

Les défis du débat sur la décolonisation de la santé mondiale francophone

The challenges of the debate on the decolonization of health in francophone countries

Mots-clés : Décolonisation ; Francophonie ; Santé mondiale ; Réflexivité.

Keywords: Decolonization; French-speaking world; Global health; Reflexivity.

Lorsque fin 2023, nous avons lancé un appel à la communauté scientifique pour publier un dossier spécial sur la décolonisation de la santé mondiale pour *Santé Publique* [1], nous ne nous attendions pas à autant de réactions. En effet, le sujet est délicat et relativement ignoré par la santé mondiale francophone. Il s'agit d'un des « secrets publics » ou « des inconnus connus » de la santé publique [2]. Les réactions à notre appel ont été très variées, tant positives que négatives. Avant de présenter le contenu de ce dossier spécial, il nous a semblé essentiel de revenir sur ces réactions tant elles démontrent le besoin collectif d'avancer dans ces réflexions si l'on souhaite, à l'instar des autres parties du monde [3], s'inscrire dans une saine transformation de nos pratiques.

Pour démarrer par le côté positif, notons que nous avons reçu plus de 70 résumés proposant un article pour le dossier alors que nous n'avions de la place pour publier qu'une dizaine. Cela témoigne donc d'un grand intérêt scientifique pour le sujet et d'une dynamique collective fort intéressante. Cependant, comme nous le verrons, les articles proviennent surtout d'auteur·rice·s basé·e·s au Canada et très peu en Europe ou en Afrique francophone où pourtant, les débats sur la décolonisation des savoirs, notamment en sciences sociales, sont anciens et foisonnants [4, 5]. Faut-il y voir un défi particulier pour les personnes travaillant dans ces contextes à s'interroger sur ces pratiques en santé publique ? Comme le mentionne une des autrices ayant contribué à ce numéro spécial (Meralli Ballou) : « lorsque l'on fait partie des marges, contribuer à un numéro d'une revue scientifique intitulée "La décolonisation de la santé publique : de la théorie à la pratique", c'est prendre un risque ». Un risque également pris de la part d'auteur·rice·s ayant occupé de hautes fonctions politiques en Afrique. À travers leur regard, pour reprendre l'idée du dernier livre de Seye Abimbola [3], ces auteur·rice·s remettent en cause les pratiques actuelles des organisations non gouvernementales (ONG), intermédiaires privilégiées des partenaires techniques et financiers dans la continuité « des rapports coloniaux de domination et d'exploitation » (Meda et coll.).

À l'inverse, nous avons également reçu une diversité de réactions plutôt négatives, défensives, parfois même des attaques personnelles, y compris le qualificatif de « wokistes » par une personne française ayant fait toute sa carrière en Afrique. Pourtant, notre propos sur la décolonisation de la santé mondiale francophone vise, justement, à dépasser le personnel pour plutôt s'interroger sur nos pratiques collectives et nos institutions dans une perspective systémique [6]. Comme l'énonce Éric Fassin dans un ballado : « Ce qui est intéressant, ce sont justement ces réactions virulentes contre l'idée que le racisme ce n'est pas seulement des intentions individuelles, c'est-à-dire des types pas sympas face à des gens qui seraient des victimes, etc., mais des logiques sociales dans lesquelles nous sommes pris au-delà » (<https://www.youtube.com/watch?v=bAQP50KWKEQ>), et surtout dans lesquelles nous sommes tous impliqué·e·s. Le changement de paradigme [7] nécessite une considération de la complexité des règles sociales dans lesquelles nous évoluons : « les bonnes intentions ne suffisent pas » [8]. L'écoute et la bienveillance ne sont pas suffisantes pour démanteler les racines des injustices. Achille Mbembe, explique, comme beaucoup d'autres à l'instar de

Boaventura Santos De Sousa ou Frantz Fanon, que la colonisation a créé une hiérarchie mondiale des connaissances qui perdure. Les savoirs occidentaux sont au sommet et les savoirs non occidentaux marginalisés ou dévalorisés [5], comme cela s'est également vu dans la gestion de la crise Covid [9]. Ainsi, une grande partie du pouvoir en santé mondiale se maintient avec le développement d'un système de savoirs (visions du monde, concepts, outils, méthodes) qui sont légitimés et qui participent à la création de sens et de significations donnés à des phénomènes globaux [10, 11]. Ce système contribue à créer des injustices épistémiques et ces enjeux de pouvoirs se répercutent également dans les projets nationaux et locaux, l'exemple des actions d'une ONG féministe le montre bien dans ce dossier (Memmi Machado et coll.). Ces injustices limitent la possibilité pour certaines personnes de faire entendre leur voix et de contribuer aux discours, aux connaissances, aux décisions et aux actions [12, 13]. Dans ce dossier, l'article de Ange Valérie Meralli Ballou illustre cette question dans le champ des droits et santé sexuels et reproductifs en évoquant le poids de la « matrice coloniale » qui continue de produire un manque de représentativité. Cette matrice contribue à façonner des normes présentées comme universelles et neutres, mais qui, en réalité, renforcent les mécanismes d'exclusion et de domination. Ces processus, qualifiés d'objectifs, établissent un « régime de vérité » où les dynamiques de racialisation restent non verbalisées et invisibilisées, contribuant à reproduire les injustices. Les historien·ne·s de la santé ont largement rendu compte de cette matrice [14, 15], le présent dossier en confirme une certaine permanence.

L'invisibilisation est au cœur du débat de la décolonisation et de la justice épistémique [16]. Dans un éditorial publié à la suite de notre appel à communication, une critique concernant l'utilisation du mot « décolonisation » a été réalisée [17]. Ce terme, selon les auteur·rice·s, est souvent employé par des descendant·e·s de colonisateur·rice·s, sans tenir compte de la perspective des populations opprimées. Ils et elles déclarent que l'idée de « décoloniser » maintient une position de domination, où les professionnel·le·s extérieur·e·s aux pays dans lesquels ils interviennent dictent encore ce qui est supposé être bénéfique pour ces populations. Nous prenons le parti de continuer à utiliser ce terme, car il permet de mettre en visibilité les forces liées aux structures de pouvoir héritées du colonialisme, tout en offrant un cadre critique pour interroger les dynamiques contemporaines de domination [18-22]. La réponse actuelle à la crise de santé publique à Mayotte est un bel exemple du besoin de cette interrogation. En ce sens, le terme « décolonisation » sert non seulement à dénoncer les asymétries persistantes, mais aussi à ouvrir un espace de réflexion sur la justice sociale et épistémique, en prenant en compte l'intersectionnalité des rapports de domination. En Bolivie, le gouvernement d'Evo Morales a développé une politique de décolonisation et de « dé-néolibéralisation » du secteur de la santé (Aubert Plard). Se présentant comme « le défenseur des opprimés », ce gouvernement a explicitement critiqué la colonisation espagnole et ses conséquences dans les discours et les documents officiels. Le mot a donc pu être utilisé comme un outil politique bien que le processus de décolonisation n'ait pas donné lieu à une réelle prise en compte des dynamiques sociales afin de créer une réelle intégration des nouveaux dispositifs dans les systèmes existants, renforçant par là même la stigmatisation des populations marginalisées visées (Aubert Plard). De même, comme expliqué par Loubna Belaid, Tatiana Garakani, Lara Maillet, la « vision du monde » qui a guidé l'élaboration du projet de loi de sécurisation culturelle au sein du réseau de santé et des services sociaux au Québec a contribué à reproduire un ordre colonial. Les autrices expliquent que ce projet de loi s'est concentré sur les aspects de la culture « des » populations autochtones (considérées comme une population homogène), plutôt que sur l'impact de la culture des professionnel·le·s de la santé sur les interactions avec les membres des populations autochtones et leur accès à la santé. L'exemple du Sénégal montre aussi combien le dialogue entre les prestataires de soins (devant aussi faire preuve de réflexivité) et les jeunes femmes est essentiel au renforcement du pouvoir d'agir de ces dernières, notamment par la reconnaissance de la diversité des savoirs (Memmi Machado). Ainsi, « la participation » et « la reconnaissance des savoirs culturels et expérientiels » [17] requièrent plus que de la bonne volonté pour être mise en œuvre, ce qui a été parfaitement mis au jour dans les écrits sur le processus de décolonisation de la santé mondiale [18-22]. Refuser d'utiliser le mot « décolonisation » et par là-même reconnaître le poids des injustices épistémiques, implicites par nature, rappelle les débats aux USA où certaines personnes ne souhaitaient pas évoquer les inégalités, préférant le terme de « disparités », neutralité de façade pour ne pas évoquer les injustices sociales.

Dans notre conception, le terme « décolonisation » se définit concrètement comme un « processus qui consiste à remettre en question et à déconstruire les idées, les valeurs et les pratiques coloniales ancrées dans la société » (<https://www.>

noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra#lettre-let-ter-D). Le sujet reste toutefois compliqué. Qui parle ? Pour qui ? Dans quel objectif ? La manière dont on se positionne est centrale dans les épistémologies, qualifiées de radicales par certain·e·s (féministes, décoloniales, postcoloniales) car les structures influencent toujours, de façon explicite ou implicite, l'ensemble des pratiques comme cela est bien montré en santé mondiale [3]. L'idéal de justice, généralement poursuivi par l'ensemble des parties prenantes en santé publique, se heurte à une part importante d'implicite. Nous nous considérons comme les premier·e·s récepteur·rice·s potentiel·le·s de l'ensemble des connaissances diffusées dans ce numéro. En réalité, comment faire pour ne pas reproduire les injustices systémiques dans les pratiques quotidiennes de recherche et d'action en santé publique qui sont encore bien présentes aujourd'hui [7] ? La réflexivité, essentielle à la santé publique et la promotion de la santé [23, 24], est-elle si évidente ? Qui se doit d'être réflexif ? Comment intégrer l'intersection des différentes formes de pouvoir ? Amélie Blanchet Garneau et ses collègues expliquent comment ils ont tenté de développer une approche de recherche décoloniale dans le cadre d'une étude canadienne avec des membres autochtones et allochtones. Ils et elles ont souhaité « transformer les pratiques de recherche afin d'honorer les modes de savoirs autochtones, de respecter la souveraineté autochtone et de remédier aux iniquités créées par le colonialisme ». Cette démarche a impliqué dès le départ de reconnaître les différences de pouvoir et les inégalités entre les membres, mais aussi de revenir sur des définitions de base dans le processus de recherche, ne serait-ce que la remise en question de l'idée de « propriété » lorsqu'on parle de connaissances. La notion de « responsabilité relationnelle » est également décrite comme un mécanisme central à l'instauration de partenariats authentiques dans un cadre de recherche (Blanchet Garneau et coll.) mais aussi à un plus haut niveau politique (Meda et coll.) ou pragmatique (Memmi Machado et coll.). En effet, Meda et coll. appellent à une responsabilisation des différentes parties prenantes, ONG, partenaires techniques et financiers et gouvernements africains, afin de contrer le « réflexe de domination », inhérent aux interactions du « Nord » et du « Sud ». Memmi Machado et coll. pensent que c'est aussi le rôle d'une ONG, pourtant dépendante des financements internationaux, d'engager une discussion avec ses partenaires financiers sur ces questions. Comme on l'a dit, cette prise de risque ne semble pas vouloir être partagée par toutes les ONG. Un risque que n'a d'ailleurs pas voulu prendre une ONG qui, après avoir autorisé la publication critique d'un projet a retiré son accord, car le terme « décolonisation » aurait pu froisser leur bailleur de fonds d'une négociation de projet en cours, ce que certain·es pourraient qualifier d'auto-censure. Un risque qu'un doctorant n'a pas pu prendre, car ses superviseurs d'une institution académique ouest-africaine lui ont fait comprendre qu'analyser cette question dans un article concernant une politique publique de son pays lui ferait prendre un risque pour sa thèse et sa future carrière.

L'aspect relationnel et émotionnel est au centre de la démarche de décolonisation [25]. En plus de ses nombreuses contributions visant à développer une meilleure justice cognitive, notamment par la création d'une maison d'édition soucieuse de ces principes et la publication d'un guide pour les étudiant·es [26], Florence Piron proposait de développer une épistémologie du lien, c'est-à-dire une façon de produire des connaissances qui reconnaît la subjectivité des auteur·es, la sensibilité à autrui et la conscience des privilèges et des injustices et leur utilisation dans le processus scientifique [27]. Emilie Pigeon Gagné, Élise Bourgeois-Guérin et Sophie Gilbert soulignent l'importance de considérer les ressentis et les émotions en tant que chercheur·se pour analyser la réalité et les discours des participant·es à la recherche. En effet, les émotions ressenties, mais également le vécu et la position sociale orientent la compréhension d'un phénomène, et peuvent permettre, comme cela a été le cas ici, de mieux saisir la complexité des oppressions vécues par les personnes migrantes sans statut en matière d'accès aux soins de santé.

Ce dossier à l'ambition d'élargir la fenêtre d'Overton dans le contexte francophone, en abordant les situations inconfortables en matière de dynamique de pouvoirs, d'inégalités de distribution de ressources, mais surtout notre rôle à tous·tes dans la construction et la permanence de ces injustices. Il reste encore un sujet peu traité de façon explicite et pourtant inévitable, car la santé mondiale est représentée majoritairement par des personnes issues des pays du Nord, et souvent blancs [6]. En effet, 46 % des sièges sociaux des 198 organisations mondiales en santé sont en Europe, et 38 % en Amérique du Nord. Alors que la population des pays dits à faibles et moyens revenus représente 83 % de la population, seulement 17 % des leaders des organisations mondiales proviennent de ces pays [28]. Comment la blanchité, souvent une impensée francophone, définie comme l'association entre des caractères phénotypiques caucasiens et la facilité d'accès à des positions sociales supérieures [6, 29, 30], intervient-elle dans les processus de décolonisation de la santé mondiale ? Les personnes blanches doivent-elle continuer à intervenir, à reconnaître et à utiliser leurs privilèges pour

contester et déconstruire les structures oppressives [31] ? Doivent-elles laisser la place ? Nous espérons que la lecture des articles de ce dossier permettra d'enclencher un débat et enfin des actions sur toutes ces questions, inconfortables mais essentielles.

Valéry Ridde

Université Paris Cité, IRD, Inserm, Université Sorbonne Paris Nord,
Ceped, F-75006 Paris, France

Amandine Fillol

Université de Bordeaux, France

Fatoumata Hane

Département de sociologie/IEFSG/Université Assane Seck de Ziguinchor ;
IRL 3189 Environnement Santé et Sociétés

Fati Kirakoya-Samadoulougou

Université Libre de Bruxelles, Centre de recherche en épidémiologie,
biostatistique et recherche clinique, école de santé publique Belgium Bruxelles

Pour aller plus loin : <https://www.editionsscienceetbiencommun.org/guide-decolonise-et-pluriversel-de-formation-a-la-recherche-en-sciences-sociales-et-humaines/>

Références bibliographiques

1. Ridde V, Fillol A, Kirakoya-Samadoulougou F, Hane F. Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France... et ailleurs. *Santé Publique*. 2023;35:109-13.
2. Geissler PW. Public secrets in public health: Knowing not to know while making scientific knowledge. *American Ethnologist*. 2013;40:13-34.
3. Abimbola S. *The Foreign Gaze. Essays on Global Health*. Paris : IRD Éditions; 2024. 149.
4. Dufoix S. *Décolonial*. Paris : Anamosa; 2023. 96.
5. Mbembe A, Sarr F. *Écrire l'Afrique-Monde*. Dakar : Philippe Rey; 2017. 384.
6. Ouattara F. Une anthropologue noire dans l'état d'un partenariat en Afrique subsaharienne. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 2022;203-26.
7. Ridde V, Béland D. Réformer la recherche en santé mondiale au Sahel : une occasion manquée en temps de COVID-19 ? *Études internationales*. 2023;54:365.
8. Plamondon KM. A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*. 2020;20:224.
9. Dalglish SL. COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*. 2020;395:1189.
10. Abimbola S. The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Glob Health*. 2019;4.
11. Kim H. The implicit ideological function of the global health field and its role in maintaining relations of power. *BMJ Global Health*. 2021;6:e005620.
12. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007. 208.
13. Bhakuni H, Abimbola S. Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health*. 2021;0.
14. Pam AA. Colonial medicine in French West Africa. Scientists for empire from the origins to independence 1960. In: Chafer T, Majumdar MA, éditeurs. *Routledge handbook of Francophone Africa*. Abingdon, Oxon ; New York: Routledge; 2024.
15. Peiretti-Courtis D. Corps noirs et médecins blancs: la fabrique du préjugé racial, XIX^e-XX^e siècles. Paris: La Découverte; 2021. 354.
16. Fillol A, Fonquerne L, Cambon L, Ridde V. Pour une santé publique en faveur d'une justice épistémique. *Glob Health Promot*. 2023;17579759231183325.
17. Chatot-Henry D, Carrara M, Conseil R, Marie-Nelly A, Adèle-Amélie P, Michel S, et al. « Décolonisation de la santé publique » : le poids des mots: *Santé Publique*. 2024;36:143-4.
18. Olusanya BO. Accountability framework to decolonise global health. *The Lancet*. 2021;397:1.
19. Affun-Adegbulu C, Adegbulu O. Decolonising Global (Public) Health: from Western universalism to Global pluriversalities. *BMJ Glob Health*. 2020;5.
20. Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y. Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Global Health*. 2020;5:e003394.

21. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J, Ho M-J, Semali IA, van Schalkwyk SC. Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2020.
22. Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? *The Lancet*. 2020;396:1627-8.
23. Tremblay M-C, Parent A-A. Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Can J Public Health*. 2014;105:e221-3.
24. Boutilier M, Mason R. The reflexive practionner in health promotion : from reflection to reflexivity. In: O'Neill M, Pederson A, Rootman I, Dupéré S, éditeurs. *Health Promotion in Canada: Critical perspectives (2nd edition)*. Toronto: Canadian Scholars Press Inc.; 2007.301-16.
25. Longair PH. Unjustly Dismissing an Alternative: A Case of Epistemic Injustice among Epistemic Frameworks. *Epistemic Injustice*. 2019;11.
26. Piron F, Arsenault É. Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines [En ligne]. Québec : Éditions science et bien commun; 2022. Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/>
27. Piron F. Méditation haïtienne : répondre à la violence séparatrice de l'épistémologie positiviste par l'épistémologie du lien. *socsoc*. 2018;49:33-60.
28. Global Health 50/50. Power, privilege and priorities [En ligne]. London; 2020 [cité le 9 mars 2020]. Disponible sur : <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>
29. Quashie H. La « blanchité » au miroir de l'africanité. *Migrations et constructions sociales urbaines d'une assignation identitaire peu explorée (Dakar)*. *Cahiers d'études africaines*. 2015;761-86.
30. Bourguignon Rougier C. Blanchité. Un dictionnaire décolonial [En ligne]. Québec; 2021 [cité le 15 janvier 2025]. Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/colonialite/chapter/blanchite/>
31. Excellence en santé Canada. Échange de connaissances virtuel sur l'équité, la diversité et l'inclusion [En ligne]. 2024 [cité le 15 janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/echange-de-connaissances-virtuel-sur-l-equite-la-diversite-et-l-inclusion/>