, cela nuira à leur travail pour le Nigéria. Une étude de grande valeur pour le Nigéria peut ne pas avoir de pertinence pour les États-Unis d'Amérique, voire être incompréhensible pour le public américain. Le lieu de publication prévu par un chercheur peut donc corrompre les choix qu'il fait concernant son objet de recherche, son approche, sa méthodologie et la manière dont il va présenter ses recherches.

Nous avons créé – ou on nous a transmis – une infrastructure de la connaissance bâtie sur un principe qui ignore ce qui est potentiellement sa fonction fondamentale : connecter un système « à plus que lui-même ». Que cela soit fait par des universitaires ouest-africains, européens, nigériens ou américains, que nous soyons au XIX^e, au XX^e ou au XXI^e siècle, l'effet reste le même. Cela n'est pas juste et cela ne l'a jamais été, nulle part, et à aucun moment de l'histoire. La création, l'utilisation et la diffusion des connaissances perpétueront des impostures et favoriseront des interventions injustifiées tant que la dignité du public ou celle des personnes qu'elles devraient connecter n'est pas respectée, en particulier quand il s'agit de leur dignité en tant que sachants.

En 1911, le philosophe allemand Hans Vaihinger a publié son chef-d'œuvre, qui sera plus tard traduit en anglais sous le titre de *The Philosophy of "As If": a System of the Theoretical, Practical and Religious Fictions of Mankind*⁶ (VAIHINGER, 1924). Dans cet ouvrage, il soutient que nous acceptons volontiers des notions que nous savons être fausses ou fictives pour pouvoir fonctionner dans un monde complexe. Nous construisons des explications

6. NdT : *La philosophie du « comme si » : système des fictions théoriques, pratiques et religieuses de l'humanité* en français.

fictives du fonctionnement du monde social, et faisons « comme si » ces explications reflétaient la réalité. Les limites cognitives inhérentes à l'humanité ne nous permettent pas de fonctionner autrement. Nous pensons le monde en histoires et nous donnons un sens au monde au travers de métaphores. Ces histoires et ces métaphores sont socialement produites, utilisées, renforcées et transmises. Lorsque nous tentons de décrire une réalité sociale ou de la changer, nous puisons dans ce stock d'histoires. L'ancienne parabole indienne des personnes aveugles et de l'éléphant constitue l'éternel exemple d'un tel processus (fig. 7). Dans cette parabole, l'éléphant est une métaphore qui représente la complexité et ce qui est difficile à saisir – un système ou une réalité sociale, par exemple. En tant que plus grand animal terrestre vivant, l'éléphant est souvent utilisé dans des métaphores à travers le monde. Quand les Yoruba veulent vous inciter à reconnaître un fait, une personne ou un événement important, ou s'ils vous sermonnent pour ne pas l'avoir fait, ils disent : *T'abá r'érin, ká sọ pé a r'érin, àjànàkú kojá mo rí nkan firi* (« Quand vous voyez un éléphant, la seule façon de décrire ce que vous venez de voir, c'est de dire "je viens de voir un éléphant". Vous ne pouvez pas dire que vous avez vu quelque chose passer en trombe »). Un éléphant est trop imposant, trop inimitable pour être confondu avec quoi que ce soit d'autre, pour être décrit autrement. Mais que se passe-t-il si vous ne pouvez pas le voir ?

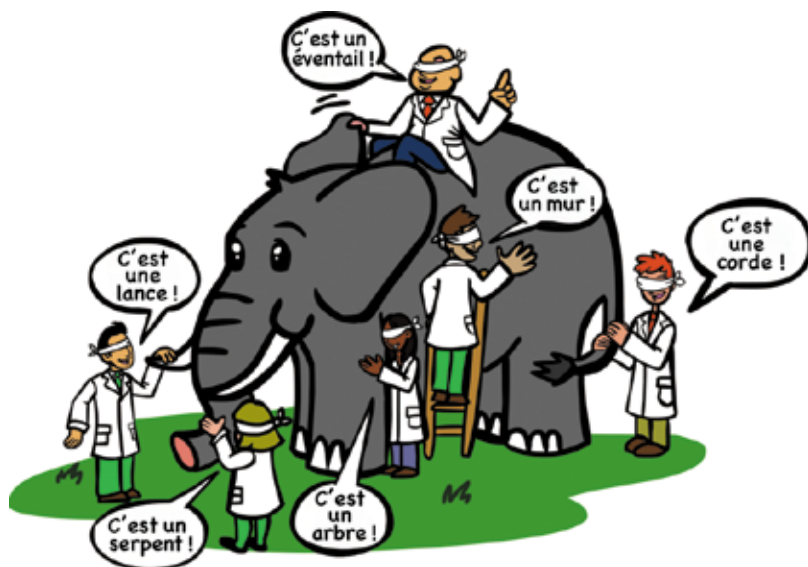


Figure 7 | Six personnes aux yeux bandés et un éléphant.

Source : DIRECTIONAL CHURCH BOARD MEMBERS (2019).

Dans la parabole indienne, six personnes aveugles, qui n'ont jamais vu d'éléphant, tentent d'en décrire un en étant placées près de différentes parties de l'animal et en s'aidant uniquement de leur sens du toucher. Ces personnes aveugles utilisent des métaphores pour décrire l'éléphant en fonction de ce qu'elles perçoivent. Celle qui se tient près de la queue pense que l'éléphant est une corde ; celle qui est à côté de la trompe pense qu'il s'agit d'un serpent ; la personne tenant une oreille pense que c'est un éventail ; la jambe évoque un tronc d'arbre pour une autre ; celle qui touche le flanc pense qu'il s'agit d'un mur ; enfin, la personne qui touche la défense indique que c'est une lance. La perception de chacune d'entre elles est partiellement juste, mais fausse dans sa globalité. Un éléphant représente plus que la somme de toutes les métaphores de ses parties. Dans une reprise populaire de cette parabole (SAXE, 1873), il est dit que la discussion s'envenime entre les six personnes aveugles, qui n'ont pas eu la chance de partager leurs notes ou d'échanger leurs positions. Mais s'ils se parlaient, s'ils se déplaçaient et sentaient les différentes parties de l'animal, ils pourraient ensemble comprendre à quoi ressemble vraiment un éléphant (THATAMANIL, 2020).

Votre description d'un système social ou d'une réalité sociale en dit long sur le public que vous visez, mais comme le montre cette parabole, sur où vous vous situez. En effet, votre récit en dit plus sur votre position (posture) et sur votre public supposé (regard) qu'il n'en dit sur le système ou la réalité que vous cherchez à décrire. Le public doit connaître les métaphores à l'avance, car pour reprendre les mots de Vaihinger, il doit être capable de reconnaître ces « fictions utiles ». Ce que l'on passe souvent sous silence avec cette parabole, c'est l'auditoire vers lequel sont destinées les réflexions des six personnes aveugles. Le public visé doit savoir ce que sont une corde, un serpent, un éventail, un tronc d'arbre, un mur et une lance. Chaque objet doit avoir la même signification pour chacun des aveugles qui construisent la métaphore et pour ceux qui les écoutent. Sans avoir en commun ces « fictions utiles », leurs tentatives de connexion échouent. Nous autres humains, grandissons en apprenant, par nos interactions quotidiennes, à formuler nos messages à partir des fictions utiles que nous partageons avec nos interlocuteurs. Nous apprenons ainsi à respecter la dignité de notre public en tant que sachants.

Il existe, par ailleurs, une autre façon dont les fictions utiles opèrent au sein de la parabole. Dans la version populaire du récit, on part de l'hypothèse selon laquelle les personnes aveugles tirent des conclusions hâtives

et pèchent par excès de confiance quant à ce qu'ils peuvent deviner rien qu'en touchant une partie d'un objet. Mais l'auteur et théologien australien John Hull, devenu aveugle à l'âge de quarante ans, soutient que « c'est précisément une chose que les aveugles ne font pas et ne peuvent pas se permettre de faire. [...] Les aveugles comprennent fort bien cela ». Il explique que la découverte tactile est volontairement lente, graduelle, patiente et incrémentale (HULL, 2013). Les conteurs, vraisemblablement voyants, se sont basés sur des suppositions concernant les personnes aveugles qu'ils ne pouvaient formuler qu'en leur absence ou sans respecter leur dignité en tant que sachants. Cette métaphore, comme d'autres fictions utiles, reflète la posture et le regard de ceux qui l'ont conçue, et risque de perpétuer la contre-vérité selon laquelle les personnes aveugles sont soit irréflechies, soit peu crédibles en tant que sachants.

En revisitant l'œuvre de Hans Vaihinger plus de cent ans plus tard, le philosophe et auteur américano-anglo-ghanéen Kwame Anthony Appiah développe certaines implications des idées de Vaihinger dans son livre *As If: Idealisation and Ideals* (APPIAH, 2017). Appiah nous rappelle que l'« élégante simplicité » des fictions utiles – une illustration au trait, une équation mathématique, une formule chimique ou une abstraction conceptuelle – met en relief certaines caractéristiques de ce qu'elles décrivent. Selon Appiah, nous avons parfois besoin de ces fictions utiles, car ce que nous voulons décrire, les caractéristiques sur lesquelles nous voulons nous focaliser, ce que nous cherchons à analyser ou à comprendre « ne devient lisible qu'au prix d'une perte d'exactitude ». Mais cette lisibilité, aussi partielle et incomplète soit-elle, peut être séduisante. Pourtant, nous nous égarons en tenant ces fictions pour vraies et en les prenant pour des représentations complètes de la réalité. Nous sommes trompés par les fictions que nous créons. Appiah soutient que lorsque des fictions utiles fonctionnent, c'est parce que « nous les utilisons en deux étapes – d'abord en ignorant un certain nombre de phénomènes et en construisant une modélisation du monde qui se passe d'eux, ensuite, une fois que nous avons saisi comment ce modèle fonctionne, en réintégrant progressivement de plus en plus de ces phénomènes du monde réel ». Nous sautons malheureusement trop souvent la deuxième étape.

Séduits par les modèles que nous avons créés, nous négligeons le fait que nos conceptions du monde sont incomplètes. Nos fictions utiles

sont ainsi renforcées, renvoyées par un public qui nous ressemble et dont nous respectons la dignité en tant que sachants. Mais que se passe-t-il lorsque notre modèle s'intéresse à l'univers des autres, aux personnes qui sont exclues du public que nous visons ? C'est ce genre d'exclusion qui rend possibles la revendication de la « découverte du fleuve Niger » ou la parabole des personnes aveugles et de l'éléphant. C'est ce qu'il advient si l'une des personnes aveugles, disons celle qui se tient à côté du flanc de l'éléphant, est condamnée à rester immobile et qu'elle ne peut s'adresser à d'autres personnes aveugles qui n'ont elles aussi que connu cette position. Elles pourraient toutes être absolument persuadées que l'éléphant est un mur et il pourrait être difficile de les convaincre du contraire. Nous autres chercheurs, sommes souvent cette personne aveugle et restreinte – à la différence que, dans notre cas, c'est nous qui nous imposons cette immobilité – alors que les cinq autres ont pourtant une expertise directe et une expérience vécue en tant qu'activistes, décideurs politiques, praticiens ou personnes ordinaires. Cette personne aveugle qui s'entrave elle-même peut, par ailleurs, être étrangère de bien des manières – le travail à distance pouvant être marqué par un éloignement géographique, un rapport de domination, des différences de genre, de classe sociale, de caste ou de statut –, tandis que les cinq autres personnes aveugles occupent des positions de proximité.

Si l'endroit d'où nous nous positionnons limite ce que nous pouvons appréhender et si les fictions utiles sont socialement construites en fonction de cet endroit et de qui se trouve à portée de voix, la tâche qui consiste à connecter un système à « davantage de lui-même » impose alors certaines responsabilités. Respecter le public que nous visons nous aide de ce fait à garder les pieds sur terre. Utiliser le même registre de langue que le public que l'on vise permet dans un même élan d'enrichir nos fictions utiles en nous mettant en phase ou en incluant les leurs aux nôtres. Nous renouvelons ainsi notre modèle de compréhension du monde avec de nouvelles fictions utiles : les nôtres, les leurs, celles des autres. Pour cela, nous devons d'abord reconnaître qu'il existe d'autres fictions utiles et que la nôtre est incomplète. Comme Appiah le déclare, « notre meilleure chance de comprendre le monde est forcément d'avoir une pluralité de façons de le penser » (APPIAH, 2017). Nous devons ensuite relier entre elles ces voies plurielles. Mais chaque façon de penser le monde doit avoir une chance de s'épanouir de plein droit, là où elle se trouve. Sinon, ces fictions utiles sont inégalement reliées.

Dans un film documentaire sur la vie et l'œuvre de l'écrivaine afro-américaine Toni Morrison intitulé *The Pieces I Am*, celle-ci décrit sa façon de travailler de la manière suivante : « Je voulais parler [aux Noirs] [...]. La première chose que j'ai dû faire était d'éliminer le regard blanc... Ce petit homme blanc perché sur votre épaule, qui vérifie tout ce que vous faites et tout ce que vous dites. Je voulais le déloger de là » (GREENFIELD-SANDERS, 2019). Pour un auteur ou un scientifique, le choix du regard ou du public visé – dans la mesure où ce choix leur est offert – est une question de connexion, de réactivité, de transparence, de responsabilité, de rétroaction, de connaissance de soi collective ainsi que de qualités relationnelles qui contribuent à la bonne santé d'un système. Mais un écrivain, un spécialiste des sciences naturelles ou des sciences sociales n'est pas réduit à un seul type de public « local ». Ce public peut inclure des scientifiques, des militants, des praticiens, des décideurs politiques et des personnes ordinaires situées ailleurs. Connecter un lieu ou un système à « davantage de lui-même » signifie que tous ces acteurs peuvent se parler, s'écouter et dialoguer les uns avec les autres. Chaque lieu doit donc avoir la possibilité de tisser ses propres liens, avant de se connecter aux autres.

Servir un public local et lui être redevable ne signifie pas que vous n'êtes pas pertinent au-delà de l'espace local. C'est, au contraire, cela même qui vous *rend* pertinent en dehors de cet espace. Selon les mots de Toni Morrison, « je n'ai jamais demandé à Tolstoï d'écrire pour moi, une petite fille de couleur de Lorain, dans l'Ohio [...]. Si j'essayais d'écrire un roman universel, il serait insipide » (MORRISON, 1994). Ce besoin de singularité, de parvenir à trouver l'universel dans le spécifique, était ce que l'écrivain afro-américain James Baldwin exprimait lors d'une interview : « C'est Dostoïevski et Dickens qui m'ont montré que les choses qui me tourmentaient le plus étaient justement celles qui me reliaient à tous les gens, morts ou vivants » (HOWARD, 1963). Ce que vous proposez au monde en tant qu'écrivain, en tant que personne qui étudie et interprète les systèmes et les réalités sociales, ce que votre point de vue apporte au monde s'enrichit énormément lorsque vous vous adressez en priorité à un public local, qui connaît et entretient un lien intime avec le sujet.

Notre conception de la communication scientifique est engluée dans un passé où le « monde » se réduisait à l'Europe et ses avant-postes. Elle a

besoin d'être actualisée, en particulier dans les domaines de recherche qui, pour servir leurs objectifs, ont besoin d'un public de sachants locaux. Ce que nous avons fini par accepter comme constituant la structure des articles de recherche est en fait un outil de création de fictions utiles, car un document de recherche est nécessairement un récit construit. Son élaboration met ainsi l'accent de façon sélective sur certaines caractéristiques de la science et en occulte d'autres. Et les caractéristiques qui sont délaissées sont malheureusement souvent celles qui pourraient le relier à un public de sachants locaux. Si nous tenons à assumer la responsabilité scientifique qui consiste à connecter un système à « davantage de lui-même » et à respecter la dignité des personnes de ce système en tant que sachants, nous devons alors modifier la structure de nos articles de recherche. Ce que la structure traditionnelle des articles de recherche laisse de côté est souvent beaucoup plus important que ce qu'elle inclut. Les fictions utiles que nous créons sous cette forme doivent être enrichies en réintroduisant une partie de ce que nous avons pris l'habitude d'exclure.

Dans l'introduction ou au sein de la rubrique « contexte » habituelle d'un article de recherche, nous affirmons que nous comblons des lacunes dans la littérature scientifique et nous faisons *comme si* cette littérature était dépositaire de toutes les connaissances disponibles (« comme si » est à comprendre ici comme une fiction utile). Pourtant, les gens savent souvent ce que la littérature ne sait pas. Et bien qu'il existe parfois des lacunes dans la littérature, le besoin le plus essentiel reste celui de combler les lacunes dans les connaissances de personnes réelles et les liens manquants entre des personnes réelles dans des lieux réels. Lorsque nous respectons la dignité des sachants dans ces lieux, nos recherches se basent sur ce que ces personnes savent déjà, sur l'utilisation qu'elles font de ces connaissances et sur leurs besoins d'apprentissage – pas sur des lacunes vaguement définies au sein de la littérature scientifique mondiale. Si nous partons de ce qui est connu ou inconnu dans un lieu donné, les besoins en apprentissage deviennent différents et nous prenons alors conscience des véritables lacunes dans les connaissances de personnes bien réelles qui doivent être comblées ou des connexions entre ces personnes qui doivent être établies ou renforcées.

Les outils d'interprétation, les cadres conceptuels ou les fictions utiles qui façonnent les lacunes en matière de production de connaissances et de connexions dans un lieu donné sont essentiels pour déterminer

la méthode que nous utilisons pour étudier un problème ou répondre à une question de recherche dans ce même lieu. La rédaction de la rubrique « méthodes » devrait donc être un exercice de juxtaposition des fictions utiles. La méthode ne devrait pas, en effet, être choisie en fonction d'un critère de rigueur arbitraire ou des préférences du chercheur, mais en fonction de ce qui contribue à une conversation durable sur les connexions et l'apprentissage dans ce lieu donné. Car l'expérience de la conduite de l'étude fait autant évoluer les points de vue des chercheurs qu'elle génère des connaissances et facilite les connexions. La rubrique « résultats » ne devrait donc pas seulement englober ce que les chercheurs ont trouvé, mais aussi ce qu'ils ont appris. Comment nos méthodes et nous-mêmes avons changé ? Comment avons-nous modifié et enrichi nos fictions utiles ? Comment de nouvelles connaissances ou le renforcement des connexions ont aidé à résoudre des problèmes réels pour des personnes réelles dans le lieu étudié ?

Dans la rubrique « discussion », les résultats ne doivent pas seulement être mis en rapport avec ceux des écrits scientifiques existants. Cette discussion doit bien davantage se faire avec le lieu concerné, le lieu où les connaissances ont été produites. La discussion devrait porter sur la façon dont les résultats ont contribué à l'apprentissage et à l'action au niveau local. Les recommandations devraient être ce que les personnes sur place (et non les chercheurs) veulent faire ou obtenir, par une collecte et une documentation systématique. Une étude n'est en effet pas prête à être publiée tant que ce cycle de connexion n'est pas achevé. Ce que nous avons produit jusqu'à ce stade peut être rédigé et publié en prépublication, sous la forme d'un « article en cours d'élaboration », mais le manuscrit complet ne doit pas être considéré comme prêt à être soumis à l'examen par les pairs ou publié dans sa forme finale tant que le cycle de connexion d'un système à « davantage de lui-même » n'a pas été achevé.

Au-delà de la réorganisation des modèles que nous utilisons pour construire nos fictions utiles sur ce qui advient pendant une recherche, nous devons remettre en question nos modalités de diffusion des connaissances produites. La plateforme traditionnelle de communication scientifique – à savoir les revues académiques – est également partielle et incomplète dans sa vision du monde. Elle a été conçue pour une autre époque, un autre lieu et dans un autre but. En réimaginant le rôle des revues, nous pourrions réintégrer ce que nous avons exclu jusqu'à

présent. Il est temps d'abandonner l'idée que les revues scientifiques locales – qui créent des liens locaux dans le respect de la dignité des publics locaux en tant que sachants – sont inférieures, car les revues européennes et nord-américaines sont aussi des revues locales qui s'adressent principalement à leur public local. Même lorsqu'une revue n'est pas définie par une aire géographique, dans son nom ou son périmètre d'action, mais qu'elle sert un champ de recherche ou une discipline donnée, elle porte toujours les empreintes intellectuelles – c'est-à-dire les fictions utiles – du lieu d'origine de ce champ ou de cette discipline. Les revues locales renforcent ainsi les systèmes locaux. En établissant et en soutenant des revues locales, en les alimentant en contenus, nous pouvons contribuer à les mettre au service du renforcement des systèmes locaux, en dehors de l'Europe et de ses avant-postes. Ou alors, il est peut-être temps d'imaginer de nouvelles plateformes finalement mieux adaptées à cet objectif que les revues.

Depuis la publication des premières revues, il y a presque 400 ans, la communication scientifique n'a guère changé, même avec l'arrivée d'Internet, qui avait pourtant le potentiel de créer de nouvelles formes de diffusion et des plateformes capables de démocratiser et de décentraliser les systèmes de connaissances. Le fait que les articles de recherche et les revues scientifiques restent le mode par défaut de communication scientifique pour la santé mondiale est un anachronisme remarquablement tenace. Il est temps d'abandonner les conceptions élaborées au nom des sciences naturelles (non sociales) selon lesquelles la connaissance doit avant tout être rassemblée dans une optique d'universalité. Cette conception n'est pas adaptée à la création de connaissances construites socialement, utilisées et diffusées localement ; lorsque la nouveauté, la pertinence et la résonance sont déterminées localement ; lorsque nous devons respecter la dignité du public local en tant que sachants pour éviter les fausses hypothèses ou les conclusions erronées.

Dans les communautés scientifiques qui ne sont pas uniquement européennes, ou qui ne le sont pas du tout, nous devons examiner dans quelle mesure nos fictions utiles habituelles doivent être actualisées. Nos choix en matière de formes de diffusion et de plateformes pertinentes pour la communication scientifique ne relèvent pas seulement de la science. Ils relèvent également de l'éthique, de ce qui est moralement bien ou mal. Dans tout domaine où nous décrivons autrui, les décisions concernant le regard ou le public visé sont en même temps des décisions relatives

à l'éthique. Elles ne sont jamais neutres. Lorsque nous agissons comme s'il ne s'agissait pas de choix éthiques, nous risquons de dénigrer la compréhension des sachants locaux. Comme si l'on racontait la parabole des six personnes aveugles et de l'éléphant à une personne non voyante, ou comme si un instituteur nigérian irréfléchi enseignait aux enfants nigériens qu'un fleuve connu depuis toujours par leurs ancêtres avait en fait été découvert par un explorateur européen. Que nous en soyons conscients ou pas, ne pas respecter leur dignité en tant que sachants équivaut à un détournement cognitif (*gaslighting*) de notre part.

CHAPITRE 7

ÊTRE LÉSÉ EN TANT QUE SACHANT

« En formulant cette expérience de façon à la rendre acceptable aux yeux de ceux qui auraient été en mesure de la soulager, ils ont tu beaucoup de choses. »

Toni MORRISON (2008)

« Une victime qui est capable d'exprimer sa situation cesse d'être une victime : elle devient une menace. »

James BALDWIN (1998)

Il existe une catégorie particulière d'injustices, celles qui nous restreignent en tant que sachant. Il est difficile d'évoquer le fait d'avoir été lésé en tant que sachant, car la nature même de cette atteinte fait que l'on est incapable de la nommer ou que l'on n'est ni écouté ni pris au sérieux lorsqu'on essaie de le faire. L'injustice qui nous est faite en tant que sachant s'accompagne d'injustices sur des aspects plus tangibles que la connaissance comme la violence physique, la dépossession matérielle ou le refus d'accès aux biens publics. Ces torts concrets sont plus simples à verbaliser et sont moins compliqués à exposer, car il est facile de prendre des photos ou d'enregistrer des vidéos. En dépit de cela, nous restons limités dans notre capacité à combattre ces autres formes d'injustices si nous ne remédions pas d'abord au tort qui nous a été fait en tant que sachant. C'est ce qui explique pourquoi de nombreuses injustices perdurent. Être lésé en tant que sachant, c'est en effet être lésé de toutes

les façons possibles. Et c'est en brisant le carcan de cette contrainte, en trouvant le moyen d'exprimer clairement la situation qui nous lèse en tant que sachant, que nous pouvons trouver un moyen de lutter pour nous-mêmes.

Pour évoquer ces atteintes, j'ai souvent tendance à choisir un exemple susceptible d'intéresser mon public spécialisé dans la santé mondiale. Je parle parfois de mon intérêt de longue date pour les soins prénatals de groupe. Si, comme moi, vous avez été élevé par une sage-femme, votre premier contact avec les systèmes de santé et de soins est probablement lié à l'accouchement. C'est encore plus probable si vous connaissez une infirmière sage-femme qui exerce des activités de santé communautaire, comme S.O., ma mère. Certes, il s'agit dans ce cas d'une exposition indirecte, « de seconde main », d'une atteinte vue au travers d'une autre femme ou d'un autre enfant. Mais en gardant un œil attentif sur les événements, en écoutant les conversations et en demandant le sens des mots et des phrases, on peut en apprendre beaucoup – même lorsqu'on vous dit ou que vous pressentez qu'il ne serait pas convenable de regarder, d'écouter ou de poser des questions. Les séances de soins prénatals de groupe auxquelles j'ai assisté à Owo étaient animées par des sages-femmes. Les femmes enceintes se réunissaient dans un espace semi-public, souvent avant une consultation individuelle avec une sage-femme ou un médecin dans un cabinet de consultation attenant. Les séances de groupe étaient si animées qu'un enfant assis à proximité du groupe pouvait écouter les conversations. Les femmes enceintes partageaient des anecdotes et des enseignements et s'inspiraient mutuellement. Des liens entre eux se nouaient et les apprentissages se faisaient en commun. Les sages-femmes menaient les chants, c'était comme à l'église. Et le chant était finalement au cœur de ces réunions qui comptent parmi les scènes les plus joyeuses auxquelles j'ai assisté dans ma vie.

En grandissant, j'ai assisté à des séances de soins prénatals de groupe à l'église et à l'hôpital. À l'église, S.O. organisait deux séries de séances bimensuelles en alternance, créant ainsi des sessions hebdomadaires. La première séance était consacrée aux soins prénatals, avec un partage et des chants. La seconde consistait en des assemblées de prière avec des femmes enceintes. Les thèmes de prière étaient donnés toutes les cinq minutes, et les femmes priaient à genoux pendant environ une demi-heure, sauf lorsque leur grossesse était si avancée qu'elles devaient

s'asseoir sur le sol ou sur un banc. Ces prières n'étaient pas silencieuses. On pouvait comprendre ce qu'elles demandaient quand elles louaient Dieu, ou réentendre certaines des histoires partagées durant les moments d'échange et de chant. Lors des séances de soins prénatals de groupe, une sage-femme de l'église intervenait pour faire ressortir un enseignement à travers une histoire. Les chants contenaient eux aussi des enseignements ou les messages que les sages-femmes souhaitaient transmettre aux femmes enceintes. À l'hôpital, les séances se déroulaient à peu près de la même manière. À cause de sa doctrine reposant sur la guérison divine, aucun médecin ne fréquentait cependant l'Église de la foi apostolique. Les consultations prénatales individuelles avaient habituellement lieu lors des visites à domicile par les sages-femmes de l'église.

Imaginez donc ma surprise lorsqu'une chercheuse m'a dit qu'elle voulait réaliser une évaluation par assignation aléatoire pour apprécier l'efficacité de ces séances de suivi prénatal en groupe. Je n'arrivais pas à comprendre ce qu'elle cherchait à savoir ou à prouver. Elle a grandi au Nigéria et nous étions ensemble à l'école de médecine d'Ile-Ife. En tant qu'étudiante en médecine et docteur junior, elle a assisté à ces séances de soins prénatals de groupe, et m'a fait part de son projet en 2018, deux ans après avoir terminé son doctorat à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres. Elle avait essayé de convaincre ses collègues anglais, qui ne connaissaient que les soins prénatals individuels, que les séances de groupe fonctionnaient bien en tant qu'outil de soutien pédagogique et émotionnel. Mais elle n'avait pas réussi et elle avait donc pensé que les preuves issues d'une évaluation par assignation aléatoire seraient plus convaincantes. Elle avait bien conscience qu'une telle étude n'apporterait rien de bien nouveau aux personnes pour qui les soins prénatals de groupe étaient le fruit d'une longue pratique, affinée grâce aux enseignements déjà tirés. Par conséquent, un essai qui aurait conclu que « cela » ne « fonctionnait pas » n'aurait en rien modifié la perception positive de ces Nigérianes du fait de leur connaissance déjà étroite de ces soins. Les conditions du principe « d'équipose » – un état de neutralité et d'incertitude, où l'on ne sait pas si quelque chose est bon ou mauvais, fonctionne ou pas –, pourtant un prérequis éthique indispensable à toute évaluation par assignation aléatoire, n'étaient donc pas réunies (LILFORD et JACKSON, 1995 ; RAVALLION, 2020 ; ABRAMOWICZ et SZAFARZ, 2020).

Tout élément de preuve pertinent doit s'inspirer de l'état actuel des connaissances. En l'occurrence ici, des besoins en connaissances des Nigériens en matière de soins prénatals de groupe. Comment peut-on connaître l'état d'avancement des connaissances ou les besoins en formation des personnes impliquées – à savoir les femmes enceintes (et leurs familles), les chercheurs (universitaires ou autres), les praticiens (les travailleurs de la santé et des soins), les décideurs politiques (gouvernements et églises) et les avocats (spécialisés dans l'accès aux soins) ? J'ai fait ce que tout chercheur ferait, je me suis plongé dans les écrits scientifiques. Ma surprise fut totale au moment de découvrir une revue « exhaustive » des données probantes sur les soins prénatals de groupe publiée en 2015 dans la *Cochrane Database of Systematic Reviews* qui établissait que :

« Les soins prénatals de groupe sont un modèle de soins relativement récent, qui est mis en œuvre dans de nombreux contextes ; il est important d'évaluer les données probantes d'une telle intervention. Il est également important de déterminer l'acceptabilité des nouveaux modèles de soins pour les prestataires de soins, si l'on souhaite assurer la pérennité du modèle » (CATLING *et al.*, 2015).

Cette déclaration est profondément perturbante pour quiconque a grandi dans un environnement où les soins prénatals de groupe sont omniprésents. La même revue *Cochrane* indiquait plus loin que « les soins prénatals ou de grossesse de groupe ont été développés aux États-Unis d'Amérique selon un modèle dénommé *Centering Pregnancy* » et qu'ils « ont été adaptés pour être utilisés dans plusieurs pays, notamment l'Australie, l'Angleterre, la Suède, l'Iran, le Canada, le Malawi et la Tanzanie ». À la lecture de cet article, on a l'impression que les soins prénatals de groupe sont une invention américaine développée dans les années 1990 (RISING, 1998), qui s'est depuis répandue dans le reste du monde. L'étude incluait des données provenant de quatre évaluations par assignation aléatoire : deux aux États-Unis d'Amérique, une en Suède et une en Iran. Elles montraient que « les données disponibles suggèrent que les soins prénatals de groupe sont acceptables pour les femmes et ne sont associés à aucun effet indésirable pour elles ou pour leur bébé ». Mais les auteurs appelaient par ailleurs à mener des études supplémentaires « pour déterminer si un avantage significatif sur le plan des naissances prématurées ou du poids à la naissance était à associer

aux soins prénatals de groupe » – comme si de tels avantages pouvaient ou devaient résulter de manière prévisible d’une seule intervention ou même d’un ensemble d’interventions, aussi exhaustives fussent-elles.

Une autre revue sur les soins prénatals de groupe a été publiée en 2018 (SHARMA *et al.*, 2018). Les auteurs ont cherché à identifier les « modèles de soins prénatals de groupe existants dans les pays à revenu faible et intermédiaire » par un examen des études publiées et des entretiens avec les membres du « consortium mondial de recherche sur les soins prénatals de groupe dans les pays à revenu faible et intermédiaire créé à l’issue de la Conférence mondiale sur la santé maternelle et néonatale », qui s’est tenue au Mexique en 2015. Ils souhaitaient « identifier les caractéristiques susceptibles d’accroître la pertinence, l’acceptabilité et l’efficacité des soins prénatals de groupe dans de tels contextes ». La justification de cette étude était la suivante : « Compte tenu de son succès dans les pays à revenu élevé, il est raisonnable de formuler l’hypothèse que les soins prénatals de groupe peuvent également optimiser les résultats en matière de santé et l’expérience des soins pour les femmes enceintes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. » L’examen a porté sur 19 modèles provenant de 18 pays à revenu faible et intermédiaire d’Afrique (11 pays), d’Asie (4) et des Amériques (3). L’article ne mentionne pas une seule fois l’existence d’approches autochtones en matière de soins prénatals de groupe, ni même l’existence potentielle de tels modèles. Seuls le modèle de *Centering Pregnancy* et d’autres modèles similaires lancés dans les pays à revenu élevé étaient décrits comme constituant le « format de groupe existant » qui avait inspiré les autres modèles rencontrés.

Des chercheurs aux États-Unis d’Amérique ont répondu à l’appel visant à déterminer si les séances de groupe fonctionnaient dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Une équipe a ainsi mené une étude comparative entre soins prénatals de groupe et individuels au Kenya et au Nigéria, en a publié le protocole (KABUE *et al.*, 2019) puis, par la suite, deux articles (GRENIER *et al.*, 2019 ; NOGUCHI *et al.*, 2020). On ne sait pas exactement comment ils ont procédé pour les groupes témoins de l’étude, ont-ils interrompu des activités de soins prénatals de groupe préexistantes ? Les auteurs ont simplement déclaré que « le modèle original de soins prénatals de groupe en tant qu’intervention a été conçu pour le contexte de pays à revenu élevé » (NOGUCHI *et al.*, 2020) et que « le cadre des réunions [pour les séances de groupe] a

été inspiré par les modèles antérieurs de soins prénatals de groupe » dans des pays à revenu élevé (GRENIER *et al.*, 2019). Les deux études ont montré que l'intervention avait augmenté le nombre de femmes choisissant d'accoucher dans des établissements de santé ainsi que la qualité des soins qu'elles recevaient, mais sans nous expliquer pourquoi. Qu'est-il advenu dans le groupe témoin ? L'intervention n'était-elle qu'une autre version des approches autochtones en matière de soins prénatals de groupe ? Les auteurs étaient basés aux États-Unis d'Amérique, au Nigéria et au Kenya, mais les Nigériens et les Kenyans n'ont pas dirigé les travaux. Le premier auteur, le deuxième, l'auteur correspondant et le dernier auteur étaient tous basés aux États-Unis d'Amérique (à l'exception d'un article dont le dernier auteur était nigérien et basé dans la représentation nigérienne de l'organisation américaine dont dépendaient les auteurs principaux). Il est néanmoins remarquable que les auteurs nigériens, kenyans ou leurs partenaires n'aient mentionné nulle part dans les trois articles que les soins prénatals de groupe n'étaient pas une invention américaine, mais qu'il s'agissait d'une pratique de longue date au Nigéria.

Plus tard, j'ai trouvé un article publié qui mentionnait que les soins prénatals de groupe étaient une pratique répandue au Nigéria (ELUWA *et al.*, 2018). Dans cette étude de cohorte menée entre 2012 et 2014 sur l'impact du *Centering Pregnancy* dans le nord-ouest du Nigéria, les auteurs ont constaté « un effet positif sur le recours aux services prénatals, aux accouchements en établissement de soin et aux services postnatals ». Mais ils ont présenté le *Centering Pregnancy* comme « une innovation prometteuse remettant en question les modalités habituelles du suivi individuel en matière de soins prénatals ». Les auteurs ont soumis cette « innovation prometteuse » à un processus « de facilitation validé par la communauté, intégrant des concepts culturels, de langue et de pratiques ancrés localement » comme si ce concept était une complète nouveauté dans le pays. Tous les auteurs étaient basés en Afrique de l'Ouest. Le premier auteur, le deuxième et le correspondant étaient issus des branches nigériennes d'organisations américaines ; le dernier auteur dépendait de l'université du Ghana. Les auteurs responsables de l'adaptation locale de cette « innovation » étaient quant à eux basés à l'université Ahmadu-Bello, à Zaria, dans le nord-ouest du Nigéria. Bien que les auteurs indiquent dans une autre partie de leur article que les consultations individuelles représentent le « modèle standard » en matière de soins prénatals, ils notent néanmoins que les soins prénatals

de groupe ne sont pas inconnus au Nigéria. Il existe en fait une version de ces soins « qui constitue la norme [...] dans la plupart des centres de soins du Nigéria » :

« Le modèle du *Centering Pregnancy* utilisé dans cette intervention diffère de l'approche standard pour les soins prénatals de groupe pratiquée dans la plupart des établissements de santé nigériens par les aspects clés suivants : (1) le format éducatif suivi, reposant sur un encadrement facilitateur basé sur un mode de discussion didactique ; (2) chaque séance suit un plan d'ensemble ; (3) l'accent est mis sur le contenu principal, mais celui-ci peut être modulé ; (4) le leadership du groupe et sa composition restent stables, mais pas figés ; (5) les participants pratiquent des activités de soins personnels ; des opportunités d'interaction sociale sont proposées et on procède à une évaluation continue des résultats » (ELUWA *et al.*, 2018).

De cette manière, les auteurs ont tenu à différencier le *Centering Pregnancy* de « l'approche standard des soins prénatals de groupe utilisée dans la plupart des établissements de santé nigériens ». Un autre groupe a cherché à faire la même chose. Dans un article de 2020, un groupe d'auteurs, principalement nord-américains, écrivant sous le nom de Global Group Antenatal Care Collaborative, a différencié ce qu'ils ont nommé les « groupes de soins prénatals » (c'est-à-dire des modèles tels que le *Centering Pregnancy*) des « discussions de groupe sur la santé » (la pratique habituelle au Nigéria), alors décrites comme « une pratique courante consistant à proposer des formations pédagogiques en faveur de la santé dans les salles d'attente de consultation prénatales » (GRENIER *et al.*, 2020). Cependant, les différences relevées ne cadraient pas avec ma propre expérience du même terrain. Les deux groupes semblaient, en effet, nier l'existence de certains éléments dans l'approche nigérienne qui étaient pourtant, à des degrés divers, les caractéristiques des séances de groupe auxquelles j'avais justement assisté dans plusieurs localités du sud-ouest du Nigéria étant enfant, étudiant en médecine et jeune médecin. En fait, ces séances proposaient même davantage d'activités avec des chants et du partage. Même si l'approche nigérienne classique présentait des défauts, pourquoi cette intervention n'était-elle pas présentée comme une amélioration du modèle existant ? Pourquoi n'a-t-elle pas été placée dans le même cadre de référence que la version nigérienne, ce

qui aurait permis de tirer des enseignements croisés entre les deux endroits et les deux versions ? Pourquoi le Nigéria aurait-il besoin d'une innovation étrangère alors qu'il existe une approche autochtone remarquablement similaire qui remplit les mêmes fonctions ? Pourquoi l'étude n'a-t-elle pas consisté à comparer les différences et les similitudes dans les approches des soins prénatals de groupe dans l'ensemble du Nigéria, compte tenu de la diversité du pays, afin d'en tirer des enseignements ? J'ai grandi, étudié et travaillé dans le sud-ouest du Nigéria, où les choses peuvent être différentes du nord-ouest du Nigéria (FADEYI, 2022). J'aurais aimé explorer la richesse de cette diversité. Je n'en ai pas eu l'occasion.

J'ai donc recherché dans les écrits l'une des caractéristiques des soins prénatals de groupe au Nigéria que je n'avais pas retrouvée dans aucune de ces études : le chant. Le peuple yoruba du sud-ouest du Nigéria tient les mères et la maternité en très haute estime. Le dicton affirme : *Òrìsà bí ìyá kò sí ; ìyá là bá má a bọ* (« Aucune divinité ne peut se mesurer à une mère ; la mère est digne d'être vénérée ») (MAKINDE, 2004 ; OLUSEGUN, 2020). Les Yoruba ont, au cours de l'histoire, institué de nombreuses pratiques sociales pour protéger les femmes durant leur grossesse (FADEYI, 2022 ; MAKINDE, 2004 ; OLUSEGUN, 2017, 2020 ; ORIMOOGUNJE, 2003 ; OGUNYOMBO et BELLO, 2020). La grossesse est vue comme remplie de dangers, au point que le placenta est appelé *ibi*, ce qui signifie « le mal » ou « le danger », car sa rétention est associée à la mort. L'enfant est désigné comme *ire*, le « bien » (BALOGUN, 2014). Il y a une prière souvent récitée par et au nom des femmes enceintes : *K'ábí t'ibi t'ire* (« Puissé-je/puisses-tu accoucher à la fois du mal et du bien »). Pour saluer une nouvelle maman, on dit : *Èkú ewu ọmọ* (« Bravo pour avoir survécu aux risques de l'accouchement »). Dans une culture éprise de musique, vénérant la maternité et consciente des risques durant la grossesse, il est inévitable qu'il y ait des chants autour de la natalité – au sein des communautés et dans le cadre de la pratique des sages-femmes traditionnelles. Ces chansons persistent d'ailleurs, aussi bien dans les pratiques traditionnelles que modernes des sages-femmes. Les chansons utilisées aujourd'hui dans les séances de soins prénatals de groupe sont basées sur des mélodies classiques bien connues dont les paroles originales ont été remplacées ou, du fait de la colonisation, il s'agit parfois de chansons et de mélodies chrétiennes réinterprétées (OLUSEGUN, 2020 ; VIDAL, 1986).

Les chants contiennent souvent des prières et des invocations (toutes les chansons ci-dessous sont tirées d'OLUSEGUN, 2020) :

<i>Wéré lewé mbọ kúrò lára igi,</i>	La feuille quitte l'arbre sans catastrophe,
<i>Qjọ ikúnlẹ mi ò wéré ni kó jé,</i>	Que le jour de mon accouchement se passe sans catastrophe,
<i>Wéré lewé mbọ kúrò lára igi</i>	La feuille quitte l'arbre sans catastrophe.

et

<i>Lójọ ikómo jáde,</i>	Le jour du choix du prénom,
<i>Kórí mi má kọ gèlẹ,</i>	Faites que je puisse vivre assez longtemps pour nouer mon foulard sur la tête,
<i>Kára mi má kọ aṣọ,</i>	Faites que je puisse vivre assez longtemps pour porter mes vêtements,
<i>Kẹṣẹ mi má kọ bàtà,</i>	Faites que je puisse vivre assez longtemps pour porter mes chaussures,
<i>Lójọ ikómo jáde</i>	Le jour du choix du prénom.

D'autres groupes de chants prénatals contiennent des messages liés à la santé :

<i>Màá f'ọmọ mi ló yàn mu l'ásìkò,</i>	J'allaiterai mon enfant à temps,
<i>Èmi nfẹ àláfìà f'ọmọ mi,</i>	Je veux que mon enfant soit en bonne santé,
<i>Màá f'ọmọ mi lóyàn mu l'ásìkò</i>	J'allaiterai mon enfant à temps.

et

<i>Ma foyún mi lẹwà jẹ àkàrà,</i>	Je nourrirai ma grossesse avec des galettes de haricots,
<i>Ma foyún mí lẹwà jẹ òlẹlẹ,</i>	Je nourrirai ma grossesse avec du <i>Moi-moi</i> ,
<i>Èmi fálàfìà fún ọmọ mi,</i>	Je veux une bonne santé pour mon enfant,
<i>Ma foyún mi lẹwà jẹ àkàrà</i>	Je nourrirai ma grossesse avec des galettes de haricots.

Mais souvent, les chansons sont juste ludiques, amusantes, bonnes pour le moral :

<i>E bá mi gbé gbòsà fún ọkọ mi,</i>	Aidez-moi à saluer mon mari,
<i>Ọkọ olórí ire, tó fúnmi lóyún,</i>	Ce mari chanceux qui m'a mise enceinte,
<i>Gbòsà gbòsà gbòsà gbòsà,</i>	Salut, salut, salut, salut, salut,
<i>Èmi á gbé gbòsà fún ara mi o,</i>	Moi aussi je me saluerai,
<i>Èmi aya olórí ire tó mára dúró,</i>	Je suis l'épouse chanceuse qui a si bien couché avec mon mari,
<i>Gbòsà gbòsà gbòsà gbòsà</i>	Salut, salut, salut, salut, salut.

Dans une étude menée dans le sud-ouest du Nigéria, des femmes ont réfléchi à leur expérience et à la fonction des chants et de la danse qui les accompagnaient lors des séances de soins prénatals de groupe (OLUSEGUN, 2017). Le premier thème évoqué était sa fonction émotionnelle, avec des témoignages tels que : « les chants sont en fait des chansons pour se donner du courage » ; « les chants restaurent et renforcent notre espérance d'accoucher en toute sécurité » ; « les chansons nous donnent plus de joie, plus d'espoir, et nous rendent plus confiantes afin que l'accouchement se déroule sans problème » ; « [nous] utilisons les chansons pour nous divertir [et] nous libérer des mauvaises pensées » ; « certaines d'entre nous peuvent être tristes à la maison, mais quand nous allons aux séances prénatales et que nous chantons, la tristesse disparaît tout simplement ; [chanter] soulage en partie de la dépression et du stress » ; « certaines des chansons sont des chansons de vœux et d'incantations pour nous-mêmes et notre bébé » ; « ces chansons servent d'abord à remercier Dieu, qui nous a fait un cadeau que beaucoup n'ont pu obtenir » ; « comme nous chantons et dansons pendant la réunion, cela nous soulage de la peur de l'invisible et de l'inconnu ». Le deuxième thème concernait la fonction physique du chant. Les femmes indiquaient : « Nous sentons aussi le bébé bouger dans notre ventre durant le chant et la danse ; il semble qu'*in utero*, les bébés apprécient également les chansons et la danse » ou encore « cela maintient notre condition physique, en particulier avec la danse, qui nous aide à rester en forme ». Le troisième thème portait sur la fonction cognitive du chant : « les chansons que nous chantons sont éducatives, elles permettent de maîtriser les peurs » ; les chansons « nous apprennent à prendre soin de nos enfants, de leur santé, de notre propre santé, de notre environnement et aussi à comment utiliser [les couches] » et « lorsque le bébé est malade, nous nous souvenons de certaines chansons ; les paroles de ces chansons nous rappellent comment aider ceux qui sont faibles à retrouver la santé ».

Ici se termine l'histoire que j'ai choisie d'évoquer à titre d'exemple ; une histoire qui m'aide à illustrer le fait d'être lésé en tant que sachant. Avant de décrire les torts spécifiques causés à certains sachants de cette histoire, je souhaite d'abord constater que la richesse de ces groupes prénatals est absente de la littérature de santé publique censée les couvrir. L'étude consignant les voix des femmes a été menée par Titus Olusegun, un musicologue nigérian de l'université Obafemi-Awolowo à Ile-Ife, puis publiée dans une revue africaine (OLUSEGUN, 2017). Les articles

portant sur les soins prénatals de groupe au Nigéria ont été principalement rédigés par des chercheurs non spécialisés en santé et largement publiés dans des revues africaines et dans d'autres que l'on pourrait qualifier de « prédatrices » (MILLS *et al.*, 2021). Il y a donc bien un monde académique dans lequel les chercheurs sont attentifs aux dynamiques locales et un autre peuplé de chercheurs qui observent de loin et ne voient que ce qu'ils sont conditionnés à voir. Comme des navires qui se croisent dans la nuit, ces deux mondes parlent sans se comprendre et s'ils parviennent à se connecter, ce n'est que de manière éphémère et sans effet durable. Par ailleurs, les deux navires ne sont pas égaux. Un navire est plus grand, il bénéficie du poids de la centralité et il peut donc facilement ignorer l'autre. Le plus petit navire est quant à lui à la marge, situé en périphérie et inaudible même lorsqu'il est à portée de voix. Les revues dans lesquelles des personnes basées aux États-Unis d'Amérique ou travaillant dans le domaine de la santé publique ont des discussions scientifiques sur les soins prénatals de groupe peuvent être si autocentrées dans leur perspective qu'elles ignorent ou évitent les conversations qui se déroulent en dehors de cet espace hermétiquement fermé. Cette centralité ignore les connaissances à la marge et détenues par la périphérie (ABIMBOLA, 2023a ; ABIMBOLA *et al.*, 2024). C'est un effacement par l'ignorance.

Comment parler d'un effacement qui n'en est pas vraiment un ? Les connaissances sont pourtant là et les pratiques bien réelles. Elles ne sont simplement pas considérées comme ce qui devrait constituer la base d'une enquête ou d'une recherche, d'un apprentissage ou d'une interprétation ou encore le point de départ à toute réforme ou intervention. Cela s'apparente davantage à un mépris de la dignité des personnes en tant que sachants (ABIMBOLA, 2023b). L'histoire des soins prénatals de groupe n'est malheureusement pas inhabituelle. Il y a quantité d'autres exemples comme celui-ci qui restent encore inconnus, en partie parce qu'il est difficile, en l'absence de concepts partagés, de nommer ou de définir ce qui ne va pas réellement. Il est donc nécessaire de trouver un langage approprié, un langage que le perpétrateur d'une injustice comprend, avec des mots et d'une manière qui lui permettront d'en prendre conscience. Mais s'ils ont déjà violé la dignité de sachants, nous écouteront-ils ? Et s'ils nous écoutent, comprendront-ils ? S'ils comprennent, reconnaîtront-ils que nous avons raison et expieront-ils leur faute ?

À l'injustice subie s'en ajoute une autre, celle qui oblige la personne atteinte, lésée, violée dans sa dignité, à se comporter d'une manière que le perpétreur trouvera à son goût. Il faudra être à la fois crédible, compréhensible, non menaçant et non conflictuel. Il s'agit d'une injustice qui porte en elle-même les conditions qui la figent, à savoir l'incapacité de la victime à exprimer l'injustice – ou l'obligation d'exprimer celle-ci en des termes inoffensifs et selon des modalités imposées par le perpétreur.

La philosophe féministe britannique Miranda Fricker a inventé un langage permettant de parler de cette injustice. Elle a nommé cela l'injustice épistémique (FRICKER, 2007) et identifié deux façons dont celle-ci se manifeste. D'une part, il y a le déficit de crédibilité, qui conduit à une injustice testimoniale et qui se présente comme suit : je n'ai pas confiance en ce que vous annoncez, ni en votre capacité à pouvoir un jour en présenter un compte-rendu. Je parviens à cette conclusion en me basant sur qui vous êtes, ce à quoi vous ressemblez, vos origines et l'endroit où vous vivez, et non sur une évaluation de ce que vous savez ou pouvez savoir. D'autre part, elle se manifeste sous la forme d'une marginalisation interprétative (ou herméneutique), conduisant à une injustice interprétative (ou herméneutique) : vous ne pouvez pas donner un sens à votre expérience, car il n'existe aucun concept ou cadre de référence à votre disposition pour vous permettre de lui donner un sens. Ou encore, vous ne pouvez pas communiquer votre expérience ou la façon dont vous la percevez parce que vous ne disposez pas d'outils d'interprétation – c'est-à-dire de cadres, de concepts, de langage (au sens métaphorique) ou de paradigmes – en commun avec votre public. Ou encore, un tiers donne à votre expérience un sens que vous ne lui aviez pas donné, d'une manière déformée, qui vous est méconnaissable ou qui est tout simplement fausse. Vous êtes donc confus ou enfermé. Les outils d'interprétation qui pourraient répondre à vos besoins sont inutilisés, primitifs, ignorés, sous-estimés ou absents – et ce, pas par accident – dans la panoplie des outils partagés et légitimés en matière de création d'un sens collectif (BHAKUNI ET ABIMBOLA, 2021 ; ABIMBOLA *et al.*, 2024).

Pour être compris lorsque vous évoquez le fait d'avoir été lésé en tant que sachant, il est parfois nécessaire de raconter une histoire comme je viens de le faire avec les soins prénatals de groupe. Si vous souffrez d'une marginalisation interprétative, vous serez peut-être contraint de commencer par rechercher des cadres ou des concepts partagés afin d'être

compris – sans toutefois avoir la garantie d’être écouté. Si vous souffrez également d’un déficit de crédibilité, si votre public est prédisposé à douter, à rejeter ou à ignorer ce que vous cherchez à dire, votre histoire aura sans doute besoin d’être particulièrement convaincante. Lorsque je raconte l’histoire des soins prénatals de groupe, le poids (du déficit de crédibilité et de la marginalisation interprétative) qui pèse sur moi provient de mon public et des personnes que je cherche à influencer. Des personnes impliquées dans la conception, la réalisation, le financement ou l’approbation de recherches telles que celles évoquées dans mon histoire. Des personnes dont la formation et les modèles de comportement érigent justement comme pratiques de référence, comme des marqueurs de réussite professionnelle et intellectuelle, des approches de la connaissance que je considère comme injustes. Des personnes pour qui une telle narration pose un défi intellectuel et moral. Elle leur indique d’une part que leurs efforts pour faire le bien sont entachés d’injustice épistémique et de pratiques déloyales de la connaissance. Et d’autre part, qu’ils portent préjudice aux personnes qu’ils souhaitent aider par la manière dont ils ont décidé de créer, d’utiliser ou de partager les connaissances. Avant même que je ne termine mon récit, leurs esprits m’ont déjà discrètement interrompu par des narrations alternatives, ou bien ils peuvent aussi avoir mal compris ou mal interprété mon propos. Ils n’ont pas besoin d’objecter et leur esprit vagabonde. Et même si ce n’est pas le cas, mon explication, elle, est en tout cas facilement rejetée. Après tout, il s’agit seulement d’un préjudice moral.

Nous ne saurons peut-être jamais avec certitude ce qui pousse une personne à en léser une autre en tant que sachant. Mais nous pouvons formuler des hypothèses. Il peut s’agir de quelque chose que la personne fait en tant qu’individu, de manière interpersonnelle ; il peut aussi s’agir de quelque chose que la personne fait parce que les règles qui régissent ses choix l’amènent par défaut à faire du tort aux « autres » en tant que sachants (ABIMBOLA *et al.*, 2024). Deux facteurs à l’œuvre dans le déficit de crédibilité et la marginalisation interprétative peuvent aider à expliquer cela (tabl. 4). Le premier est la position relative (ou la posture) de l’acteur – plus un acteur est placé en périphérie au sein d’un espace ou d’un système social, plus grand est le risque que les individus situés plus au centre le lèsent en tant que sachant ; de la même manière, les institutions qui régissent les relations au sein de cet espace ou de ce système créent des conditions qui amèneront probablement les acteurs centraux à le léser en tant que sachant. Le second facteur est la question du regard porté sur

l'acteur – par le spectateur pour qui la création ou le partage de connaissances est principalement mis en scène avec pour conséquence l'agentivité que votre public réel ou souhaité exerce sur vous en tant qu'orateur, écrivain ou chercheur. J'aime le mot « pose » lorsqu'il est utilisé dans un contexte en lien avec le regard. Cela évoque l'idée de prendre la pose, de jouer un rôle. Après tout, la production de connaissances est une représentation. Le regard, c'est-à-dire la façon avec laquelle notre public principal exerce un pouvoir sur nous, peut être choisi individuellement ou bien imposé par les règles qui nous gouvernent, avec la même dynamique centre-périphérie qui conduit à ce que les acteurs excentrés soient lésés en tant que sachants.

Un déficit de crédibilité peut être assigné aux détenteurs de savoirs culturels locaux : par exemple, les personnes qui connaissent l'origine des chants, le rôle historique du chant dans les soins prénatals, comment celui-ci a évolué, comment ils souhaitent qu'il évolue à l'avenir. Pourtant, tous ces éléments reflètent des enseignements acquis au fil du temps. Le déficit de crédibilité en lien avec la posture pose la question suivante : les détenteurs de savoirs culturels locaux existent-ils vraiment ? Si oui, leurs connaissances ont-elles de l'importance ? La réponse est non. Qu'en

Pratique injuste en matière de connaissances	Perspective	
	Posture	Regard
Déficit de crédibilité	1. « Les connaissances culturelles de la périphérie n'ont pas d'importance » 2. « Les connaissances techniques de la périphérie n'ont pas d'importance » 3. « La compréhension des connaissances par la périphérie n'a pas d'importance »	1. « La création collective de connaissances doit être guidée par les besoins d'apprentissage du centre » 2. « La création collective de connaissances doit être guidée par les plateformes de connaissances du centre » 3. « Les normes scientifiques du centre doivent impulser la création collective de connaissances »
Marginalisation interprétative	1. « La perception des partenariats par la périphérie n'a pas d'importance » 2. « La perception des problèmes par la périphérie n'a pas d'importance » 3. « La perception de la réalité sociale par la périphérie n'a pas d'importance »	1. « Les besoins d'apprentissage du centre doivent être le moteur de la construction de sens » 2. « La sensibilité sociale du centre doit guider la création collective de sens » 3. « Le maintien du statut du centre doit être un moteur de la réflexion collective »

Tableau 4 | Les mécanismes (schémas de pensée individuels et principes des institutions) pouvant étayer l'apparition de pratiques injustes en matière de production de connaissances.
 Source : D'après ABIMBOLA et al. (2024).

est-il alors des détenteurs de connaissances techniques – sages-femmes, soignants, femmes ou chercheurs impliqués dans les soins prénatals de groupe au Nigéria ? Leurs connaissances sont-elles importantes ? Et qu'en est-il des connaissances rassemblées dans la littérature produite par les chercheurs du secteur de la santé ou de domaines tiers sur les soins prénatals de groupe au Nigéria ? Leurs connaissances sont-elles importantes ? Encore une fois, la réponse est non. Pour limiter le déficit de crédibilité en lien avec la posture, il faudrait peut-être établir une règle. Les chercheurs qui étudient un sujet tel que les soins prénatals de groupe au Nigéria devraient être obligés de commencer par étudier ce que les gens dans ce secteur savent déjà, ce qu'ils apprennent, comment ils utilisent ces connaissances, ce qu'ils cherchent à savoir et tentent d'améliorer. Les règles qui gouvernent la manière dont nous autres chercheurs travaillons nous poussent par défaut à présumer que ces connaissances n'existent pas ou que de tels processus d'apprentissage ne se produisent pas, et que les connaissances n'existent que sous certaines formes identifiables. Finalement, que nous pouvons piocher nos sujets de recherche n'importe où (notamment au sein d'une littérature mondiale vaguement définie), mais en tout cas pas parmi les personnes concernées au premier chef, ceux que nous essayons de servir et pour le compte de qui nous posons les questions.

Le déficit de crédibilité en lien avec le regard, pour sa part, peut être observé chez ceux dont les besoins d'apprentissage déterminent le choix de la question posée ou du protocole de recherche utilisé pour y répondre. Si le principal moteur de la recherche sur les soins prénatals de groupe au Nigéria porte sur les besoins d'apprentissage des personnes impliquées dans ce domaine – sur les plans culturels, techniques et académiques –, alors la question de recherche et le protocole utilisé seront différents de ceux qui seraient choisis pour satisfaire les besoins d'apprentissage de personnes à distance – par exemple, les besoins de personnes qui chercheraient à diffuser un modèle de soins prénatals de groupe déjà développé aux États-Unis d'Amérique. Le public visé par nos recherches exerce également une influence sur nous par le biais des plateformes de connaissances (par exemple, les revues académiques) au sein desquelles nous cherchons à être publiés. Leurs éditeurs et leurs relecteurs principaux exercent sur nous une agentivité par le regard. Les plateformes de connaissances connectent le système ou l'espace dans lequel elles se trouvent à « davantage d'elles-mêmes ». Le type de plateforme de connaissances sur laquelle se déroule une discussion

scientifique est donc important. Pour parler ou contribuer à une discussion sur une plateforme nigériane, on tient nécessairement un autre langage que lorsqu'on s'adresse au public d'une plateforme états-unienne. On voit d'ailleurs cette même différence dans le choix du protocole de recherche utilisé dans le cadre d'une enquête. Une évaluation par assignation aléatoire sera alors privilégiée par rapport à une recherche imbriquée ou une recherche-action participative pour rassurer un système hiérarchique fallacieux qui érige ce type d'étude comme canon méthodologique – une hiérarchie à laquelle les plus éminentes revues académiques souscrivent.

La marginalisation interprétative agit de manière encore moins perceptible. Considérée sous l'angle de la pose, elle modèle les conditions d'engagement entre les chercheurs et les autres personnes impliquées dans les soins prénatals de groupe. La partie qui définit la compréhension commune de ce qu'un tel partenariat implique va également avoir une influence sur son lancement, ses processus, ses objectifs, sa durée et ses résultats. Celui qui élabore les conditions d'engagement détermine la suite des événements, puisque la formulation d'un problème ou de sa solution ne va pas de soi et se construit en fonction de notre interprétation de la réalité. Qui décide si les soins prénatals de groupe sont un problème ou une solution ? Y a-t-il d'autres moyens de comprendre ce qui fait la qualité des soins prénatals ? Qui est en mesure de leur donner un sens ? Comment cela a-t-il évolué au fil du temps ? Comment les acteurs à la périphérie d'un espace ou d'un système conçoivent-ils la réalité sociale au sein de laquelle ils évoluent, leur place au sein de celle-ci, et comment pensent-ils pouvoir améliorer leur situation ? Que veulent les femmes, que veulent les sages-femmes traditionnelles et non traditionnelles ? Si l'engagement entre les chercheurs et les personnes impliquées dans les soins prénatals de groupe au Nigéria avait été pris autour de ces considérations, les chercheurs qui ont tenté d'introduire un modèle américain au Nigéria n'auraient peut-être pas lancé l'étude qu'ils ont entreprise, car les ressources mises en œuvre auraient probablement été utilisées à meilleur escient.

Considérée sous l'angle du regard, la marginalisation interprétative résulte du fait que la personne avec qui vous cherchez à communiquer, que vous voulez impressionner ou par qui vous souhaitez être validé modèle la façon dont vous, en tant que chercheur, interprétez ou analysez une situation. Le public peut ainsi être des bailleurs de fonds, qui

décident de la manière dont la problématique doit être formulée ou quelle solution est à privilégier. Il peut être composé de collègues chercheurs ayant une préférence marquée pour une manière de définir un problème, même si celle-ci est très éloignée de la manière dont les personnes qui utilisent le système de santé et de soins le font. Le public peut également être composé de personnes de pouvoir, qui préféreraient présenter les choses de manière à faire porter la responsabilité du problème ou de sa solution à ceux qui en sont le moins responsables. Le véritable problème est en fait peut-être que les sages-femmes sont très mal et irrégulièrement payées. Présenter le problème de cette manière modifierait cependant le véritable sujet de l'étude, qui serait alors centrée sur les fonctionnaires du gouvernement responsables des salaires, voire sur l'entité étrangère responsable de l'extraction des ressources d'un pays à un niveau tel que le service de la dette dépasse le budget alloué à la santé (RICHARDSON, 2020). Lorsque des entités aussi puissantes constituent le principal public de nos recherches, elles créent une situation dans laquelle seuls certains problèmes peuvent être étudiés et seules certaines solutions peuvent être explorées : celles qui renforcent la certitude morale (LICHTENBERG, 1994 ; HERMANN, 2018 ; FOURIE, 2017), le sentiment d'innocence, de bienveillance, de générosité ou de supériorité des personnes de pouvoir ou au pouvoir – y compris nous, les chercheurs.

Souvent, lorsque j'explique cette notion d'effacement par le mépris, je me heurte à la susceptibilité de ceux qui souhaitent maintenir un statu quo. Cela se produit chaque fois que je fais appel à ces quatre mécanismes – le déficit de crédibilité ou la marginalisation interprétative, en lien avec la pose ou le regard – pour expliquer ce qui pourrait amener une personne à en léser une autre en tant que sachant, ou comment ces atteintes peuvent se manifester. C'est le genre de chose que beaucoup, au sein de mon public principal, préféreraient ne pas entendre. Cela peut nuire à leur estime de soi. Cela peut déclencher un inconfort moral (FOURIE, 2017 ; LÜTZÉN et KVIST, 2012 ; MORLEY *et al.*, 2019, 2021) qui étouffe alors le contenu de mon message. Car je les invite à porter un jugement moral sur le fait qu'ils ont participé et qu'ils participeront peut-être encore à une atteinte morale. S'ils acceptent ce jugement moral, s'ils sont d'accord avec moi, ils risquent de ne plus pouvoir tolérer ces atteintes (le faire nuirait à leur crédibilité académique) ou de modifier leur comportement à l'avenir (mais la faute morale est une pratique acceptée et bien récompensée, et s'en détourner peut s'avérer

coûteux). D'où le risque d'inconfort moral avec un état de déséquilibre psychologique et une remise en question de certitudes morales durement acquises. Accepter que vous ayez fait du tort aux autres, que vous ne puissiez pas ou ne vouliez pas y remédier ni arrêter de faire du mal est psychologiquement insupportable. Cela mine l'estime de soi. La meilleure option pour conserver son équilibre mental peut alors consister à nier la prétendue atteinte morale à l'aide de la raison, à refuser d'accepter le jugement moral ou encore à ignorer le porteur du message.

Les chercheurs qui ont mené les études sur l'introduction du modèle étranger de soins prénatals de groupe au Nigéria croient certainement, comme leurs partenaires, qu'ils agissent pour le bien des femmes et des bébés nigériens. C'est le genre d'effort qui découle, au moins en partie, d'une certitude morale. Ils ont dû convaincre les bailleurs de fonds, les comités d'éthique et leurs collègues chercheurs des vertus du projet et que les connaissances produites seraient d'un grand intérêt pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Nigéria et ailleurs. Cependant, on ne trouve nulle preuve de cela parmi les publications des différentes études de ces chercheurs. Il n'est montré nulle part que les professionnels de santé, les décideurs politiques, les femmes ou les activistes nigériens voulaient savoir si les soins prénatals de groupe fonctionnaient. En revanche, les études portaient du principe que les soins prénatals de groupe n'existaient pas au Nigéria et que cette innovation devait être introduite en provenance des États-Unis d'Amérique. Comment en est-on parvenu à une telle hypothèse ? Peut-être que les chercheurs avaient un accès limité à la littérature consacrée aux pratiques autochtones au Nigéria. Ou peut-être que ces pratiques sont peu présentes dans la littérature scientifique, ou pas publiées dans celle relative à la santé. Peut-être que les Nigériens n'ont pas ressenti le besoin de produire beaucoup d'articles sur les soins prénatals de groupe, car ils les considèrent comme une pratique culturelle acquise, qui fait tellement partie intégrante de la vie sociale qu'ils n'ont pas besoin de prouver à qui que ce soit que cela fonctionne.

Imaginons que la cause de mortalité maternelle la plus importante soit la mauvaise qualité des soins prénatals, et que la principale raison en soit la façon dont les sages-femmes et autres intervenantes dispensent les soins prénatals. Faisons encore un pas de plus et prenons pour hypothèse que la solution la plus adaptée soit le suivi prénatal de groupe, un modèle mis au point aux États-Unis d'Amérique puis introduit au Nigéria et ailleurs.

Même si l'on admet ces suppositions, les chercheurs ont choisi d'étudier les soins prénatals de groupe par le biais de méthodes – une évaluation par assignation aléatoire et une étude de cohorte – qui limitent les possibilités de production de connaissances. Ces méthodes ne peuvent mener à bien qu'une seule chose, celle de déterminer si les soins prénatals de groupe fonctionnent ou pas. Et c'est peut-être la question la moins pertinente à poser au sujet d'une pratique tellement ancrée, ancienne et complexe. Se demander si une telle pratique fonctionne revient au mieux à recourir à un cliché sur la conception que l'on a d'une preuve ou d'un résultat. Si ça marche, diffusez-le à grande échelle ; si ça ne marche pas, abandonnez-le. Dans le pire des cas, c'est un égarement, un obstacle à la compréhension, une perte de temps et d'argent et une atteinte à la dignité de nombreux sachants. Les personnes qui sont étroitement impliquées dans les soins prénatals de groupe, qui ne retrouvent pas ce qu'elles savent déjà dans les connaissances produites « pour elles », sont leurrées par un *gaslighting* qui cherche à les faire douter de leur savoir.

Mères, sages-femmes en établissement de santé, musicologues, pères, infirmières, activistes, accoucheuses traditionnelles, décideurs politiques en matière de santé, chercheurs en santé, les diverses communautés de personnes impliquées dans les soins prénatals de groupe se positionnent nécessairement différemment par rapport à ce sujet. Toute étude qui ne prend pas comme point de départ les connaissances acquises par ces différents groupes au fil du temps – ce qu'ils font avec ces connaissances, quels sont leurs besoins en matière de connaissances ou d'apprentissages, ce qui doit être fait différemment dans différentes situations ou pour différents individus ou groupes – est erronée, car il s'agit là des sujets cruciaux. Éluder ces questions fondamentales revient à ne pas respecter tous ces gens et à léser leur dignité en tant que sachants. Ces chercheurs ont ensuite interagi avec des Nigériens qui ont forcément dû se rendre compte que l'étude était basée sur des prémisses discutables. Est-ce que ces Nigériens ont pris la parole sans être entendus ou écoutés ? Peut-être ont-ils souffert d'un déficit de crédibilité ou d'une marginalisation interprétative ? S'ils avaient été tentés de dire « cela n'a rien d'une nouveauté », auraient-ils disposé du langage attendu pour le faire ? Que ce serait-il passé si leurs partenaires américains avaient répondu : « montrez-nous la littérature scientifique qui prouve que vous faites cela depuis toujours ? ». Cette littérature existe-t-elle ? Et si oui, leurs partenaires américains auraient-ils été prêts à la croire ? Même si cette littérature existe, vu

leur vulnérabilité due à leur position marginale et périphérique dans le cadre de l'étude, les partenaires nigériens n'ont peut-être simplement pas eu la possibilité d'exprimer leur point de vue.

Les co-auteurs nigériens de ces études sur les soins prénatals de groupe lancées par les États-Unis d'Amérique étaient sans doute « pris dans un étau » (HEDT-GAUTHIER *et al.*, 2019). L'usage en matière de signature scientifique rend compte de l'importance et du pouvoir des auteurs en fonction de leur positionnement du premier au dernier auteur. Cette importance décroît si l'on se situe entre la fin et le milieu du classement. Même si les Nigériens avaient voulu dire quelque chose et avaient eu les mots pour le dire, ils auraient sans doute voulu éviter de créer un malaise avec leurs partenaires états-uniens. S'exprimer ouvertement aurait pu mettre en danger leur position déjà marginale au sein du partenariat. Faire attention à ne vexer personne est encore plus important pour ces partenaires nigériens si leurs moyens de subsistance ou leurs perspectives de carrière dépendent, même de façon indirecte, de la participation à une telle étude. Ceux qui s'expriment peuvent ainsi parfois être réprimandés par des collègues nigériens confirmés soucieux de préserver leur position ou leur source de revenus. Il est aussi possible qu'ils aient cherché à ne pas provoquer un inconfort moral chez leurs partenaires américains en estimant qu'il compliquerait la relation de travail, ce qui pourrait desservir les intérêts des Nigériens concernés. Ils ont également pu percevoir chez leurs partenaires états-uniens le fait que les besoins de préservation de soi et d'évitement de toute difficulté morale potentielle garantissaient, quelle que soit la clarté de leur propos, que leur parole ne serait ni entendue ni prise en compte et qu'ils s'exposeraient par ailleurs à subir un déficit de crédibilité. Les risques de s'exprimer étaient peut-être, au final, trop grands et les avantages si incertains qu'ils ont fait le choix de rester silencieux.

Le regard de préservation de soi auquel je m'expose lorsque j'explique ce que signifie être lésé en tant que sachant, est similaire, je pense, à celui auquel sont confrontés les partenaires nigériens de ces études internationales, même si le risque qu'ils courent de s'exprimer est plus important que dans mon cas. Nous pouvons avoir quelque chose à dire, avoir du mal à le dire, lutter pour être entendus et compris, ou bien choisir le silence. Quand j'aborde ce sujet, je le fais avec ménagement. Lorsque je m'adresse à une salle remplie de personnes qui dirigent

des études internationales, telles que celles sur les soins prénatals de groupe au Nigéria, ou qui ont dirigé ou espèrent diriger de telles études à d'autres endroits, je les rassure en leur disant qu'elles ne sont pas de mauvaises personnes. Je mentionne que si elles lèsent d'autres individus en tant que sachants, c'est probablement sans en avoir conscience, parce qu'elles évoluent dans un système régi par des règles injustes ; un système qui porte atteinte sans discernement à la dignité des gens en tant que sachants. Je suis cependant bien conscient que mes paroles peuvent déclencher un rejet interne, non verbalisé. J'essaie donc toujours de répondre *a priori* à ces réticences intériorisées. Dans les rares cas où un contre-argument est exprimé, il est la plupart du temps déguisé en question ou en commentaire. J'essaie alors de percevoir où se situe l'opposition implicite afin de trouver une façon de répondre qui ne soit pas menaçante. Personne ne veut être perçu comme un défenseur d'un amour colonial, condescendant et égocentré, même pour ceux qui sont convaincus que les actions qui sont exposées – leurs actions – sont moralement répréhensibles.

Dans un certain sens, la recherche est perçue comme une entreprise noble, déconnectée du quotidien des gens ordinaires, comme une activité réservée aux universitaires qui ont des conversations entre érudits dans un registre ésotérique et délibérément obscur. Soit, au final, un type de recherches susceptibles de léser des personnes en tant que sachants et qui a pourtant plus de chances d'être financé que celles que je pourrais suggérer pour les remplacer. Elles ont également plus de chances d'être publiées dans des revues prestigieuses, de recevoir un prix ou un financement et de consolider une carrière universitaire, qui est un itinéraire souvent précaire. C'est le genre de recherche qui apporte une réponse définitive à une question spécifique. Est-ce que X fonctionne, oui ou non ? La question est alors tranchée une fois pour toutes. C'est l'une des raisons pour lesquelles ce type de recherche suscite tant d'attention et de soutien, bien qu'il réduise des réalités et des problèmes sociaux complexes en des questions simples dont la réponse ne peut être que oui ou non. Je sais que le public auquel je m'adresse pense que mon message contredit tous les standards acceptés. Je leur rappelle simplement que nos normes en matière de santé et dans les domaines connexes évitent d'incriminer les personnes de pouvoir, ce qui explique aussi pourquoi ce type de recherche recueille autant d'attention et de soutien. En refusant de mettre en cause les personnes de pouvoir – notamment nous-mêmes, les chercheurs –, on occulte les connaissances des sachants qui eux en

sont dépourvus. J'ajoute que je préfère considérer ce que nous faisons comme de l'apprentissage plutôt que de la recherche. Il y a, en effet, quelque chose de dérangeant avec l'appellation de « recherche », c'est son côté distant, inerte, tour d'ivoire, étranger aux réalités quotidiennes des gens ordinaires qui ne font pas partie de l'élite. Nous apprenons tous. Redéfinir notre activité comme un « moyen de soutenir l'apprentissage » peut nous libérer.

Pour finir, j'espère que l'inconfort moral, le questionnement intérieur sur l'amour colonial que j'ai peut-être déclenché se prolongera au-delà du moment que le public passera à m'écouter ou à me lire. Je sais que l'inconfort moral peut être productif. Il peut agir sur les systèmes. De nombreux torts causés aux sachants découlent des règles de l'engagement qui régissent nos relations avec eux. Mais ces règles sont établies, modifiées, contrôlées et mises en application par des personnes agissant souvent à titre individuel. L'inconfort moral peut donc déclencher une action individuelle et collective (LÜTZÉN et KVIST, 2012) qui va soit tenter de changer les mauvaises règles, soit refuser de veiller à leur application. Il peut pousser à créer de nouvelles règles pour lesquelles les pratiques respectueuses de la connaissance, les pratiques qui défendent la dignité des personnes marginalisées en tant que sachants, s'imposent par défaut. Je leur dis que j'ai bon espoir, que je n'ai pas d'autre choix, mais que cet espoir est vacillant, qu'il est régulièrement battu en brèche. Nos efforts pour parvenir à l'équité en matière de santé sont facilement détournés par nos pratiques injustes en matière de production de connaissances (BHAKUNI et ABIMBOLA, 2021). Nous avons tellement creusé en vain à la recherche de solutions à des problèmes inexistantes, en ignorant ceux qui se trouvaient sous notre nez, que pour nous en sortir, nous allons devoir acquérir une conscience de soi. Mais comment savoir lorsqu'on se trouve dans une impasse ? Comment faire comprendre à quelqu'un que l'on a été lésé en tant que sachant ? Ce n'est pas simple, car cela signifie être honnête dans l'expression de son opinion, tout en étant efficace afin d'aider cette personne à prendre conscience d'elle-même.

Quand je pense aux moyens qui pourraient permettre à autrui d'atteindre une certaine conscience de soi, je me remémore souvent la dernière strophe du poème *À un pou* de Robert Burns, le poète écossais du XVIII^e siècle (BURNS, 2009 [1786]). Le narrateur du poème assiste à un service religieux et il est placé à proximité, peut-être juste derrière, une « vraie » dame de la bonne société. Au début du poème, le narrateur

fustige un pou en goguette qui s'était frayé un chemin jusqu'au bonnet de la dame :

« Ah ! Où vas-tu, rampante bestiole de la chevelure ?
Ton impudence te protège à peine...
Toi, vile, insidieuse et maudite créature
Détestée, évitée par le saint comme le pécheur,
Comment oses-tu poser tes pattes sur elle,
Une dame si distinguée ! »

Le narrateur conseille au pou « d'aller chercher son dîner ailleurs » et suggère « un pauvre diable », « la tempe d'un mendiant », « le foulard en flanelle de quelque ménagère » ou encore « le tricot de corps blême d'un garçon en haillons » plutôt que d'aller se percher sur « une dame si distinguée ! » Tout à coup, le narrateur se désintéresse du pou et commence à s'adresser à la dame en l'appelant par son prénom :

« Ô Jenny, ne remuez pas la tête,
Et ne balancez pas vos jolies tresses !
Vous ignorez à quelle maudite vitesse
La créature se hâte ! »

Par vanité, Jenny fait onduler ses tresses, apparemment en réponse aux clins d'œil et aux regards des personnes de la congrégation qui admirent son bonnet « de gaze et de dentelle ». Sa vanité semble déplacée au narrateur qui, lui, voit tout autre chose – le pou – ce qui n'inspire guère l'admiration. Le poème se termine par une imploration :

« Oh ! Si quelque puissance pouvait nous accorder la faveur
De nous voir comme les autres nous voient !
Cela nous éviterait force faux pas
Et idées absurdes.
Nous perdriions de notre superbe, en habits comme en carrosse
Et même en dévotion ! »

Se voir comme les autres nous voient. Se voir dans les autres. Voir l'autre en nous-mêmes. Voir les autres comme ils se voient eux-mêmes. Voir le monde et soi-même à travers les yeux des autres. Être éveillé à soi-même, c'est donc éviter bien des « faux pas », des « idées absurdes ». C'est éviter de se donner de grands airs et une « dévotion » narcissique. Cela

réclame une discipline personnelle particulière et constante. Mais nous avons également besoin d'une discipline institutionnelle, de règles qui, par défaut, nous poussent à défendre la dignité des personnes marginalisées en tant que sachants. Pour construire et maintenir de telles institutions, il faut passer par une action collective. Et pour cela, un inconfort moral partagé sera peut-être nécessaire.

Nous devrions parvenir à exprimer le fait d'avoir été lésé en tant que sachant d'une manière qui soit intelligible et acceptable pour ceux qui sont en mesure de remédier à la situation, mais aussi pour formuler clairement le problème afin qu'une fois notre tâche accomplie, nous ne soyons plus des victimes, mais une menace. C'est peut-être ce que Robert Burns essayait aussi de faire dans son poème. Bien qu'intitulé « *À un pou* », peut-être s'adressait-il en fait « à une dame ». En se plaçant dans le camp de cette dernière, en prenant son parti et en parlant en sa faveur, avant finalement de lui adresser indirectement un message sur la conscience de soi. Ainsi, il ne s'est pas attaqué de front à la bonne société représentée ici par la dame. Il a transmis son message, sous forme de prière à « une puissance » – à Dieu – pour mieux faire passer la pilule. Peut-être a-t-il été efficace, mais il n'est pas normal qu'il ait eu à se donner autant de mal.

CONCLUSION

« Mais vous n'avez pas besoin de statistiques ou d'experts extérieurs pour connaître la vérité. Vous n'avez qu'à ouvrir les yeux. Je veux dire à ces personnes [qui disent qu'il n'y a ni faim, ni malnutrition, ni famine] de venir à Gaza et d'essayer de nous répéter ces mensonges, les yeux dans les yeux. Ils verront ce que nous savons... Si cela ne suffit pas à mettre fin à ce cauchemar, si nous n'arrivons même pas à faire reconnaître nos souffrances, alors nous devrions tous arrêter de prétendre que nous sommes des humains qui prennent soin les uns des autres de façon égale. »

Mohammed MHAWISH (2024)

Si l'on me demandait de suggérer un autre titre à ce livre, ce serait *Connecter un système à davantage de lui-même*. Dans tous les chapitres qui composent cet ouvrage, je me suis abstenu d'être trop prescriptif. J'ai plutôt cherché à indiquer les axes sur lesquels nos efforts pourraient se concentrer afin de transformer le champ académique de la santé mondiale et de mettre en évidence les lignes de faille et les leviers d'action sur lesquels nous pouvons agir collectivement. Si l'on me demandait d'énoncer une seule recommandation en conclusion de cet ouvrage, ce serait que l'équité nous oblige à connecter un système à « davantage de lui-même ». L'inverse est malheureusement tout aussi vrai. Les inégalités se développent lorsqu'un système est fracturé en son sein, lorsqu'il est déconnecté de lui-même ou lorsqu'il marginalise certaines parties de lui-même et lorsque les canaux de communication qui diffusent les connaissances – et, par extension, les canaux de redevabilité – sont bloqués, occultés, ignorés, privés de ressources, voire absents.

Connecter un système à davantage de lui-même constitue le filigrane, le fil conducteur et la conclusion de ces textes. C'est à la fois une explication de l'inégalité et une recette pour plus d'équité. C'est en

même temps conceptuel et concret. Au début, cela paraît vague et abstrait, mais les argumentations présentées ici ont pour but de rendre perceptible cette affirmation conceptuelle. Après avoir lu cet ouvrage, j'espère que vous pourrez facilement comprendre comment les efforts pour connecter un système à « davantage de lui-même » permettent de résoudre les problèmes – ou comment les problèmes proviennent justement de canaux faibles, limités, inactifs ou ignorés pour la connexion d'un système à « davantage de lui-même ». Plus vous y réfléchissez, plus cela devient concret. Si malgré ce qui précède ce n'est toujours pas la première chose qui vous vient à l'esprit lorsque vous essayez d'expliquer ou de résoudre des injustices, voici une autre façon d'y penser.

Certaines affirmations que vous lisez ou entendez suscitent immédiatement une réfutation ou une envie instinctive d'objecter, ne serait-ce que pour le simple plaisir de le faire. Prenons, par exemple, cette affirmation de l'économiste et philosophe indien Amartya Sen : « Dans la terrible histoire des famines dans le monde, aucune famine notable ne s'est jamais produite dans un pays indépendant et démocratique doté de médias relativement libres » (SEN, 1999a). Il ajoute, avec une confiance remarquable, que « nous ne trouverons aucune exception à cette règle, où que nous cherchions ». Il affirme que cela est vrai « même dans des pays très pauvres qui connaissent une situation alimentaire très défavorable » (SEN, 2009). C'est une affirmation osée et audacieuse. Pour faire valoir son point de vue, il énumère les famines qui ont sévi au sein de régimes autoritaires au cours du xx^e siècle (Soudan, Corée du Nord, Éthiopie, Somalie, Chine, Union soviétique) et aussi en Irlande au xix^e siècle sous un régime colonial britannique autoritaire. Il passe également en revue ce qu'il a pu voir à l'âge de neuf ans au Bengale, durant la Seconde Guerre mondiale, lorsque l'Inde était encore sous le régime colonial autoritaire de l'Empire britannique.

Cette affirmation, bien qu'élégante dans sa simplicité, est une fiction utile. Bien que convaincante, elle ne m'a jamais complètement persuadé. Non pas parce que je pense qu'elle est fausse, ou plus fausse que toute autre fiction utile, mais parce qu'elle ne réussit pas à nommer le mécanisme à l'œuvre qui, pour moi, est la nécessité de connecter un

système à « davantage de lui-même ». Ce mécanisme est présent, mais seulement de manière implicite, dans l'explication de Amartya Sen :

« La famine au Bengale en 1943, dont j'ai été témoin étant enfant, a été rendue possible non seulement par l'absence de démocratie dans l'Inde coloniale, mais aussi par les sévères restrictions sur la liberté de la presse et le droit à la critique, imposées à la presse indienne, ainsi que par la pratique du "silence" volontaire sur la famine par les médias britanniques (comme participation à un prétendu "effort de guerre", de peur d'aider les forces militaires japonaises qui se trouvaient en Birmanie, aux portes de l'Inde). L'effet combiné du silence des médias, tant imposé que volontaire, a été de museler en Grande-Bretagne métropolitaine tout débat public de fond sur cette famine. C'était également vrai pour le parlement de Londres, qui n'a ni évoqué la famine ni envisagé des mesures politiques pour y faire face (du moins, pas avant octobre 1943, lorsque le journal *The Statesman* lui a forcé la main). Il n'y avait bien sûr pas de parlement en Inde sous l'administration coloniale britannique » (SEN, 2009).

La famine avait plusieurs causes (SEN, 1983). Il s'agissait d'une famine rurale provoquée par une pression inflationniste qui a rendu le prix des denrées alimentaires inaccessible pour les travailleurs ruraux sans terre. L'économie de guerre était alors en plein essor, avec notamment d'importants travaux de construction militaires au Bengale, ce qui pesait là encore sur le prix des denrées alimentaires. Il y avait par ailleurs des politiques coloniales de distribution alimentaire pour les habitants des zones urbaines qui aggravaient l'inflation et des restrictions commerciales sur les importations de produits alimentaires entre les provinces indiennes qui maintenaient la cherté des prix. Mais ce qui m'intéresse dans cette célèbre affirmation, c'est son caractère fondamentalement épistémique ; une caractéristique qui est malheureusement occultée par le fait que le mécanisme n'est pas clairement mentionné. L'énonciation du mécanisme aurait pourtant rendu l'affirmation beaucoup plus facilement transférable – par le biais de l'abstraction – à d'autres problèmes ou espaces. Des espaces tels que le milieu académique ou le champ de la santé mondiale, les relations entre un chercheur et la personne sur laquelle porte la recherche, ou encore les relations entre un pays souverain et un autre. Voici comment Amartya Sen a défini le cadre épistémique de cette affirmation :

« Les dirigeants d'un pays sont souvent tenus à l'écart, dans leur propre existence, de la misère des gens ordinaires. Ils peuvent traverser une crise nationale, telle qu'une famine ou une autre catastrophe, sans avoir à partager le sort des autres victimes. Toutefois, lorsqu'ils sont confrontés à la critique publique dans les médias et qu'ils doivent se soumettre à des élections scrutées par une presse libre, ces dirigeants doivent également en payer le prix et cela les incite fortement à prendre des mesures à temps afin d'éviter de telles crises » (SEN, 2009).

Il s'agit d'une affirmation qui porte sur le fait d'être à distance, d'être dans le monde, mais pas du monde. Elle porte sur la déconnexion entre les personnes dotées de pouvoir et celles qui en ont moins. Elle concerne la façon dont la distance nous rend insensibles à la souffrance des autres. Selon Amartya Sen, la presse constitue l'agent de connexion et les dirigeants sont incités à réagir pour des raisons électoralistes. Ce besoin de connexion suscitant la redevabilité s'applique ailleurs, comme entre des dirigeants privilégiés et les personnes à la marge, ou comme entre ceux qui font de la santé mondiale et ceux pour qui cette discipline est faite. Mais qui joue alors le rôle de la presse (en tant qu'agent de connexion) dans ce domaine, et qu'est-ce qui (comme les élections) pourrait contraindre ceux qui font de la santé mondiale à être responsables ? Toute distance nécessite un canal de connexion ainsi qu'un groupe de témoins pour que ceux qui détiennent le pouvoir, d'un côté, soient obligés de rendre des comptes à ceux qui en sont privés, de l'autre. Il peut s'agir d'un code de conduite ou d'un ensemble de normes, en tout cas de règles que les puissants accepteront d'appliquer et que les moins puissants – par le biais de leurs propres liens de connexion ou par le biais de ceux de tiers – pourront utiliser pour les obliger à s'y conformer. La façon dont nous élaborons, modifions, suivons et appliquons ces règles d'engagement devrait être un sujet de délibération collective omniprésent pour tous ceux d'entre nous qui travaillent à distance et font de la santé mondiale.

Considérons, par exemple, la distance entre Amartya Sen et les personnes qui souffraient durant la famine de 1943 au Bengale : « personne parmi sa famille ou ses amis, où que ce soit dans la région, n'a jamais eu à s'inquiéter pour la nourriture » (DABHOIWALA, 2022). Son statut de privilégié, qu'il admet lui-même (la posture), ainsi que le statut privilégié de ses collègues universitaires ou de l'élite politique pour lesquels

il a élaboré son affirmation (le regard) ont pu influencer la structuration de cette dernière, soit celle d'un regard étranger. Après tout, ce que la démocratie prévient, ce sont les situations de famine extrême durant lesquelles des milliers de personnes meurent de faim en un bref laps de temps. La famine de 1943 au Bengale a coûté la vie à environ trois millions de personnes (SEN, 1983). On déclare une famine lorsqu'au moins 20 % des foyers sont touchés par des pénuries alimentaires extrêmes, lorsque 30 % des enfants souffrent de malnutrition aiguë et quand 2 personnes sur 10 000 meurent quotidiennement de faim ou de maladie liée à la malnutrition (IPC GLOBAL PARTNERS, 2021). Mais l'état latent de faim et de malnutrition, qui est pour sa part responsable de bien plus de décès que les famines, existe à la fois dans les démocraties et dans les régimes non-démocratiques. Dans ce sens-là, l'effet de la démocratie n'a rien de notable. Ce qui est par contre remarquable, c'est de savoir pourquoi, en dépit de leur liberté de la presse et d'élections libres, les démocraties tolèrent la malnutrition et la famine à grande échelle. Cette question semble plus prometteuse. La structure de l'affirmation de Amartya Sen aurait peut-être été différente si elle avait été formulée avec une posture différente, pour un regard différent. Ceux d'entre nous qui travaillent dans le champ de la santé mondiale doivent être disposés à enfin considérer l'influence de leur posture et de leur regard sur la façon dont ils structurent leurs affirmations, leurs analyses et leurs interprétations. Nous devons en effet explorer des idées que notre position par défaut nous fait éviter, sinon notre incapacité à nous connecter restera une constante.

L'affirmation de Amartya Sen s'arrête donc à « l'intervention » suivante : la démocratie saupoudrée d'une pincée de liberté de la presse. Cela ne va pas assez loin pour dévoiler le principe actif – le mécanisme – de cette intervention, qui consiste à *connecter un système à davantage de lui-même*. Formulée ainsi, l'affirmation de Amartya Sen peut être transposée et reproductible en adoptant une infinité de formes différentes selon les contextes. Se contenter de prescrire la démocratie et la liberté de la presse en tout lieu serait une erreur, car quelles que soient les affirmations faites en leur nom, la démocratie et la liberté de la presse ne s'appliquent pas dans tous les domaines ou à tous les niveaux d'une organisation. Si notre objectif est de chercher à tirer des enseignements, peu importe l'époque ou le contexte, une intervention doit être comprise, promue et étudiée principalement en rapport avec son principe actif. C'est donc tout aussi vrai pour la décentralisation (un mécanisme)

qui doit l'être en rapport avec le financement basé sur la performance (une intervention). Le principe actif nous rapproche de la réalité, nous permet de constater ce qui se passe réellement avec une perspicacité qui dépasse les simples preuves présentées au regard étranger comme des clichés. Pour en revenir au cas de la famine, elle centre notre attention sur ceux qui souffrent de la faim et de la malnutrition, plutôt que sur les puissants, et sur le distant regard étranger. Lorsque nous écoutons à distance, nous entendons ou nous percevons des sons que l'on peut facilement reconnaître. Lorsque nous parlons à quelqu'un qui se trouve à distance, nous avons tendance à évoquer des choses qui sont, d'après nous, connues de notre interlocuteur. Pour ces raisons, nous devons rejeter un champ de recherche dans lequel, par défaut, ce sont des puissants qui parlent à d'autres puissants à propos des moins puissants. C'est le genre d'arrangement par défaut qui engendre un monde déconnecté, un monde dans lequel les inégalités prospèrent.

Pour relier un système à « davantage de lui-même », il faut également ne négliger aucun des axes de connexion, en examinant les trois axes des triangles des règles et des personnes. Premièrement, l'axe qui relie le gouvernement colonial britannique autoritaire aux communautés marginalisées menacées de famine dans les zones rurales du Bengale. Deuxièmement, l'axe qui relie ce gouvernement au marché des denrées alimentaires. Troisièmement, l'axe qui relie les communautés marginalisées avec le marché de l'alimentaire. Amartya Sen a choisi le premier axe comme principal axe d'intervention. En démocratie, « les famines sont faciles à prévenir », « ne touchent qu'une petite partie de la population » et elles peuvent être résolues grâce à des « créations d'emplois d'urgence » (SEN, 2009). En effet, les famines ne sont pas causées par un manque d'approvisionnement, mais par une chute brutale du niveau relatif des revenus, qui fait que les personnes déjà marginalisées ne sont plus à même d'acheter des aliments (SEN, 1983). Mais qu'en est-il du deuxième et du troisième axe, des axes par lesquels les différents niveaux de gouvernance ou les communautés marginalisées pourraient faire pression sur le marché pour faire baisser les prix des denrées alimentaires ou pour le faire fonctionner différemment ? Après tout, le gouvernement colonial britannique a déjà fourni des subventions alimentaires aux personnes disposant d'un peu plus de pouvoir des zones urbaines du Bengale, ce qui a d'ailleurs contribué à augmenter les prix des aliments et à aggraver la famine rurale. Qui seraient alors dans ce cas les agents assurant les connexions ? La presse ? Les universitaires ?

Les activistes ? Dans tous les cas, nous devons nous méfier lorsque les puissants tentent d'imposer la solution ou l'interprétation d'un problème qui leur convient le mieux. C'est encore plus vrai lorsque cela leur permet de masquer le fonctionnement intérieur du système, tel qu'il est perçu par les personnes marginalisées, au travers d'une perspective qui s'adresse à leur regard. Ou lorsque cela omet de connecter le système à « davantage de lui-même ».

Les triangles nous donnent trois ensembles d'acteurs. Mais il y a un autre ensemble d'acteurs à prendre en compte : ceux qui jouent le rôle de diffuseurs de savoir, qui participent à la circulation des connaissances au sein d'un système et sans lesquels notre vision sur l'utilisation des connaissances dans un système donné serait incomplète. Dans l'affirmation de Amartya Sen, la presse est un diffuseur de savoir qui (comme les activistes et les universitaires) peut fonctionner à l'échelle mondiale, nationale ou infranationale de l'organisation sociale. À plus petite échelle, ces diffuseurs de savoir et les plateformes qu'ils utilisent peuvent prendre différentes formes. Dans une petite communauté, le marché, la place du village ou le système de collecte de données sur la santé sont des plateformes de connaissances. Le crieur public ou la cheffe du marché sont les diffuseurs de connaissances qui utilisent ces plateformes. Dans notre vision plus complète de l'utilisation des connaissances dans un système, ils sont les « professeurs ». Les « émancipateurs » quant à eux sont des groupes de femmes et de jeunes ainsi que des activistes de la communauté. Les « ingénieurs » sont les dirigeants communautaires ou les conseillers municipaux. Les « plombiers » enfin, sont des praticiens travaillant dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation ou de l'assainissement. Des acteurs et des plateformes similaires remplissent chacune de ces quatre fonctions à un échelon plus élevé de l'organisation. Des universitaires externes, des activistes et la presse peuvent ainsi aider à connecter ces acteurs entre eux, au besoin en aidant les « professeurs » communautaires et les « émancipateurs » à fonctionner de manière optimale. Cela peut passer par la création ou le renforcement de plateformes de connaissances communautaires et nous devons être prêts à respecter des règles (comme dans le principe de subsidiarité) et à agir en conséquence.

Considérer que notre rôle principal consiste à aider un système à se connecter à « davantage de lui-même » revient à accepter que les sachants marginalisés constituent le principal public de notre travail.

Cela implique de respecter leur dignité en tant que sachants, en tant que spectateurs pour lesquels nous œuvrons. L'affirmation de Amartya Sen mentionnait l'absence de deux plateformes de connaissances. Le parlement, d'une part : il n'y avait « aucun parlement en Inde sous l'administration coloniale britannique », mais seulement le « Parlement de Londres » (SEN, 2009), et la presse d'autre part : « de sévères restrictions [...] ont été imposées à la presse indienne » par le gouvernement colonial britannique autoritaire et il y avait une « pratique du “silence” volontaire » au sujet de la famine de la part de la presse britannique, soucieuse de ne pas déplaire à ses propriétaires et à son public principal. Cette explication de la famine montre pourquoi vous devez posséder vos propres plateformes de connaissances puisqu'elles existent pour servir vos propres intérêts. La plus importante des priorités est alors de construire et de renforcer vos propres plateformes de connaissances (ABIMBOLA, 2023a). Cela montre par ailleurs ce qu'il se passe lorsque vous êtes obligé de recourir aux plateformes d'autres personnes. C'est pourquoi une revue universitaire britannique ne peut pas correctement servir les intérêts de l'Inde. Les plateformes de connaissances qui auraient dû servir les personnes marginalisées du Bengale étaient sous la propriété et le contrôle des Britanniques ou bien implantées au Royaume-Uni. Le regard auquel s'adressaient les acteurs du savoir sur ces plateformes était un regard britannique, d'où la famine et d'où la faim et la malnutrition qui ont précédé cette dernière.

Les textes rassemblés dans le présent ouvrage cherchent à expliquer les situations dans lesquelles on peut être lésé en tant que sachant et à montrer à l'aide d'exemples ce que cela signifie concrètement. L'affirmation à valeur instrumentale selon laquelle la démocratie et la liberté de la presse préservent des famines n'est pas suffisante – ne serait-ce que parce qu'elles n'empêchent ni la malnutrition ni la famine. Et dire que ce qui est répréhensible dans le fait d'être lésé en tant que sachant, c'est l'incapacité de connecter un système à « davantage de lui-même » ne suffit pas non plus, surtout si notre argumentation repose sur le fait que le premier objectif de cette connexion consiste à garantir l'équité. Ce serait là encore un argument à valeur instrumentale. Le bon argument découle de la raison pour laquelle nous devrions avant tout nous soucier de l'équité. Parce que nous respectons la dignité de chaque personne en tant que sachant – pas uniquement pour cela, mais dans ce cas précis, surtout pour cela. Malheureusement, l'équité n'est pas nécessairement garantie par la démocratie et la liberté de la presse, qui, telles qu'elles

fonctionnent actuellement, coexistent avec la marginalisation et tolèrent la malnutrition et la famine, et peuvent être mobilisées dans le cas plus extrême d'une famine imminente. Respecter la dignité de chacun en tant que sachant, c'est vérifier en permanence quelles crises ou quelles « morts lentes » (BERLANT, 2007) sont tolérées par nous, qui avons le privilège d'œuvrer dans la santé mondiale, au nom des personnes qui souffrent. Cela requiert par ailleurs que les intérêts des personnes marginalisées soient bien défendus par les diffuseurs de savoir, par leurs propres plateformes de connaissances et par celles des autres.

Dans son essai, *First and Second Things*, l'écrivain et spécialiste de la littérature britannique du xx^e siècle C.S. Lewis plaide en faveur d'une réorganisation hiérarchique de nos priorités. Il distingue ainsi deux niveaux d'importance entre choses primaires et secondaires (LEWIS, 1970). Il identifie la « dignité » et la « justice » comme des exemples de « choses primaires », qui fournissent une raison et des engagements éthiques permettant de déterminer comment et pourquoi nous faisons ces choses secondaires. Selon cette vision, lorsque nous relient un système à « davantage de lui-même », c'est en raison de deux choses primaires, à savoir l'engagement à respecter la dignité de chaque personne, particulièrement en tant que sachant (dignité épistémique), et l'engagement envers la justice (incluant la justice épistémique). Et les efforts visant à atteindre l'équité en matière de santé sont donc des choses secondaires. « Priorité aux choses importantes », déclare C.S. Lewis, « et ensuite seulement nous passons à la deuxième étape : si nous priorisons la seconde chose, alors nous perdons à la fois la première et la seconde » (LEWIS, 2007). La réalisation de l'équité en matière de santé ne pourra se faire que par la lutte pour la dignité et la justice. Si nous nous occupons de choses secondaires sans être guidés par notre engagement envers les choses primaires, alors nous n'atteindrons ni l'équité, ni la dignité ni la justice. Cette idée de hiérarchie des priorités est bien illustrée par le proverbe yoruba : *Ikú yá j'èsín lẹ* (« Plutôt la mort que le viol de la dignité ») (ABIMBOLA, 2023b), que nous pourrions paraphraser ainsi : « Je préfère mourir plutôt que de voir ma dignité bafouée au nom de ma survie ou de votre quête pour l'équité en mon nom ».

Dans notre quête pour l'équité en matière de santé, rien n'est plus fondamental que la dignité et la justice épistémique. Dans la manière dont

nous choisissons notre regard et nos plateformes de connaissances, dont nous les créons et les renforçons. Comment nous remédions au déficit de crédibilité et à la marginalisation interprétative infligés aux personnes dans leur rôle de locuteur (posture) ou de public (regard). La façon dont nous relions un système à « davantage de lui-même », que nous nous connectons au regard des personnes marginalisées ou que nous contribuons à connecter un espace social à « davantage de lui-même » – les marges et le centre ; l'« émancipateur » au « plombier » ; l'« émancipateur » à l'« ingénieur » ; l'« ingénieur » au « plombier ». Toutes les inégalités ont en effet des racines épistémiques. Dans le champ académique de la santé mondiale, nous cherchons souvent à corriger les inégalités sociales de santé sans en premier lieu nous préoccuper et sans prendre sérieusement en considération ce qui les sous-tend et leur donne vie. Nous infligeons, de ce fait, encore plus d'indignité et d'injustice. Nos interprétations sont par conséquent fausses, nos efforts mal dirigés, nos interventions malavisées et au final, nous sommes inefficaces. Pour être plus efficace, il faut penser à la manière dont Amartya Sen nous a encouragés à le faire au sujet de la famine – à laquelle il aurait pu ajouter la faim et la malnutrition –, à savoir que se contenter de fournir de la nourriture n'est pas la solution. La véritable solution consiste à améliorer le pouvoir d'achat des personnes marginalisées, « dans la mesure où, dans une économie de marché, le revenu donne droit à la nourriture » (SEN, 1983). Même si ce n'est pas le but ultime de nos efforts, qui vont au-delà de la prévention des famines. Comme Amartya Sen le soutient, notre engagement en faveur de la dignité nous oblige à œuvrer et à lutter pour que chacun dispose des capacités et des libertés nécessaires pour s'épanouir (SEN, 1999b), c'est là l'objectif ultime.

Cette conclusion a été rédigée en avril 2024, au moment où le monde commençait à prendre conscience de l'imminence de la famine à Gaza (IPC GLOBAL FAMINE REVIEW COMMITTEE, 2024), après des semaines de bombardements et de blocus par le gouvernement colonial autoritaire israélien, qui a fait des dizaines de milliers de morts et en a placé des dizaines de milliers d'autres dans une situation de malnutrition et de famine. À cette époque, plus de cent journalistes et professionnels des médias avaient été tués, la grande majorité d'entre eux étant palestiniens, certains ayant été tués avec leurs familles (COMITÉ POUR LA PROTECTION DES JOURNALISTES, 2024 ; FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES JOURNALISTES, 2024). À ce jour, les vidéos présentant la portée et les effets des actions d'Israël ont eu un impact limité sur le cours des

événements, en dépit d'une décision préliminaire rendue par la Cour internationale de Justice à la suite d'une action intentée par l'Afrique du Sud. Cette décision jugeait nécessaire de mettre en place des mesures urgentes visant à protéger « les Palestiniens de Gaza », compte tenu du « risque réel et imminent » que représente le gouvernement autoritaire et colonial d'Israël pour leur droit « d'être protégés contre des actes de génocide » (COUR INTERNATIONALE DE JUSTICE, 2024). Une fois encore, l'affirmation de Amartya Sen se vérifie avec la famine imminente à Gaza, tout comme avec la faim et la malnutrition généralisées qui en étaient les précurseurs. Quatre-vingts ans plus tard, la situation présente plusieurs analogies frappantes avec la famine du Bengale de 1943. Ces similitudes sont glaçantes, bouleversantes et révoltantes.

Dans un article écrit à Gaza en avril 2024, Mohammed Mhawish, un journaliste palestinien, a décrit comment sa famille et lui souffraient de la faim, de la malnutrition et de la famine du fait des bombardements et du blocus israéliens. Il disait croire au pouvoir du regard, le sien, celui de sa famille et de son peuple pour informer et rendre compte de la vérité : « Il suffit de nous regarder », de « regarder nos visages » et de « regarder ce que nous savons » (MHAWISH, 2024). Son fervent appel pour que nous réorientions notre attention sur le regard local fait fortement écho au contenu du présent ouvrage. Si nous ne parvenons pas à imposer le respect du regard local, seul capable de discipliner ceux qui cherchent à obscurcir la vérité, qui empêchent les communications, les destructeurs de diffuseurs de savoir et de plateformes de connaissances et les « professeurs » de tout acabit, alors que nous reste-t-il ?

BIBLIOGRAPHIE

ABERS R.N., 2019 – Bureaucratic activism: pursuing environmentalism inside the Brazilian state. *Lat Am Polit Soc*, 61 (2): 21-44.

ABIMBOLA S., 2016 – The information problem in global health. *BMJ Glob Heal*, 1 (1): e900001.

ABIMBOLA S., 2018 – On the meaning of global health and the role of global health journals. *Int Health*, 10 (2): 63-65.

ABIMBOLA S., 2020 – Beyond positive a priori bias: reframing community engagement in LMICs. *Health Promot Int*, 35 (3): 598-609.

ABIMBOLA S., 2023a – Knowledge from the global South is in the global South. *J Med Ethics*, 49 (5): 337-338.

ABIMBOLA S., 2023b – When dignity meets evidence. *Lancet*, 401 (10374): 340-341.

ABIMBOLA S. et PAI M., 2020 – Will global health survive its decolonisation? *Lancet*, 396 (10263): 1627-1628.

ABIMBOLA S., NEGIN J., JAN S., MARTINIUK A., 2014 – Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*, 29 (Suppl 2): ii29-39.

ABIMBOLA S., UKWAJA K.N., ONYEDUM C.C., NEGIN J., JAN S., MARTINIUK A.L., 2015a – Transaction costs of access to health care: implications of the care-seeking pathways of tuberculosis patients for health system governance in Nigeria. *Glob Public Heal*, 10 (9): 1060-1077.

ABIMBOLA S., OLANIPEKUN T., IGBOKWE U., NEGIN J., JAN S., MARTINIUK A.L., IHEBUZOR N., AINA M., 2015b – How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. *Glob Health Action*, 8: 26616.

ABIMBOLA S., OGUNSINA K., CHARLES-OKOLI A.N., NEGIN J., MARTINIUK A.L., JAN S., 2016a – Information, regulation and coordination: realist analysis of the efforts of community health committees to limit informal health care providers in Nigeria. *Health Econ Rev*, 6: 51.

ABIMBOLA S., MOLEMODILE S.K., OKONKWO O.A., NEGIN J., JAN S., MARTINIUK A.L., 2016b – “The government cannot do it all alone”: realist analysis of the minutes of community health committee meetings in Nigeria. *Health Policy Plan*, 31 (3): 332-345.

ABIMBOLA S., NEGIN J., MARTINIUK A.L., JAN S., 2017a – Institutional analysis of health system governance. *Health Policy Plan*, 32 (9): 1337-1344.

ABIMBOLA S., OLANIPEKUN T., SCHAAF M., NEGIN J., JAN S., MARTINIUK A.L., 2017b – Where there is no policy: governing the posting and transfer of primary health care workers in Nigeria. *Int J Health Plann Manage*, 32 (4): 492-508.

ABIMBOLA S., BAATIEMA L., BIGDELI M., 2019 – The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy Plan*, 34 (8): 605-617.

ABIMBOLA S., ASTHANA S., MONTENEGRO C., GUINTO R.R., JUMBAM D.T., LOUSKIETER L., KABUKEI K.M., MUNSHI S., MURAYA K., OKUMU F., SAHA S., SALUJA D., PAI M., 2021 – Addressing power asymmetries in global health: imperatives in the wake of the Covid-19 pandemic. *PLoS Med*, 18 (4): e1003604.

ABIMBOLA S., VAN DE KAMP J., LARIAT J., RATHOD L., KLIPSTEIN-GROBUSCH K., VAN DER GRAAF R., BHAKUNI H., 2024 – Unfair knowledge practices in global health: a realist synthesis. *Health Policy Plan*, 39 (6): 636-650.

ABRAMOWICZ M. et SZAFARZ A., 2020 – « Ethics of RCTs: Should Economists Care about Equipoise? ». In Bédécarrats F., Guérin I., Roubaud F. (eds): *Randomized Control Trials in the Field of Development: A Critical Perspective*. Oxford, Oxford University Press: 280-292.

ABRAMSON K., 2014 – Turning up the lights on gaslighting. *Philos Perspect*, 28: 1-30.

ACEMOGLU D., JOHNSON S., ROBINSON J.A., 2001 – The colonial origins of comparative development: an empirical investigation. *Am Econ Rev*, 91 (5): 1369-1401.

ACEMOGLU D., JOHNSON S., ROBINSON J.A., 2002 – Reversal of fortune: geography and institutions in the making of the modern world income distribution. *QJ Econ*, 117 (4): 1231-1294.

ADAMS V. (ed), 2016 – *Metrics: What Counts in Global Health*. Durham, Duke University Press.

ADELUSI-ADELUYI A. et BIGON L., 2008 – « City Planning: Yorùbá City Planning ». In Selin H. (ed): *Encyclopaedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*. Dordrecht, Springer: 1-7.

ADESOKAN A., 2012 – New African writing and the question of audience. *Res African Lit*, 43 (3): 1-20.

AELLAH G., CHANTLER T., GEISSLER P., 2016 – *Global Health Research in an Unequal World: Ethics Case Studies from Africa*. Oxfordshire, CAB International.

AFFUN-ADEGBULU C. et ADEGBULU O., 2020 – Decolonising Global (Public) Health: from Western universalism to Global pluriversalities. *BMJ Glob Heal*, 5 (8): e002947.

ANDERSON A., 2005 – The origins of pentecostalism and its global spread in the early twentieth century. *Transformation*, 22 (3): 175-185.

ANDERSON A., 2006 – The Azusa Street Revival and the emergence of pentecostal missions in the early twentieth century. *Transformation*, 23 (2): 107-118.

ANDERSON W., 2021 – Where is the postcolonial history of medicine? *Bull Hist Med*, 72 (3): 522-530.

ANDRADE E.N. da C., 1965 – The birth and early days of the Philosophical Transactions. *Notes Rec R Soc Lond*, 20 (1): 9-27.

ANDREOULI E., GASKELL G., SAMMUT G., VALSINER J., 2015 – « Social representations: a revolutionary paradigm? ». In Andreouli E., Gaskell G., Sammut G., Valsiner J. (eds): *The Cambridge Handbook of Social Representations*. Cambridge, Cambridge University Press: 3-11.

APIIAH K.A., 2017 – *As If: Idealization and Ideals*. Cambridge, Harvard University Press.

ARENDT H., 1968 [1967] – « Truth and Politics ». In Arendt H. (ed): *Between Past and Future: Eight Exercises in Political Thought*. Londres, Penguin Books: 227-264.

ASKEW D.A., BRADY K., MUKANDI B., SINGH D., SINHA T., BROUGH M., BOND C., 2020 – Closing the gap between rhetoric and practice in strengths-based approaches to Indigenous public health: a qualitative study. *Aust N Z J Public Health*, 44 (2): 102-105.

BAILIE J., CUNNINGHAM F.C., BAINBRIDGE R.G., PASSEY M.E., LAYCOCK A.F., BAILIE R.S., LARKINS S.L., BRANDS J.S.M., RAMANATHAN S., ABIMBOLA S., PEIRIS D., 2018 – Comparing and contrasting “innovation platforms” with other forms of professional networks for strengthening primary healthcare systems for Indigenous Australians. *BMJ Glob Heal*, 3 (3): e000683.

BALDWIN J., 1998 [1976] – « The Devil Finds Work ». In Morrison T. (ed): *James Baldwin: Collected Essays*. New York, The Library of America: 562.

BALOGUN B.J., 2014 – Ibi: an examination of the Yoruba traditional-existentialist conception of evil. *Thought Pract*, 6 (2): 55-73.

BANQUE MONDIALE, 2004 – *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/527371468166770790/World-Development-Report-2004-Making-services-work-for-poor-people-Overview>

BARASA E.W., MANYARA A.M., MOLYNEUX S., TSOFA B., 2017 – Recentralization within decentralization: county hospital autonomy under devolution in Kenya. *PLoS One*, 12 (8): e0182440.

BARASA E., BOGA M., KAGWANJA N., KINYANJUI S., MOLYNEUX C., NYIKURI M., NZINGA J., TSOFA B., WATHAKA D., WAWERU E., ABDULAH O., MALINGI T., OMAR A., MAZOYA B., LELI H., MATAZA C., BRADY L., CLEARY S., DAIRE J., GILSON L., LEHMANN U., SCHAAAY N., SCHNEIDER H., SCOTT V., ELLOKOR S., OLCKERS P., DU TOIT A., CHOONARA S., GOUDGE J., NXUMALO N., MADZUDZO N. et HLAHANE S., 2020 – Learning sites for health system governance in Kenya and South Africa: reflecting on our experience. *Heal Res Policy Syst*, 18 (1): 44.

BASINGA P., GERTLER P.J., BINAGWAHO A., SOUCAT A.L.B., STURDY J., VERMEERSCH C.M.J., 2011 – Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*, 377 (9775): 1421-1428.

BAUER M.W. et GASKELL G., 2008 – Social Representations Theory: a progressive research programme for social psychology. *J Theory Soc Behav*, 38 (4): 335-353.

BÉDÉCARRATS F., GUÉRIN I., ROUBAUD F., 2019 – All that glitters is not gold: the political economy of randomized evaluations in development. *Dev Change*, 50 (3): 735-762.

BELGHITI ALAOU A., DE BROUWERE V., MEESSEN B., BIGDELI M., 2020 – Decision-making and health system strengthening: bringing time frames into perspective. *Health Policy Plan*, 35 (9): 1254-1261.

BEN-NER A. et VAN HOOMISSEN T., 1991 – Nonprofit organizations in the mixed economy: a demand and supply analysis. *Ann Public Coop Econ*, 62 (4): 519-550.

BERLANT L., 2007 – Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency). *Crit Inq*, 33 (4): 754-780.

BERTONE M.P., FALISSE J.B., RUSSO G., WITTER S., 2018 – Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance-based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLoS One*, 13 (4): e0195301.

BHAKUNI H., 2023 – Epistemic repair in global health: a human rights approach towards epistemic justice. *BMJ Glob Heal*, 8 (8): e013544.

BHAKUNI H. et ABIMBOLA S., 2021 – Epistemic injustice in academic global health. *Lancet Glob Heal*, 9 (10): e1465-70.

BHATIA A., KRIEGER N., SUBRAMANIAN S.V., 2019 – Learning from history about reducing infant mortality: contrasting the centrality of structural interventions to early 20th century successes in the United States to their neglect in current global initiatives. *Milbank Q*, 97 (1): 285-345.

BHAUMIK S. et JAGNOOR J., 2019 – Diversity in the editorial boards of global health journals. *BMJ Glob Heal*, 4 (5): e001909.

BIEHL J. et PETRYNA A., 2013 – « Critical Global Health ». In Biehl J. et Petryna A. (eds): *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton, Princeton University Press: 1-20.

BIEHL J. et PETRYNA A., 2014 – Peopling Global Health. *Saúde e Soc*, 23 (2): 376-3389.

BIGDELI M., ROUFFY B., LANE B.D., SCHMETS G., SOUCAT A., 2020 – Health systems governance: the missing links. *BMJ Glob Heal*, 5 (8): e002533.

BLOOM G., WILKINSON A., STANDING H., LUCAS H., 2014 – Engaging with health markets in low and middle-income countries. *IDS Work Pap*, (443): 1-28.

BOETTKE P.J., 2018 – *F.A. Hayek: Economics, Political Economy and Social Philosophy*. London, Palgrave Macmillan.

BOETTKE P.J., LEMKE J., PALAGASHVILI L., 2013 – Riding in cars with boys: Elinor Ostrom's adventures with the police. *J Institutional Econ*, 9 (4): 407-425.

BONVIN J.M. et LARUFFA F., 2018 – Deliberative democracy in the real world, the contribution of the capability approach. *Int Rev Sociol*, 28 (2): 216-233.

BOUM II Y., BURNS B.F., SIEDNER M., MBURU Y., BUKUSI E., HABERER J.E., 2018 – Advancing equitable global health research partnerships in Africa. *BMJ Glob Heal*, 3 (4): e000868.

BOUM II Y., MBAYE R., GEBEYEHU R., HOSSMANN S., MBARGA N., ETEKI L., BIH-NEH E., THELMA O-A, OYERINDE A., KITI G., MBURU Y., HABERER J., SIEDNER M., OKEKE I., 2019 – Who's telling the story? A systematic review

of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980-2016. *BMJ Glob Heal*, 4: e001855.

BREILH J., 2021 – *Critical Epidemiology and the People's Health*. Krieger N. (ed), New York, Oxford University Press.

BRINKERHOFF D.W. et BOSSERT T.J., 2014 – Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy Plan*, 29 (6): 685-693.

BROWN T.M. et FEE E., 2006 – Rudolf Carl Virchow: medical scientist, social reformer, role model. *Am J Public Health*, 96 (12): 2104-2105.

BRUCHHAUSEN W., 2020 – « Global health in the colonial era: The expansion of European medicine ». In Dingel I. et Paulmann J. (eds): *European History Online*. Mayence, The Leibniz Institute of European History (IEG). <http://www.ieg-ego.eu/bruchhausenw-2019-en>

BRYANT T., 2002 – Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promot Int*, 17 (1): 89-98.

BURGESS R.A., 2024 – *Rethinking Global Health: Frameworks of Power*. Abingdon, Routledge.

BURNS R., 2009 [1786] – *The Best Laid Schemes: Selected Poetry and Prose of Robert Burns*. Crawford R. et MacLachlan C. (eds). Princeton, Princeton University Press.

BUSE K., DICKINSON C., GILSON L., MURRAY S.F., 2007 – *How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? Moving the agenda forward*. Briefing Paper 25. Londres, ODI. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/478.pdf>

BUSHOUSE B.K., 2011 – Governance structures: using IAD to understand variation in service delivery for club goods with information asymmetry. *Policy Stud J*, 39 (1): 105-119.

CAHILL M., 2017 – Theorizing subsidiarity: towards an ontology-sensitive approach. *Int J Const Law*, 15 (1): 201-224.

CAMPBELL C. et BURGESS R., 2012 – The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcult Psychiatry*, 49 (3-4): 379-395.

CARVALHO A., IJSSELMUIDEN C., KAISER K., HARTZ Z., FERRINHO P., 2018 – Towards equity in global health partnerships: adoption of the Research Fairness Initiative (RFI) by Portuguese-speaking countries. *BMJ Glob Heal*, 3 (5): e000978.

CASEY K., 2018 – Radical decentralization: does community-driven development work? *Annu Rev Econom*, 10 (1): 139-163.

CASH-GIBSON L., ROJAS-GUALDRÓN D.F., PERICÀS J.M., BENACH J., 2018 – Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966–2015). *PLoS One*, 13 (1): e0191901.

CATLING C.J., MEDLEY N., FOUREUR M., RYAN C., LEAP N., TEATE A., HOMER C.S.E., 2015 – Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD007622.

CATTERMOLE G.N., 2021 – Global health: A new paradigm for medical mission? *Missiology*, 49 (2): 189-206.

CHAKRABARTI P., 2014 – « The colonial legacies of global health ». In *Medicine & Empire: 1600-1960*. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 200-205.

CHAMBERS R., 2017 – « Biases and blind spots ». In Chambers R. (ed): *Can We Know Better?* Hyderabad, Practical Action Publishing Ltd: 27-56.

CHAMPION C., BLOOM G., PETERS D.H., 2012 – « Evidence of the effects of market-based innovations and international initiatives to improve the performance of private providers ». In Bloom G., Kanjilal B., Lucas H., Peters D.H. (eds): *Transforming Health Markets in Asia and Africa Improving Quality and Access for the Poor*. London, Routledge: 130-142.

CHAPLIN J., 1997 – Subsidiarity: The Concept and the Connections. *Ethical Perspect*, 4 (2): 117-130.

CHERSICH M.F., BLAAUW D., DUMBAUGH M., PENN-KEKANA L., DHANA A., THWALA S., BIJLMAKERS L., VARGAS E., KERN E., BECERRA-POSADA F., KAVANAGH J., MANNAVA P., MLOTSHWA L., BECERRIL-MONTEKIO V., FOOTMAN K. et REES H., 2016 – Local and foreign authorship of maternal health interventional research in low- and middle-income countries: Systematic mapping of publications 2000–2012. *Global Health*, 12 (1): 35.

CLEARY S.M., MOLYNEUX S., GILSON L., 2013 – Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Serv Res*, 13: 320.

CLOSSER S., MENDENHALL E., BROWN P., NEILL R., JUSTICE J., 2022 – The anthropology of health systems: a history and review. *Soc Sci Med*, 300: 114314.

COASE R.H., 1994 – « The Institutional Structure of Production ». In Coase R.H. (ed): *Essays on Economics and Economists*. Chicago, The University of Chicago Press: 3-14.

COBOS MUÑOZ D., MERINO AMADOR P., MONZON LLAMAS L., MARTINEZ HERNANDEZ D., SANTOS SANCHO J.M., 2017 – Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *Int J Public Health*, 62 (2): 219-229.

COHEN H.F., 1994 – *The Scientific Revolution: A Historiographical Inquiry*. Chicago, University of Chicago Press.

COLE T., 2016 – *Known and Strange Things: Essays*. New York, Random House.

COLLINS P.H., 1986 – Learning from the Outsider Within: the sociological significance of Black Feminist Thought. *Soc Probl*, 33 (6): S14-32.

COMITÉ POUR LA PROTECTION DES JOURNALISTES, 2024 – Journalist casualties in the Israel-Gaza war. *cpj.org*. <https://cpj.org/2024/05/journalist-casualties-in-the-israel-gaza-conflict/>

COSTA D.L. et KAHN M.E., 2017 – Death and the media: infectious disease reporting during the health transition. *Economica*, 84: 393-416.

COUR INTERNATIONALE DE JUSTICE, 2024 – Application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide in the Gaza Strip (South Africa v Israel). *Icj-cij.org*. <https://www.icj-cij.org/case/192>

CROOK T., 2016 – *Governing Systems: Modernity and the Making of Public Health in England, 1830-1910*. Oakland, University of California Press.

CUTLER D., DEATON A., LLERAS-MUNEY A., 2006 – The determinants of mortality. *J Econ Perspect*, 20 (3): 97-120.

DABHOIWALA F., 2022 – Becoming Amartya Sen. *New York Review of Books*. <https://www.nybooks.com/articles/2022/12/08/becoming-amartya-sen-home-in-the-world/>

DAS A., GOPALAN S.S., CHANDRAMOHAN D., 2016 – Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 16 (1): 321.

DE BROUWERE V., TONGLET R., VAN LERBERGHE W., 1998 – Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: What can we learn from the history of the industrialized West? *Trop Med Int Heal*, 3 (10): 771-782.

DEKKER E., 2020 – On emancipators, engineers, and students: the appropriate attitude of the economist. *Rev Austrian Econ*, 33 (1): 55-68.

DIAWARA M., 1990 – Black British cinema: spectatorship and identity formation in territories. *Public Cult*, 3 (1): 33-48.

DIRECTIONAL CHURCH BOARD MEMBERS, 2019 – Blind Men And An Elephant Parable Point Of View Fable. *favpng.com*. https://favpng.com/png_view/directional-church-board-members-blind-men-and-an-elephant-parable-point-of-view-fable-png/ybPVwsfs

DIXIT A., 2009 – Governance institutions and economic activity. *Am Econ Rev*, 99 (1): 5-24.

DOLBY R.G.A., 1977 – The transmission of science. *Hist Sci*, 15 (1): 1-43.

DREW J. et GRANT B., 2017 – Subsidiarity: more than a principle of decentralization – a view from local government. *Publius J Fed*, 47 (4): 522-545.

DWICAKSONO A. et Fox A.M., 2018 – Does decentralization improve health system performance and outcomes in low- and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *Milbank Q*, 96 (2): 323-368.

DWOMOH D., AMUASI S., AGYABENG K., INCOOM G., ALHASSAN Y., YAWSON A.E., 2019 – Understanding the determinants of infant and under-five mortality rates: A multivariate decomposition analysis of Demographic and Health Surveys in Ghana, 2003, 2008 and 2014. *BMJ Glob Heal*, 4 (4): e001658.

EBOREIME E.A., OLAWETO J.O., BANKE-THOMAS A., ABEJIRINDE I-O.O., ABIMBOLA S., 2020 – Appraising and addressing design and implementation failure in global health: a pragmatic framework. *Glob Public Health*, 16 (7): 1122-1130.

EIJKENAAR F., EMMERT M., SCHEPPACH M., SCHÖFFSKI O., 2013 – Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110 (2): 115-130.

EISENSTEIN E.L., 1979 – *The Printing Press as an Agent of Change*. New York, Cambridge University Press.

EISENSTEIN E.L., 2005 – *The Printing Revolution in Early Modern Europe*. New York, Cambridge University Press.

ELLERMAN D., 2001 – *Hirschmanian Themes of Social Learning and Change*. Policy Research Working Paper Series, n° 2591. Washington, Banque mondiale.

ELUWA G.I., ADEBAJO S.B., TORPEY K., SHITTU O., ABDU-AGUYE S., PEARLMAN D., BAWA U., OLORUKOBA A., KHAMOFU H. et CHEGLI R., 2018 – The effects of centering pregnancy on maternal and fetal outcomes in northern Nigeria: a prospective cohort analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1): 158.

ERASMUS E., 2014 – The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy Plan*, 29 (suppl. 3): iii70-78.

ESCHLE C. et MAIGUASHCA B., 2006 – Bridging the academic/activist divide: feminist activism and the teaching of global politics. *Millennium*, 35 (1): 119-137.

FADEYI T.E., 2022 – « Indigenous Knowledge and Healing: Traditional Obstetric Care and Global Maternal Health in Southwest Nigeria ». In Cross C. et Giblin J.D. (eds): *Critical Approaches to Heritage for Development*. Londres, Routledge: 180-195.

FAIRCHILD A.L., ROSNER D., COLGROVE J., BAYER R., FRIED L.P., 2010 – The exodus of public health: what history can tell us about the future. *Am J Public Health*, 100 (1): 54-63.

FALISSE J.B., MEESSEN B., NDAYISHIMIYE J., BOSSUYT M., 2012 – Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Heal*, 17 (5): 674-682.

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES JOURNALISTES, 2024 – War in Gaza: Israel must be held accountable. *Ifj.org*. <https://www.ifj.org/war-in-gaza>

FERHANI A. et RUSHTON S., 2020 – The International Health Regulations, COVID-19, and bordering practices: Who gets in, what gets out, and who gets rescued? *Contemp Secur Policy*, 41 (3): 458-477.

FILLOL A., 2022 – *Du transfert de connaissances à une résistance épistémique en santé mondiale*. Thèse de doctorat en santé publique, Montréal, université de Montréal. <https://hdl.handle.net/1866/26982>

FILLOL A., MCSWEEN-CADIEUX E., VENTELOU B., LAROSE M.P., KANGUEM U.B.N., KADIO K., DAGENAIS C. et RIDDE V., 2022 – When the messenger is more important than the message: an experimental study of evidence use in francophone Africa. *Heal Res Policy Syst*, 20 (1): 57.

FILLOL A., FONQUERNE L., CAMBON L., RIDDE V., 2023 – Pour une santé publique en faveur d'une justice épistémique. *Glob Health Promot*, 30 (4): 62-66.

FISCHER S.E., PATIL P., ZIELINSKI C., BAXTER L., BONILLA-ESCOBAR F.J., HUSSAIN S., LAI C., WALPOLE S.C., OHANYIDO F., FLOOD D., SINGH A. et AL-SHORBABI N., 2020 – Is it about the “where” or the “how”? Comment on “Defining global health as public health somewhere else”. *BMJ Glob Heal*, 5 (5): e002567.

FIXSEN D.L., BLASE K.A., NAOOM S.F., WALLACE F., 2009 – Core implementation components. *Res Soc Work Pract*, 19 (5): 531-540.

FOURIE C., 2017 – Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress. *AMA J Ethics*, 19 (6): 578-584.

FRAMPTON S., 2020a – « The Medical Press and Its Public ». In *The Edinburgh History of the British and Irish Press, Volume 2: Expansion and Evolution, 1800–1900*. Édimbourg, Edinburgh University Press: 438-456.

FRAMPTON S., 2020b – « “A Borderland in Ethics”: Medical Journals, the Public, and the Medical Profession in Nineteenth-Century Britain ». In Dawson G., Lightman B., Shuttleworth S., Topham J.R. (eds): *Science Periodicals in Nineteenth-Century Britain: Constructing Scientific Communities*. Chicago, University of Chicago Press: 311-336.

FRANDSEN T.F., 2017 – Are predatory journals undermining the credibility of science? A bibliometric analysis of citers. *Scientometrics*, 113 (3): 1513-1528.

FRICKER M., 2007 – *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford, Oxford University Press.

FYFE A., McDUGALL-WATERS J., MOXHAM N., 2015 – 350 years of scientific periodicals. *Notes Rec R Soc J Hist Sci*, 69 (3): 227-239.

GALTUNG J., 1969 – Violence, peace, and peace research. *J Peace Res*, 6 (3): 167-191.

GAUTIER L., TOSUN J., DE ALLEGRI M., RIDDE V. 2018 – How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Dev*, 110: 160-175.

GAUTIER L., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2019 – How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Global Health*, 15 (1): 6.

GEORGE A., SCOTT K., GARIMELLA S., MONDAL S., VED R., SHEIKH K., 2015 – Anchoring contextual analysis in health policy and systems research: A narrative review of contextual factors influencing health committees in low and middle income countries. *Soc Sci Med*, 133: 159-167.

GHAFFAR A., SWAMINATHAN S., SHEIKH K., AL-MANDHARI A., JHALANI M., SAMBO B. et JAKAB Z., 2020 – Implementation research is crucial to countries' efforts to strengthen learning health systems. *Health Policy Plan*, 35 (suppl. 2): ii4-6.

GHEORGHE A., CHALKIDOU K., CULYER A., 2019 – How concentrated are academic publications of countries' progression towards universal health coverage? *Lancet Glob Heal*, 7 (6): e696-7.

GILMORE B., 2019 – Realist evaluations in low-income and middle-income countries: reflections and recommendations from the experiences of a foreign researcher. *BMJ Glob Heal*, 4 (5): e001638.

GODLONTON S. et OKEKE E.N., 2016 – Does a ban on informal health providers save lives? Evidence from Malawi. *J Dev Econ*, 118: 112-132.

GOSEPATH S., 2005 – « The Principle of Subsidiarity ». In Follesdal A. et Pogge T. (eds): *Real World Justice: Grounds, Principles, Human Rights, and Social Institutions*. Dordrecht, Springer Netherlands: 157-170.

GREENFIELD-SANDERS T., 2019 – *Toni Morrison: The Pieces I Am*. Film: Magnolia Pictures.

GREENHALGH T., 2014 – Five Minutes with Trish Greenhalgh: “We need to be clear that research impact isn't a single dimension”. *LSE Impact Blog*. <http://blogs.lse.ac.uk/impactofsocialsciences/2014/09/02/five-minutes-with-trish-greenhalgh/>

GREENHALGH T., 2020 – Will COVID-19 be evidence-based medicine's nemesis? *PLoS Med*, 17 (6): e1003266.

GRENIER L., SUHOWATSKY S., KABUE M.M., NOGUCHI L.M., MOHAN D., KARNAD S.R., ONGUTI B., OMANGA E., GICHANGI A., WAMBUA J., WAKA C., OYETUNJI J. et SMITH J.M., 2019 – Impact of group antenatal care (G-ANC) versus individual antenatal care (ANC) on quality of care, ANC attendance and facility-based delivery: a pragmatic cluster-randomized controlled trial in Kenya and Nigeria. *PLoS One*, 14 (10): e0222177.

GRENIER L., LORI J.R., DARNEY B.G., NOGUCHI L.M., MARU S., KLIMA C., LUNDEEN T., WALKER D., PATIL C.L., SUHOWATSKY S. et MUSANGE S., 2020 – Building a global evidence base to guide policy and implementation for group antenatal care in low- and middle-income countries: key principles and research framework recommendations from the Global Group Antenatal Care Collaborative. *J Midwifery Women's Health*, 65 (5): 694-699.

GUMBONZVANDA N., GUMBONZVANDA F., BURGESS R., 2021 – Decolonising the “safe space” as an African innovation: the Nhangas as quiet activism to improve women's health and wellbeing. *Crit Public Health*, 31(2): 169-181. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1866169>

HANSON-DEFUSCO J., MALIK S., ASSAMOI R., CHIROMBA A., DAVIS D., HOUNNOUVI F.M., IRFAN F.B., FALEY P., MATANGWA D.D., MUZENDA T.,

NAKIRYOWA H., OBONDOH A., PARVEEN S., PINALES A.J. et ZIMUNYA R., 2024 – Unethical issues in twenty-first century international development and global health policy. *Int Stud Perspect*, 25 (1): 60-85.

HARDIMAN D. (ed), 2006 – *Healing Bodies, Saving Souls: Medical Missions in Asia and Africa*. Amsterdam, Clio Medica 80.

HARDING S., 1991 – *Whose Science? Whose Knowledge? : Thinking from Women's Lives*. Ithaca, Cornell University Press.

HARRIS P., BAUM F., FRIEL S., MACKEAN T., SCHRAM A., TOWNSEND B., 2020 – A glossary of theories for understanding power and policy for health equity. *J Epidemiol Community Health*, 74 (6): 548LP-552.

HARRISON F.V., 2011 – *Decolonizing Anthropology: Moving Further toward an Anthropology for Liberation*. 3^e édition. Arlington, American Anthropological Association et Association of Black Anthropologists.

HAYEK F.A., 1945 – The use of knowledge in society. *Am Econ Rev*, 35: 519-530.

HEDT-GAUTHIER B., AIRHIHENBUWA C.O., BAWAH A.A., BURKE K.S., CHERIAN T., CONNELLY M.T., HIBBERD P.L., IVERS L.C., JEROME J.G., KATEERA F., MANABE Y.C., MARU D., MURRAY M., SHANKAR A.H., SHUCHMAN M. et VOLMINK J., 2018 – Academic promotion policies and equity in global health collaborations. *Lancet*, 392 (10158): 1607-1609.

HEDT-GAUTHIER B., JEUFACK H., NEUFELD N., ALEM A., SAUER S., ODHIAMBO J., BOUM Y., SHUCHMAN M. et VOLMINK J., 2019 – Stuck in the middle: a systematic review of authorship in collaborative health research in Africa, 2014–2016. *BMJ Glob Heal*, 4: e001853.

HENDEL I. et SPIEGEL Y., 2014 – Small steps for workers, a giant leap for productivity. *Am Econ J Appl Econ*, 6 (1): 73-90.

HERMANN J., 2018 – « Moral Certainty ». In *The International Encyclopedia of Ethics*. Hoboken, Wiley: 1-8.

HERZIG VAN WEES S. et HOLMER H., 2020 – Global health beyond geographical boundaries: reflections from global health education. *BMJ Glob Heal*, 5 (5): e002583.

HIRSCHMAN A.O., 1970 – *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Harvard University Press.

HÖFFE O., 1996 – Subsidiarity as a principle in the philosophy of government. *Reg Fed Stud*, 6 (3): 56-73.

HOWARD J., 1963 – James Baldwin: the doom and glory of knowing who you are. *LIFE Magazine*, May: 89.

HULL J.M., 2013 – *The Tactile Heart: Reflections on Theology and Blindness*. Londres, SCM Press.

IPC GLOBAL FAMINE REVIEW COMMITTEE, 2024 – *Gaza Strip, March 2024: Conclusions and Recommendations*. Rome, IPC.

IPC GLOBAL PARTNERS, 2021 – *Technical Manual Version 3.1*. Rome, IPC.

IRIMU G., OGERO M., MBEVI G., AGWEYU A., AKECH S., JULIUS T., NYAMAI R., GITHANG'A D., AYIEKO P. et ENGLISH M., 2018 – Approaching quality improvement at scale: a learning health system approach in Kenya. *Arch Dis Child*, 103 (11): 1013-1019.

JACOBS-HUEY L., 2002 – The natives are gazing and talking back: reviewing the problematics of positionality, voice, and accountability among “native” anthropologists. *Am Anthropol*, 104 (3): 791-804.

JERVEN M., 2018 – Beyond precision: embracing the politics of global health numbers. *Lancet*, 392 (10146): 468-469.

JOHANSSON R., BJÖRKLUND M., HORNBERG C., KARLSSON S., HESSER H., LJÓTSSON B., ROUSSEAU A., FREDERICK R.J. et ANDERSSON G., 2013 – Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1: e102.

KABUE M.M., GRENIER L., SUHOWATSKY S., OYETUNJI J., UGWA E., ONGUTI B., OMANGA E., GICHANGI A., WAMBUA J., WAKA C., ENNE J., DON-AKI J., ALI M., BUBA M., ANG'AHA J., IYA D., WASHIKA E., MOHAN D. et SMITH J.M., 2019 – Group versus individual antenatal and first year postpartum care: study protocol for a multi-country cluster randomized controlled trial in Kenya and Nigeria [version 2; peer review: 2 approved]. *Gates Open Res*, 2 (56).

KALINGA C., 2019 – Caught between a rock and a hard place: navigating global research partnerships in the global South as an indigenous researcher. *J African Cult Stud*, 31 (3): 270-272.

KEATS E.C., MACHARIA W., SINGH N.S., AKSEER N., RAVISHANKAR N., NGUGI A.K., RIZVI A., KHAEMBA E.N. et TOLE J., 2018 – Accelerating Kenya's progress to 2030: understanding the determinants of under-five mortality from 1990 to 2015. *BMJ Glob Heal*, 3 (3): e000655.

KELAHER M., NG L., KNIGHT K., RAHADI A., 2016 – Equity in global health research in the new millennium: trends in first-authorship for randomized

controlled trials among low- and middle-income country researchers 1990–2013. *Int J Epidemiol*, 45 (6): 2174–2183.

KELLER R.C., 2006 – Geographies of power, legacies of mistrust: colonial medicine in the global present. *Hist Geogr*, 34: 26–48.

KIM H., 2021 – The implicit ideological function of the global health field and its role in maintaining relations of power. *BMJ Glob Heal*, 6 (4): e005620.

KING JAMES BIBLE, 2017 [1769]. Cambridge, Cambridge University Press.

KING N.B. et KOSKI A., 2020 – Defining global health as public health somewhere else. *BMJ Glob Heal*, 5 (1): e002172.

KISER L.L. et OSTROM E., 1982 – « The Three Worlds of Action: A Meta-theoretical Synthesis of Institutional Approaches ». In Ostrom E. (ed): *Strategies of Political Inquiry*. Beverly Hills, Sage: 179–222.

KOUM BESSON E.S., 2022 – How to identify epistemic injustice in global health research funding practices: a decolonial guide. *BMJ Glob Heal*, 7 (4): e008950.

KRUGMAN D.W., 2024 – Divorcing Global Health from global health: heuristics for the future of a social organization and an idea. *J Crit Public Heal*, 1 (1): 35–44.

LANCET GLOBAL HEALTH, 2018 – Closing the door on parachutes and parasites. *Lancet Glob Heal*, 6 (6): e593.

LANCET GLOBAL HEALTH, 2021 – Global health 2021: who tells the story? *Lancet Glob Heal*, 9 (2): e99.

LANCET GLOBAL HEALTH, 2023 – The future of global health research, publishing, and practice. *The Lancet.com*. <https://www.thelancet.com/what-is-wrong-with-global-health?>

LEVITT S.D., LIST J.A., SYVERSON C., 2013 – Toward an understanding of learning by doing: evidence from an automobile assembly plant. *J Polit Econ*, 121 (4): 643–681.

LEWIN S., GLENTON C., OXMAN A.D., 2009 – Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ*, 339: b3496.

LEWIS C.S., 1943 – *The Abolition of Man*. Oxford, Oxford University Press.

LEWIS C.S., 1970 – « First and Second Things ». In *God in the Dock*. Grand Rapids, William B. Eerdmans Publishing Co.: 278–280.

LEWIS C.S., 2007 [1950–1963] – *The Collected Letters of C.S. Lewis, Vol. III, Narnia, Cambridge and Joy, 1950–1963*. Hooper W. (ed). New York, Harper-Collins.

LEWIS P.A., 2020 – Epistemic institutionalism: rules and order, complexity, and liberalism. *Cosm + Taxis Stud Emergent Order Organ*, 7 (5 et 6): 50-60.

LICHTENBERG J., 1994 – Moral certainty. *Philosophy*, 69 (268): 181-204.

LILFORD R.J. et JACKSON J., 1995 – Equipoise and the ethics of randomization. *J R Soc Med*, 88 (10): 552-559.

LILLIENGREN P., JOHANSSON R., LINDQVIST K., MECHLER J., ANDERSSON G., 2016 – Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 53 (1): 90-104.

LIPUNGA A.M., TCHERENI B.M.H., BAKUWA R.C., 2019 – Emerging structural models for governance of public hospitals. *Int J Heal Gov*, 24 (2): 98-116.

LIU H., MOHAMMED A., SHANTHOSH J., NEWS M., LABA T.L., HACKETT M.L., PEIRIS D. et JAN S., 2019 – Process evaluations of primary care interventions addressing chronic disease: a systematic review. *BMJ Open*, 9 (8): e025127.

LIWANAG H.J. et WYSS K., 2017 – Assessing decentralisation is a challenging but necessary task if it should continue as a reform strategy: reflections from the systematic review by Sumah, Baatiema, and Abimbola. *Health Policy*, 121 (4): 468-470.

LODENSTEIN E., DIELEMAN M., GERRETSEN B., BROERSE J.E.W., 2016 – Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries: a realist review. *Health Policy Plan*, 32 (1): 125-140.

LOEVINSOHN B.P., CONLON M.K., ZENG W., PRADHAN E., KHANNA M., KANDPAL E., VERMEERSCH C.M.J., 2019 – *Impact Evaluation of Nigeria State Health Investment Project*. Washington, Banque mondiale. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/589301552969360031/impact-evaluation-of-nigeria-state-health-investment-project>

LÜTZÉN K. et KVIST B.E., 2012 – Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*, 24 (1): 13-25.

MABUCHI S. et McCUNE S., 2015 – If you build it, they will come? Lessons on barriers to service use at PBF facilities in Nigeria. *Rbfhealth.org*. <https://www.rbfhealth.org/resource/if-you-build-it-they-will-come-lessons-barriers-service-use-pbf-facilities-nigeria>

- MABUCHI S., SESAN T., BENNETT S.C., 2017 – Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan*, 33 (1): 41-58.
- MAGBADELO J.O., 2004 – Pentecostalism in Nigeria: exploiting or edifying the masses? *African Sociol Rev/Rev Africaine Sociol*, 8 (2): 15-29.
- MAKINDE T., 2004 – Motherhood as a source of empowerment of women in Yoruba culture. *Nord J African Stud*, 13 (2): 164-174.
- MALAN D.H., 1979 – *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Oxford, Butterworth-Heinemann.
- MARMOT M., ALLEN J., BELL R., GOLDBLATT P., 2012 – Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 379 (9811): 181-188.
- MAYAKA MA-NITU S., TEMBEY L., BIGIRIMANA E., DOSSOUVI C.Y., BASENYA O., MAGO E., SALONGO P.M., ZONGO A. et VERINUMBE F., 2018 – Towards constructive rethinking of PBF: perspectives of implementers in sub-Saharan Africa. *BMJ Glob Heal*, 3 (5): e001036.
- McATEER J., DI RUGGIERO E., FRASER A., FRANK J.W., 2019 – Bridging the academic and practice/policy gap in public health: perspectives from Scotland and Canada. *J Public Health (Bangkok)*, 41 (3): 632-637.
- McCOY D.C., HALL J.A., RIDGE M., 2011 – A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*, 27 (6): 449-466.
- McGINNIS M.D., 2011 – An introduction to IAD and the language of the Ostrom workshop: a simple guide to a complex framework. *Policy Stud J*, 39 (1): 169-183.
- MEDCALF A.J., BHATTACHARYA S., MOMEN H., SAAVEDRA M.A., JONES M., 2015 – *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Hyderabad, Orient Blackswan.
- MEESSEN B., 2020 – Health system governance: welcoming the reboot. *BMJ Glob Heal*, 5 (8): e002404.
- MHAWISH M.R., 2024 – AIPAC Says We're Not Starving in Gaza. How Dare They? *The Nation.com*. <https://www.thenation.com/article/world/gaza-starvation-denial-aipac/>
- MILLS D., BRANFORD A., INOUE K., ROBINSON N., KINGORI P., 2021 – “Fake” journals and the fragility of authenticity: citation indexes, “predatory” publishing, and the African research ecosystem. *J Afr Cult Stud*, 33(3): 276-296.

MoCHRIDHE R., 2019 – Linguistic equity as open access: internationalizing the language of scholarly communication. *J Acad Librariansh*, 45 (4): 423-427.

MOKYR J., 2005 – « Long-Term Economic Growth and the History of Technology ». In Aghion P. et Durlauf S.N. (eds): *Handbook of Economic Growth*. Amsterdam, Elsevier: 1113-1180.

MONTENEGRO C.R., BERNALES M., GONZALEZ-AGUERO M., 2020 – Teaching global health from the south: challenges and proposals. *Crit Public Health*, 30 (2): 127-129.

MONTILLA P., MERZAGORA F., SCOLARO E., REQUEJO J., RICCIARDI W., MELI E., BAZZI A., VITTORI G., BUSTREO F., BOLDI R., RIZZOTI M., MERIALDI M. et BETRAN A.P., 2020 – Lessons from a multidisciplinary partnership involving women parliamentarians to address the overuse of caesarean section in Italy. *BMJ Glob Heal*, 5 (2): e002025.

MORGAN A., 2014 – Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. *Glob Health Promot*, 21 (2): 3-6.

MORLEY G., IVES J., BRADBURY-JONES C., IRVINE F., 2019 – What is “moral distress”? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*, 26 (3): 646-662.

MORLEY G., BRADBURY-JONES C., IVES J., 2021 – Reasons to redefine moral distress: a feminist empirical bioethics analysis. *Bioethics*, 35 (1): 61-71.

MORRISON T., 1994 – *Conversations with Toni Morrison*. Taylor-Guthrie D.K. (ed), Literary Conversations, Jackson, University Press of Mississippi.

MORRISON T., 1998a – Interview of Toni Morrison by Jana Wendt. Australian Broadcasting Corporation (ABC). <https://www.youtube.com/watch?v=W0TEL0C8Q0M>

MORRISON T., 1998b – Interview of Toni Morrison by Charlie Rose. Public Broadcasting Service (PBS). <https://charlirose.com/videos/17664>

MORRISON T., 2008 [1986] – « The Site of Memory ». In Denard C.C. (ed): *What Moves at the Margin: Selected Nonfiction*. Jackson, University Press of Mississippi: 70.

MUSOLINO C., BAUM F., FREEMAN T., LABONTÉ R., BODINI C., SANDERS D., 2020 – Global health activists' lessons on building social movements for Health for All. *Int J Equity Health*, 19 (1): 116.

NAFADE V., SEN P., PAI M., 2019 – Global health journals need to address equity, diversity and inclusion. *BMJ Glob Heal*, 4 (5): e002018.

NAIDU T., 2021 – Says who? Northern ventriloquism, or epistemic disobedience in global health scholarship. *Lancet Glob Heal*, 9 (9): e1332-5.

NAIDU T. et ABIMBOLA S., 2022 – How medical education holds back health equity. *Lancet*, 400 (10352): 556-557.

NGUYEN P.H., SCOTT S., AVULA R., TRAN L.M., MENON P., 2018 – Trends and drivers of change in the prevalence of anaemia among 1 million women and children in India, 2006 to 2016. *BMJ Glob Heal*, 3 (5): e001010.

NOGUCHI L., GRENIER L., KABUE M., UGWA E., OYETUNJI J., SUHOWATSKY S., ONGUTI B., ORJI B., WHITING-COLLINS L. et ADETILOYE O., 2020 – Effect of group versus individual antenatal care on uptake of intermittent prophylactic treatment of malaria in pregnancy and related malaria outcomes in Nigeria and Kenya: analysis of data from a pragmatic cluster randomized trial. *Malar J*, 19 (1): 51.

OGILVIE D., BAUMAN A., FOLEY L., GUELL C., HUMPHREYS D., PANTER J., 2020 – Making sense of the evidence in population health intervention research: building a dry stone wall. *BMJ Glob Heal*, 5 (12): e004017.

OGUNYOMBO O.E. et BELLO S., 2020 – « Exploring the Use of Indigenous Languages in Antenatal Care Sessions Among Mothers in Lagos State ». In Oyesomi K.O. et Salawu A. (eds): *Emerging Trends in Indigenous Language Media, Communication, Gender, and Health*. Hershey, IGI Global: 9-44.

OLIVER K., KOTHARI A., MAYS N., 2019 – The dark side of coproduction: do the costs outweigh the benefits for health research? *Heal Res Policy Syst*, 17 (1): 33.

OLUSEGUN S.T., 2017 – The roles of Yoruba songs on pregnancy, labour and baby care in antenatal and postnatal clinic in southwestern Nigerian hospitals. *Lwati AJ Contemp Res*, 14 (2): 205-224.

OLUSEGUN S.T., 2020 – The roles of Yoruba songs among the pregnant women attending antenatal clinics in southwestern Nigeria. *Accelerando Belgrade J Music Danc*, 5 (5): 86-110.

ONWUJEKWE O., AGWU P., ORJIAKOR C., MCKEE M., HUTCHINSON E., MBACHU C., ODII A., OGBOZOR P., OBI U., ICHOKU H. et BALABANOVA D., 2019 – Corruption in Anglophone West Africa health systems: a systematic review of its different variants and the factors that sustain them. *Health Policy Plan*, 34 (7): 529-543.

ONWUJEKWE O., ORJIAKOR C.T., HUTCHINSON E., MCKEE M., AGWU P., MBACHU C., OGBOZOR P., OBU U., ODII A., ICHOKU H. et BALABANOVA D., 2020 – Where do we start? Building consensus on drivers of health sector corruption in Nigeria and ways to address it. *Int J Heal Policy Manag*, 9 (7): 286-296.

ORIMOOGUNJE O., 2003 – The social context of verbal arts in the Yoruba indigenous healthcare practices. *Folk*, 24 (8): 90-89.

OSIMO F. et STEIN M.J., 2012 – *Theory and Practice of Experiential Dynamic Psychotherapy*. Londres, Routledge.

OSTROM E., 2005 – *Understanding Institutional Diversity*. Princeton, Princeton University Press.

OSTROM E., GARDNER R., WALKER J., 1994 – *Rules, Games, and Common-Pool Resources*. Ann Arbor, University of Michigan Press.

OSTROM E., GIBSON C., SHIVAKUMAR S., ANDERSSON K., 2017 – « The Institutional Analysis and Development Framework ». In Cole D.H. et McGinnis M.D. (eds): *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy, volume 3: A Framework for Policy Analysis*. Londres, Lexington Books: 49-86.

O'SULLIVAN D., 2015 – Power, politics and the street-level bureaucrat in Indigenous Australian health. *J Sociol*, 52 (4): 646-660.

OXMAN A.D. et FRETHEIM A., 2009 – Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *J Evid Based Med*, 2 (3): 184-195.

PACKARD R.M., 2016 – *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

PAPE PI XI, 1931 – *Quadragesimo Anno (On Social Reconstruction)*. Le Vatican, Libreria Editrice Vaticana.

PAUL E., ALBERT L., BISALA B.N., BODSON O., BONNET E., BOSSYNS P., COLOMBO S., DE BROUWERE V., DUMONT A., ECLOU D.S., GYSELINCK, HANE F., MARCHAL B., MELONI R., NOIRHOMME M., NOTERMAN J.-P., OOMS G., MALLÉ SAMB O., SSENGOOBA F., TOURÉ L., TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., VAN BELLE S., VINARD P. et RIDDE V., 2018 – Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Glob Heal*, 3 (1): e000664.

PAWSON R. et TILLEY N., 1997 – *Realistic Evaluation*. Londres, SAGE Publications.

PAWSON R., GREENHALGH T., HARVEY G., WALSHE K., 2005 – Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*, 10 (suppl. 1): 21-34.

PENNINGTON M., 2013 – Elinor Ostrom and the robust political economy of common-pool resources. *J Institutional Econ*, 9 (4): 449-468.

POLSKI M.M. et OSTROM E., 2017 – « An Institutional Framework for Policy Analysis and Design ». In Cole D.H. et McGinnis M.D. (eds): *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy, volume 3: A Framework for Policy Analysis*. Londres, Lexington Books: 13-48.

PORTER S., 2015 – The uncritical realism of realist evaluation. *Evaluation*, 21 (1): 65-82.

POTEETE A.R., JANSSEN M.A., OSTROM E., 2010 – *Working Together: Collective Action, the Commons, and Multiple Methods in Practice*. Princeton, Princeton University Press.

PRATT B. et DE VRIES J., 2023 – Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics. *J Med Ethics*, 49: 325-334. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108291>

PRATT B., PAUL A., HYDER A.A., ALI J., 2017 – Ethics of health policy and systems research: a scoping review of the literature. *Health Policy Plan*, 32 (6): 890-910.

PYONE T., SMITH H., VAN DEN BROEK N., 2017 – Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy Plan*, 32 (5): 710-722.

RAHMAN A., RAHMAN M., PERVIN J., RAZZAQUE A., AKTAR S., AHMED J.U., EKHOLM SELLING K., SVEFORS P., EL ARIFEEN S. et PERSSON L.A., 2019 – Time trends and sociodemographic determinants of preterm births in pregnancy cohorts in Matlab, Bangladesh, 1990–2014. *BMJ Glob Heal*, 4 (4): e001462.

RAJKOTIA Y., 2018 – Beware of the success cartel: a plea for rational progress in global health. *BMJ Glob Heal*, 3 (6) : e001197.

RAVALLION M., 2020 – « Should the Randomistas (Continue to) Rule? ». In Bédécarrats F., Guérin I., Roubaud F. (eds): *Randomized Control Trials in the Field of Development: A Critical Perspective*. Oxford, Oxford University Press: 47-78.

REES C.A., LUKOLYO H., KEATING E.M., DEARDEN K.A., LUBOGA S.A., SCHUTZE G.E., KAZEMBE P.N., 2017 – Authorship in paediatric research conducted in low- and middle-income countries: parity or parasitism? *Trop Med Int Heal*, 22 (11): 1362-1370.

REID A., 2012 – Birth Attendants and Midwifery Practice in Early Twentieth-century Derbyshire. *Soc Hist Med*, 25 (2): 380-399.

RICHARDSON E.T., 2020 – *Epidemic Illusions: On the Coloniality of Global Public Health*. Cambridge, MIT Press.

RIDDE V., 2016 – Need for more and better implementation science in global health. *BMJ Glob Heal*, 1 (2): e000115.

RIDDE V., PÉREZ D., ROBERT E., 2020 – Using implementation science theories and frameworks in global health. *BMJ Glob Heal*, 5 (4): e002269.

RIDDE V., FILLOL A., KIRAKOYA-SAMADOULOUGOU F., HANE F., 2023 – Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France... et ailleurs. *Santé publique*, 35 (2): 109-113.

RISING S.S., 1998 – Centering Pregnancy: an interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery*, 43 (1): 46-54.

ROALKVAM S. et McNEILL D., 2016 – What counts as progress? The contradictions of global health initiatives. *Forum Dev Stud*, 43 (1): 69-88.

ROBECK C.M., 2017 – *The Azusa Street Mission and Revival: The Birth of the Global Pentecostal Movement*. Nashville, Thomas Nelson.

ROPA B., FLINT J., O'REILLY M., PAVLIN B.I., DAGINA R., PENI B., BAURI M., PUKIENEI A., MERRITT T., TERRELL-PERICA S., YAMBA A., PRYBYLSKI D., COLLINS J., DURRHEIM D.N., HENDERSON A. et BIEB S., 2019 – Lessons from the first 6 years of an intervention-based field epidemiology training programme in Papua New Guinea, 2013-2018. *BMJ Glob Heal*, 4 (6): e001969.

ROSLING H., ROSLING O., RÖNNLUND A.R., 2018 – *Factfulness: Ten Reasons We're Wrong about the World and Why Things Are Better than You Think*. New York, Flatiron Books.

ROY J., 2007 – The urban layout of Megalopolis in its civic and confederate context. *Br Sch Athens Stud*, 15: 289-295.

RUFUS DAVIS S., 2021 – *The Federal Principle: A Journey Through Time in Quest of Meaning*. Berkeley et Los Angeles, University of California Press.

RUÍZ E., 2020 – Cultural gaslighting. *Hypatia*, 35 (4): 687-713.

RUTTER H., SAVONA N., GLONTI K., BIBBY J., CUMMINS S., FINEGOOD D.T., GREAVES F., HARPER L., HAWES P., MOORE L., PETTICREW M., REHFUESS E., SHIELL A., THOMAS J. et WHITE M., 2017 – The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet*, 390 (10112): 2602-2604.

SAHA S., AFRAD M.M.H., SAHA S., SAHA S.K., 2019 – Towards making global health research truly global. *Lancet Glob Heal*, 7 (9): e1175.

SALAS R., 2008 – « Deliberative democracy and its informational basis: what lessons from the Capability Approach ». In De Munck J. et Zimmermann B. (eds): *La liberté au prisme des capacités : Amartya Sen au-delà du libéralisme*. Raïsons pratiques, Paris, Éditions de l'EHESS: 297-326.

SAXE J.G., 1873 – *The Poems of John Godfrey Saxe*. Boston, James R. Osgood et Company.

SCHAAF M., WARTHIN C., FREEDMAN L., TOPP S.M., 2020 – The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: a critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Glob Heal*, 5 (6): e002296.

SCHNEIDER H. et MALEKA N., 2018 – Patterns of authorship on community health workers in low-and-middle income countries: an analysis of publications (2012–2016). *BMJ Glob Heal*, 3 (3): e000797.

SCHON D.A., 1994 – « Hirschman's Elusive Theory of Social Learning ». In Schon D.A. et Rodwin L. (eds): *Rethinking the Development Experience: Essays Provoked by the Work of Albert O Hirschman*. Washington, Brookings Institution Press: 67-95.

SEN A., 1983 – *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, Oxford University Press.

SEN A., 1999a – Democracy as a universal value. *J Democr*, 10 (3): 3-17.

SEN A., 1999b – *Development as Freedom*. New York, Alfred Knopf.

SEN A., 2009 – *The Idea of Justice*. Cambridge, Belknap Press of Harvard University Press.

SETH S., 2018 – *Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire*. Cambridge, Cambridge University Press.

SGRÒ A., AL-BUSAIDI I.S., WELLS C.I., VERVOORT D., VENTURINI S., FARINA V., FIGÀ F., AZKARATE F., HARRISON E.M. et PATA F., 2019 – Global Surgery: a 30-year bibliometric analysis (1987–2017). *World J Surg*, 43 (11): 2689-2698. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05112-w>

SHARMA D. et SAM-AGUDU N.A., 2023 – Decolonising global health in the global South by the global South: turning the lens inward. *BMJ Global Health*, 8 (9): e013696.

SHARMA J., O'CONNOR M., RIMA JOLIVET R., 2018 – Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. *Reprod Health*, 15 (1): 38.

SHEIKH K., AGYEPONG I., JHALANI M., AMMAR W., HAFEEZ A., PYAKURYAL S., ABIMBOLA S., GHAFAR A. et SWAMINATHAN S., 2020 – Learning health systems: an empowering agenda for low-income and middle-income countries. *Lancet*, 395 (10223): 476-477.

SHEN C. et BJÖRK B.C., 2015 – “Predatory” open access: a longitudinal study of article volumes and market characteristics. *BMC Med*, 13 (1): 230.

SINHA G.A., 2020 – Lies, gaslighting and propaganda. *Buffalo Law Rev*, 68 (4): 1037-1116.

SMEDLEY F.E., 1850 – *Frank Fairleigh: Or Scenes from the Life of a Private Pupil*. Londres, A. Hall, Virtue, et Co.

SMITH L.T., 2012 – *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. 2^e édition. Londres, Zed Books.

SMITH R., 2006 – *The Trouble with Medical Journals*. Londres, Royal Society of Medicine Press.

SOYINKA W., 1991 – *The Credo of Being and Nothingness*. Ibadan, Spectrum Books Limited.

SPEAR A.D., 2019 – Epistemic dimensions of gaslighting: peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. *Inquiry*, 66 (1): 61-91.

SREERAMAREDDY C.T. et SATHYANARAYANA T.N., 2013 – Decentralised versus centralised governance of health services. *Cochrane Database Syst Rev*, 11: CD010830.

SREERAMAREDDY C.T. et SATHYANARAYANA T.N., 2019 – Decentralised versus centralised governance of health services. *Cochrane Database Syst Rev*, 9: CD010830.

STIGLITZ J., 2001 – « Scan Globally, Reinvent Locally: Knowledge Infrastructure and the Localisation of Knowledge ». In Stone D. (ed): *Banking on Knowledge*. Londres, Routledge: 25-44.

STORENG K.T. et BÉHAGUE D.P., 2014 – “Playing the numbers game”: evidence-based advocacy and the technocratic narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Med Anthropol Q*, 28 (2): 260-279.

STORENG K.T. et BÉHAGUE D.P., 2017 – “Guilty until proven innocent”: the contested use of maternal mortality indicators in global health. *Crit Public Health*, 27 (2): 163-176.

STORENG K.T., ABIMBOLA S., BALABANOVA D., MCCOY D., RIDDE V., FILIPPI V., ROALKVAM S., AKELLO G., PARKER M. et PALMER J., 2019 – Action to protect the independence and integrity of global health research. *BMJ Glob Heal*, 4 (3): e001746.

SUMAH A.M., BAATIEMA L., ABIMBOLA S., 2016 – The impacts of decentralisation on health-related equity: a systematic review of the evidence. *Health Policy*, 120 (10): 1183-1192.

SUTHAR A.B., NAGATA J.M., NSANZIMANA S., BÄRNIGHAUSEN T., NEGUSSIE E.K., DOHERTY M.C., 2017 – Performance-based financing for improving HIV/AIDS service delivery: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 17 (1): 6.

SZRETER S., 1988 – The importance of social intervention in Britain's mortality decline c.1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Soc Hist Med*, 1 (1): 1-38.

TALEB N.N., 2017 – *Skin in the Game: Hidden Asymmetries in Daily Life*. New York, Random House.

THATAMANIL J.J., 2020 – *Circling the Elephant: A Comparative Theology of Religious Diversity*. New York, Fordham University Press.

TILLEY H., 2016 – Medicine, empires, and ethics in colonial Africa. *AMA J Ethics*, 18 (7): 743-753.

TOPP S.M., ABIMBOLA S., JOSHI R., NEGIN J., 2018 – How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services: a systematic review. *Health Policy Plan*, 33 (2).

TURCOTTE-TREMBLAY A.M., FREGONESE F., KADIO K., ALAM N., MERRY L., 2020 – Global health is more than just “Public Health Somewhere Else”. *BMJ Glob Heal*, 5 (5): e002545.

USMAN A. et FALOLA T., 2019 – *The Yoruba from Prehistory to the Present*. Cambridge, Cambridge University Press.

UZOCHUKWU B., ONWUJEKWE O., MBACHU C., OKWUOSA C., ETIABA E., NYSTRÖM M.E., GILSON L., 2016 – The challenge of bridging the gap between researchers and policy makers: experiences of a Health Policy Research Group in engaging policy makers to support evidence informed policy making in Nigeria. *Global Health*, 12 (1): 67.

VAIHINGER H., 1924 – *The Philosophy of “As if”: A System of the Theoretical, Practical and Religious Fictions of Mankind*. Londres, Kegan Paul, Trench, Trubner.

VAN BELLE S., VAN DE PAS R., MARCHAL B., 2017 – Towards an agenda for implementation science in global health: there is nothing more practical than good (social science) theories. *BMJ Glob Heal*, 2 (2): e000181.

VAN DE WALLE N., 2009 – The institutional origins of inequality in sub-Saharan Africa. *Annu Rev Polit Sci*, 12 (1): 307-327.

VIDAL T., 1986 – The westernization of African music: a study of Yoruba liturgical church music. *Ann Inst Cult Stud Univ Ife*, 1: 70-82.

- WALT G. et GILSON L., 1994 – Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 9 (4): 353-370.
- WATSON L., 1985 – Speech at the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women (1976-1985) in Nairobi.
- WEICK K.E., 1984 – Small wins: redefining the scale of social problems. *Am Psychol*, 39 (1): 40-49.
- WEST C., 2011a – Never forget that #justice is what #love looks like in public. X/Twitter [@CornelWest], 25 août. <https://twitter.com/CornelWest/status/106529915633008640>
- WEST C., 2011b – Justice Is What Love Looks Like in Public. Sermon at Andrew Rankin Memorial Chapel, 17 avril. https://www.youtube.com/watch?v=nGqP7S_WO6o
- WHEATLEY M.J., 2001 – « Bringing Schools Back to Life: Schools as Living Systems ». In Duffy F.M. et Dale J.D. (eds): *Creating Successful School Systems: Voices from the University, the Field, and the Community*. Norwood, Christopher-Gordon Publishers: 3-19.
- WHEATLEY M.J. et KELLNER-ROGERS M., 1998 – Bringing life to organizational change. *J Strateg Perform Meas*, April-May: 5-13.
- WHEATLEY M.J. et FRIEZE D., 2015 – Lifecycle of emergence: using emergence to take social innovation to scale. *Kosm J*, 24 (2): 45-47.
- WHYLE E. et OLIVIER J., 2020 – Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy Plan*, 35 (6): 735-751.
- WITTER S., FRETHEIM A., KESSY F.L., LINDAHL A.K., 2012 – Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD007899.
- WITTGENSTEIN L., 1958 – *Philosophical Investigations*. 3rd edition. Anscombe, G.E.M, translator. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- YOUNG T., SHEARER J.C., NAUDE C., KREDO T., WIYSONGE C.S., GARNER P., 2018 – Researcher and policymaker dialogue: the Policy BUDDIES Project in Western Cape Province, South Africa. *BMJ Glob Heal*, 3 (6): e001130.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Le Dr **Seye Abimbola** est professeur à l'école de santé publique de l'université de Sydney en Australie. Son enseignement et ses recherches portent sur les pratiques en matière de production de la connaissance en santé mondiale, de gouvernance et d'innovations dans les systèmes de santé. Son travail s'inspire de ses expériences vécues, de ses études et de son engagement professionnel dans deux lieux marqués à jamais par la colonisation britannique : le Nigéria et l'Australie. Il a reçu la bourse Clegg du *British Medical Journal* (BMJ) en 2007 et a été boursier de la Fondation Rotary à l'université de Sydney (2009-2010 et 2013-2016). Il a également été titulaire de la chaire Prince Claus en équité et développement à l'université d'Utrecht (2020-2022), puis professeur invité en santé mondiale à l'université Northwestern (2023-2024) au titre de la dotation Radulovacki. Il a occupé le poste de rédacteur en chef inaugural du *BMJ Global Health* (2015-2024). En novembre 2023, Vox l'a sélectionné sur sa liste *The Future Perfect 50* de « scientifiques, penseurs, universitaires, écrivains et activistes qui œuvrent à la construction d'un avenir meilleur ».

Imprimé en France (La Courneuve)
sur les presses d'Isiprint
Dépôt légal : février 2026

collection [santé globale]

La santé mondiale a pour objectif, partagé par tous, d'améliorer la santé des populations et l'équité en matière de santé. Elle est aujourd'hui au cœur d'un débat scientifique qui remet en question ses fondements épistémologiques, et l'ouvrage entend y contribuer. En effet, les modalités de production de la connaissance – la manière dont le savoir est produit, utilisé, partagé et valorisé – dans ce champ académique sont acceptées bien qu'imprégnées d'injustices et de préjugés structurels. À travers une série de réflexions mêlant récits personnels et réflexions conceptuelles, l'auteur montre comment les chercheurs en santé mondiale sont soumis à un distant et puissant « regard étranger », dont le pouvoir façonne leur posture et ce qu'ils peuvent dire ou voir. En s'appuyant sur des exemples concrets, il propose des moyens de réfléchir et d'agir contre l'injustice épistémique, afin d'inspirer des efforts collectifs de transformation de la santé mondiale.

