

CULTURE SANITAIRE INTERNATIONALE : POUR UNE RENCONTRE DES SAVOIRS

Alexia Pilon Diabaté, RN, BscN, M.A.

Université du Québec à Montréal

Résumé : *Les connaissances scientifiques produites dans le champ de la santé publique et mondiale sont souvent considérées comme objectives. Toutefois, elles comportent des jugements de valeur et participent à définir la santé de manière normative, faisant fi du contexte social ou de l'environnement culturel dans lequel elles opèrent. Dans cet article, nous chercherons à mettre en lumière comment la santé normative, définie dans le champ interdisciplinaire de la santé publique et mondiale, promeut une universalisation des prescriptions et proscriptions des comportements s'apparentant à de l'impérialisme culturel. À travers les résultats d'une étude de terrain réalisée à Yopougon, commune de la ville d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, nous identifierons certaines tensions entre des savoirs de ce que nous nommons la « culture santé internationale » et des savoirs populaires expérientiels. Nous suggérons qu'il faille conjuguer les savoirs scientifiques et populaires pour guider les interventions sanitaires en Côte d'Ivoire, afin de permettre la collaboration entre des membres des domaines professionnels et scientifiques de la santé et les localités concernées. L'étude des représentations sociales de la santé, comprises comme les croyances, les informations, les valeurs et les normes constitutives d'une société, semble une avenue prometteuse pour réfléchir les tensions entre la culture santé internationale et les savoirs populaires expérientiels.*

Mots-clés : communication internationale ; communication interculturelle ; communication sur la santé ; santé publique ; santé mondiale ; représentations sociales ; maladies liées à l'eau.

Abstract : *Scientific knowledge produced in the field of public and global health is often considered objective ; however, they include value judgments, and help define health in a normative way, which ignores the social context or cultural environment which they operate in. In this article, we seek to shed light on how normative health, defined in the interdisciplinary field of public and global health, promotes a universalization of prescriptions and proscriptions of behaviors akin to cultural imperialism. Through the results of a field study carried out in Yopougon, municipality of the city of Abidjan, in Côte d'Ivoire (Ivory Coast), we identify certain tensions between what we call "international health culture" knowledge and popular experiential knowledge. We suggest that scientific and popular knowledge should be combined to guide health interventions in Côte d'Ivoire, allowing collaboration between health professionals and researchers and the localities concerned. The study of social representations of health, understood as the beliefs, information, values, and constitutive norms of a society, seems a promising avenue for reflecting on the tensions between the international health culture and experiential popular knowledge.*

Keywords : international communication ; intercultural communication ; health communication ; public health ; global health ; social representations ; water borne diseases.

Culture santé¹

Si la santé publique et mondiale a pour mandat l'atteinte d'un certain état de santé pour les populations, elle tend à évacuer les manières de connaître et de savoir qui relèvent de perspectives non professionnelles. Au nom de l'atteinte d'un état de santé universellement défini, la santé publique donne forme à des programmes, à des interventions et à des politiques publiques de santé qui ont pour effet de statuer sur les pratiques qui sont acceptables et celles qui ne le sont pas (Adams, 2010 ; Metzl, 2010). Cette entreprise de gouvernance de la santé publique et mondiale est aussi connue sous le nom de diplomatie sanitaire (Kerouedan, 2013a).

Toutefois, ce serait de se leurrer que de considérer la santé comme une notion, un droit, un concept, un objectif n'appartenant qu'aux professionnels de la santé (Adams, 2010). En effet, la visée épistémique des sciences de la santé entraîne très souvent la production de connaissances qui sont éloignées des préoccupations des individus non chercheurs (Mondain et Bologo, 2009). Ceci a pour conséquence de mettre en place des interventions parfois inefficaces ne tenant pas compte des besoins et les priorités des populations (Proulx *et al.*, 2008), sans compter que selon les contextes ces interventions tendent à reproduire des rapports coloniaux en maintenant un rapport savant-profane entre les expertes et experts qui exportent et diffusent des savoirs « universels » vers des communautés (Anderson, 2014). Sachant que la culture d'une

¹ Je tiens à remercier le professeur Luc Faucher pour ses précieux commentaires suite à la relecture d'une version antérieure de cet article. Merci également aux relectrices et relecteurs pour leurs remarques avisées et leur aide dans la construction de cet article.

population ou d'un sous-groupe influence le sens accordé à différentes expériences vécues (Andersen *et al.*, 2017), il semble pertinent de porter un regard culturellement centré sur la production de connaissances en santé et d'interroger les hiérarchies entre les différents savoirs de santé en tension (Zedelius *et al.*, 2017). Selon Zedelius *et al.* (2017), les connaissances sont produites à partir de valeurs et de référents qui se rapportent à la cosmovision de celles et ceux qui les produisent et les diffusent. Ainsi, ces connaissances viennent à faire sens à l'intérieur d'un imaginaire symbolique et collectif spécifique que nous qualifions de culture. Dès lors, considérant qu'il existe une multiplicité d'imaginaires symboliques, et donc de cultures, la rencontre et la négociation des connaissances qui circulent à l'échelle planétaire entraînent une lutte de production de sens sur certains sujets (Anderson, 2014). En ce qui concerne la santé publique, cette lutte est aujourd'hui caractérisée par le primat de la rationalité scientifique de la pensée occidentale (de Sousa Santos, 2015).

À partir d'une approche culturellement-centrée, cet article vise à interroger la rencontre entre des savoirs de santé professionnels et scientifiques avec des savoirs populaire concernant la négociation des priorités sanitaires. Dans la mesure où la signification de la santé est formée et médiée par les interactions sociales et/ou les flux médiatiques à l'intérieur d'une culture, il semble particulièrement pertinent d'aborder les enjeux sanitaires au prisme de la communication interculturelle. Ainsi, cet article vise plus précisément à cerner le pouvoir que détiennent les organisations de santé publique dans les relations internationales et interculturelles sur le terrain d'intervention. Nous nous intéresserons au cas

de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire, où nous avons conduit notre terrain de recherche de maîtrise, afin d'illustrer les angles morts du discours international et gouvernemental sur la santé et la maladie, particulièrement en ce qui a trait à la définition des besoins sanitaires de la population. Cela nous permettra de mettre en relief le caractère normatif des connaissances produites pour orienter les interventions de santé publique ; des connaissances bien souvent fondées sur un faux-semblant d'objectivité (Massé, 2003 ; Metzl, 2010). Par ailleurs, nous discuterons de la production de connaissances non scientifiques pour rendre compte des modalités citoyennes de prise en charge de la santé, considérant primordial de poursuivre les recherches sur les relations de pouvoir qui traversent les interventions sanitaires (Kerouedan et Brunet-Jailly, 2016 ; Massé, 1995 ; 2003). Tel que Adams (2010) et Massé (2003) le soulignent, l'analyse des interventions sanitaires est un terrain propice à l'analyse de relations de pouvoir qui le façonnent. Nous concluons, comme d'autres auteures et auteurs l'on déjà fait, qu'il est impératif de valoriser les savoirs des individus non professionnels et ainsi de décroquer les frontières épistémologiques, ici des sciences de la santé, afin de traiter des sujets qui sont significatifs autant pour les communautés scientifiques et professionnelles que les populations. Nous soulignerons plus précisément le potentiel bénéfique, voire la nécessité pour le domaine de la santé publique et mondiale et ses priorités, de prendre en compte les savoirs populaires mobilisés par les individus concernés.

Santé mondiale : pour quelle santé et quelle maladie ?

Dans cette première section, nous nous attarderons à présenter en quoi l'universalisation des connaissances scientifiques dans les interventions de santé internationale entraîne des problèmes sociaux qui ne permettent pas aux populations de prendre en charge leur propre santé. Il sera donc question des objectifs de la santé publique appliqués mondialement et des effets de cette universalisation des objectifs sur la discipline et les populations. En employant nos résultats de recherche, nous ferons désormais ressortir l'importance de considérer autant la production de connaissances scientifiques que populaires dans l'établissement d'une problématique de santé publique et mondiale.

La santé publique internationale s'intéresse aux risques de santé de la population mondial en se basant sur la prémisse que les événements de santé d'un point géographique ont le potentiel d'avoir un impact sur les populations ailleurs dans le monde (Kerouedan, 2013b). Lorsqu'une problématique de santé publique dépasse les frontières géographiques du national, on parle en effet de santé mondiale². En d'autres mots, la santé mondiale est la santé publique à l'échelle internationale (Fried *et al.*, 2010). Par conséquent, la santé constitue aujourd'hui l'un des cadres à travers lesquels divers enjeux politiques mondiaux

² De l'anglais « *global public health* ». Les programmes de santé mondiale portaient autrefois le nom de santé internationale et avaient été établis pour l'intervention et la recherche portant sur l'aide au développement international. Renommés « santé mondiale/globale » ces programmes devaient maintenant rendre compte davantage des interrelations entre les pays dans l'atteinte d'une santé pour tous et ainsi échappés aux critiques postcoloniales des modèles d'aide international unidirectionnel (Adams, 2010).

sont discutés, ce à quoi réfère la diplomatie sanitaire (Organisation mondiale de la santé [OMS], s.d.).

Diplomatie sanitaire

Les institutions de santé mondiale ont aujourd'hui acquis une légitimité épistémique dans l'émission de recommandations d'intervention pour la santé. Depuis la création de l'Office Internationale d'Hygiène publique en 1907, ces institutions sont peu à peu devenues porteuses et émettrices de discours sanitaires à l'intérieur desquels des problématiques de santé sont venues à être réfléchies. Dominique Kerouedan (2013) rend compte de l'émergence d'une « diplomatie sanitaire », tenant compte du fait que

[...] la santé est devenue, dans les relations internationales, un paramètre de pouvoir, d'influence, de sécurité, de paix, de commerce, voire un vecteur de positions géopolitiques et idéologiques pour des États cherchant à gagner en importance politique à l'échelle mondiale. (Kerouedan, 2013a, p. 253)

Discutée à travers différentes problématiques internationales telles que les mouvements migratoires, les changements climatiques et la sécurité alimentaire, et ce, par différentes parties présentes sur la scène internationale, la santé est aujourd'hui un élément qui recouvre plusieurs enjeux mondiaux (Kerouedan, 2013a). Ceci est d'ailleurs en phase avec les objectifs de la santé publique de prévenir la maladie en agissant collectivement sur différentes sphères de la vie des individus (Massé, 2003).

Dès lors, il devient fondamental de reconnaître le rôle du pouvoir dans la mise en place de politiques de santé. À cet effet, Gore et Parker (2019) considèrent qu'en l'absence d'une reconnaissance des aspects normatifs des interventions de santé mondiale, peu d'attention a été portée au pouvoir tenu par les personnes qui tentent d'orienter les efforts de santé dans différentes directions. D'ailleurs, le fait que les professionnelles et professionnels de la santé et la communauté scientifique mobilisent des valeurs normatives dans leur travail, affectant ainsi « l'objectivité » de leurs décisions, n'est pas nécessairement un problème pour Massé (2003). Selon ce dernier, ce serait plutôt la négation de la présence de ces valeurs et, conséquemment, l'absence d'efforts pour les mettre en lumière et les analyser, qui serait un problème d'envergure. En ce sens, le rapport de la Commission d'Oslo sur la gouvernance globale en santé de 2014 a démontré que les normes, politiques et pratiques qui émergent des interactions de pouvoir asymétriques entre États ou institutions (ONG, corporations transnationales et autres) ont un impact sur la création d'inégalités de santé (Gore et Parker, 2019). Il est donc fondamental de reconnaître le pouvoir politique que détiennent les organisations de santé au niveau mondial, et ceci autant dans les relations entre États qu'entre les intervenants de santé et les populations ciblées.

Bien que les grandes orientations internationales font de la santé mondiale une priorité, celle-ci est souvent énoncée et discutée de manière universelle et sans tenir compte des besoins spécifiques des populations (Kerouedan, 2013a). Ceci crée un problème que Lee (2015) nomme *productive power*, qui réfère à la

manière dont nous pensons le monde et créons du sens à travers des catégories que nous formons pour en rendre compte. Lee considère que le pouvoir de production de sens à partir du cadrage que nous faisons de la santé et de la maladie doit être considéré autant durant les étapes de recherche que dans la mobilisation des connaissances produites pour l'établissement de politiques et d'interventions de santé. Si la manière de faire sens et donc de produire des savoirs représente une forme de pouvoir sanitaire, il est en effet pertinent de s'interroger quant aux acteurs qui exercent ce pouvoir. Il semble évident, selon Gore et Parker (2019), que la mobilisation de savoirs scientifiques est faite de manière exclusive pour orienter les actions en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau mondial.

Néanmoins, l'utilisation exclusive des savoirs scientifiques des répercussions sur les interventions locales, dans la mesure où elles ne répondent pas toujours aux besoins nommés par la population. Dans leur étude de la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie, Forster et Charnoz (2013) ont notamment mis en évidence la place importante des considérations politiques dans la construction des connaissances. Les auteurs concluent en effet

[...] qu'une série de facteurs afférents au pouvoir, aux modalités organisationnelles et à la production des connaissances a interféré avec la capacité de presque toutes les organisations impliquées dans la réponse à la grippe aviaire en Indonésie à établir un diagnostic précis de la situation et à formuler et mettre en œuvre une stratégie efficace. (Forster et Charnoz, 2013, p. 137)

Dans leur article, ils dénoncent le mandat normatif « en faveur des pauvres » endossé par la majorité des organisations internationales et des gouvernements. Ce mandat aurait entraîné un angle mort dans les considérations sanitaires dans la lutte contre la grippe aviaire, empêchant de rencontrer les besoins immédiats de la population concernée. Ce cas démontre bien la dimension de pouvoir opérant sur la création et la conduite d'interventions de santé pertinentes et efficaces. Dans la même ligne d'idée que Forster et Charnoz, nous présenterons, dans la section suivante, le cas étudié dans le cadre de notre mémoire.

Le cas de Yopougon en Côte d'Ivoire

Dans le cadre de notre recherche de maîtrise, nous nous sommes rendus en Côte d'Ivoire, où nous avons rencontré des habitants d'un village lagunaire de la commune de Yopougon, aux abords de la ville d'Abidjan. Nous y avons conduit deux groupes de discussion, où nous avons discuté des croyances, des normes et des comportements en lien avec les maladies hydriques. Notre objectif était de comprendre quels étaient les déterminants qui influencent les représentations sociales de ce groupe au sujet des maladies hydriques. Selon Pétard (1999), une représentation sociale est une manière de concevoir un objet qui relie le sujet représentant à l'objet représenté :

[...] au sein de la représentation, le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts. Les caractéristiques de l'objet sont appropriées par le sujet, puis intégrées et reconstruites en vertu de ses propres caractéristiques. Il s'ensuit qu'un point fondamental de la théorie des représentations sociales est d'énoncer que la réalité objective n'existe

pas, que toute réalité est représentée, c'est-à-dire reconstruite en fonction des caractéristiques du sujet. (Pétard, 1999, p. 165)

Ceci présuppose que les représentations sont des expressions culturelles qui rendent compte de l'expérience individuelle et collective de la santé et de la maladie (Jodelet, 1997). Notre analyse nous a permis de faire ressortir le rôle des représentations sociales du groupe de ces maladies, ainsi que du problème de pollution de la lagune et des terres.

D'après nos résultats, il est possible de s'apercevoir que le sous-groupe de la population concernée et les agences de santé cadrent le problème des maladies liées à l'eau différemment. En effet, la population participante cadre les maladies hydriques dans la problématique plus grande du déversement des déchets et de la pollution, et attribuent la responsabilité de la gestion des déchets et de la pollution à des individus extérieur au village. À l'inverse, les agences de santé cadrent les maladies hydriques comme des maladies à potentiel épidémique variable dont font partie les maladies diarrhéiques, le paludisme, le choléra et les maladies tropicales négligées (OMS, 2018 ; SNIS, 2014). Les interventions proposées par ces agences sont davantage d'ordre curatif ou, lorsque préventives, font référence à de l'offre de service dont la responsabilité relève du ministère responsable de l'urbanisme. D'ailleurs, la proscription de comportement à risque fait aussi partie des recommandations du gouvernement ivoirien, qui dénonce la non-adhésion de la population aux comportements conformes comme un « problème culturel » (GCI, 2013, p. 3). De surcroît, ces actrices et acteurs institutionnels expriment le désir de

responsabiliser la population ivoirienne et de donner à ses membres plus de pouvoir sur leur santé. Le pouvoir des agences de santé et des institutions gouvernementales démontrent ainsi une entreprise d'acculturation des populations, entreprise ici par le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) de la Côte d'Ivoire pour l'imposition de la culture santé en collaboration à des organisations de santé telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Malgré l'intervention du gouvernement de la Côte d'Ivoire (GCI) et du MSHP, le sous-groupe de la population de Yopougon rencontré ne fait pas sens de la problématique des maladies hydriques de la même manière. Plus particulièrement, le sous-groupe participant montre mobiliser des représentations sociales qui justifient une inaction et l'attente d'une quelconque intervention de santé venant de l'extérieur du village. Il est donc possible de dire qu'en parlant de santé, les deux groupes n'entendent pas la même chose. En définissant la problématique de manière unilatérale, soit sur la base de connaissances produites dans le cadre de la santé publique, les agences de santé publique font fi de l'expérience, des croyances et des priorités locales en matière de maladies hydriques. De la sorte, cette situation a pour conséquence de retirer aux personnes participantes le pouvoir sur leur santé puisque les priorités sont formulées et définies en dehors de leurs propres représentations sociales et de leur participation à des processus de santé publique.

À la lumière de cette mise en tension entre les connaissances et préoccupations scientifiques et populaires en Côte d'Ivoire, nous proposons de faire dialoguer celles-ci afin de pouvoir cerner et négocier des problématiques de santé locales et contextuelles. Cette négociation devrait forcément faire intervenir les individus touchés et concernés par le problème identifié, et non uniquement les professionnelles et professionnels de la santé, la communauté scientifique et les personnes en position décisionnelle. Dès lors, il importe de reconnaître la légitimité des savoirs populaires et de décrocher la santé du carcan de la rationalité scientifique au profit d'une hybridation, voire d'une alternative à la culture santé des agences internationales de santé.

Dans les deux sections suivantes, nous brosserons un portrait de la production de connaissances scientifiques en santé publique et des connaissances populaires en santé ainsi que les conséquences de ces modes de production.

Science comme savoir santé dominant

Il semble à présent pertinent de faire la démonstration de la nature subjective des savoirs qui sont produits en sciences de la santé ; ceci afin de soutenir notre proposition de faire dialoguer les savoirs scientifiques et expérientiels de santé. Nous aborderons les points de vue des penseurs objectivistes, puis des penseurs normativistes, afin d'interroger les normes sous-jacentes aux connaissances en santé publique (Massé, 2003 ; Mertz *et al.*, 2009). Nous présenterons ensuite en quoi la prétention d'objectivité entraîne des conséquences sociales et éthiques importantes.

Conceptualisation occidentale de l'objet santé...

En tant qu'objectiviste, Boorse (1977) propose une définition et une conceptualisation de la santé comme l'absence de maladie, qui est définie par la normale statistique de la fonction de l'organisme. En ce sens, l'auteur conçoit l'habileté fonctionnelle normale d'un individu selon sa classe de référence : le potentiel et la capacité d'une partie ou d'un processus physiologique à agir sa fonction de manière normale. À l'inverse, il définit la maladie comme la réduction de l'habileté fonctionnelle d'une partie (dont l'individu est la somme) sous son seuil normal d'efficacité, en comparaison avec sa classe de référence : l'incapacité de la partie d'agir sa fonction de manière normale (Boorse, 1975, 1977). Selon cette définition, il est question d'établir des critères populationnels basés sur une normalité statistiquement observée, inférée et ensuite établie. Ces critères permettent de situer un état du côté sain ou non du corps standardisé. La normalité est ainsi établie comme une affaire de découverte scientifique, comme un fait véridique (Schramme et Edwards, 2017). Cependant, Schramme et Edwards (2017) critiquent cette définition biologique de ne pas être en mesure d'expliquer le concept de *fonction normale biologique* puisqu'elle fait l'erreur de la présupposer. Plus exactement, l'évidence statistique d'une normalité biologique aurait davantage à voir avec une variation d'états au sein d'une espèce qu'une norme de fonctionnement de l'organisme (Schramme et Edwards, 2017). Dans le même sens, Schramme et Edwards (2017) proposent que la médecine occidentale est fondée sur une norme de la rationalité mathématique et de la testabilité empirique. La méthodologie scientifique est

ensuite jugée comme bonne ou mauvaise en mobilisant ces préférences épistémiques. Conséquemment, il y a apparence de distinction entre fait scientifique et norme et une prétention à l'absence de norme en recherche de la part de ces scientifiques. Schramme et Edwards suggèrent donc que même si elle se veut neutre, la science médicale occidentale est plutôt normative en raison de ce choix méthodologique. Incidemment, cerner la santé comme un concept objectif et dénué de jugement de valeur entraîne une mise en tension entre santé et morale, comme si elles étaient mutuellement exclusives.

Dès lors, nous proposons que les objectivistes emploient eux aussi des jugements normatifs, de nature épistémologique, dans leur conceptualisation de la santé. Puisqu'il y a des jugements normatifs, Massé (2003) défend l'idée que la discipline de la santé publique se présente aussi comme une culture avec des normes, croyances et savoirs qui lui sont propre autour de la gestion du corps. Ceci reste toutefois dans l'angle mort des considérations épistémologiques des objectivistes, menant Bonaventura de Sousa Santos (2015) à considérer que la science moderne est occidentalocentrée et incapable de sortir de ses présupposés pour réfléchir à des expériences humaines qui la dépassent.

...Et son universalisation

La normativité tient pour prémisse que la santé est un état jugé comme idéal à atteindre (Boorse, 1975 ; Massé, 2003). On parlera alors de primauté de la valeur santé, qui est basée sur une rationalité utilitariste employée par l'épidémiologie (Massé, 2003). La normativité se définit comme la désirabilité

d'une condition sur le plan individuel ou social, indissociable des notions de bien et de mal (Boorse, 1975). Dans le domaine de la santé, la normalité est comprise comme un concept évaluatif et prescriptif (Schramme et Edwards, 2017). Incidemment, la définition de la santé nécessite un jugement sur la nature de ce qui est désirable et donc normal.

D'un point de vue normativiste, la santé publique adopte une éthique téléologique, participant dès lors au projet sociétal qu'elle s'est elle-même donné : l'atteinte de la santé et la quête de bien-être pour toutes et tous (Massé, 2003). Les ambitions de la santé publique sont critiquables du point de vue de l'éthique, surtout du fait qu'elles entraînent une forme de contrôle social. De ce fait, les facteurs de risque et la maladie deviennent des marqueurs d'immoralité exigeant une rectitude (Massé, 2003). Jonathan Metzl l'illustre ainsi :

Health is a desired state, but it is also a prescribed state and an ideological position. We realize this dichotomy every time we see someone smoking a cigarette and reflexively say «smoking is bad for your health» when what we mean is, "you are a bad person because you smoke." Or when we encounter someone whose body size we deem excessive and reflexively say "obesity is bad for your health" when what we mean is not that this person might have some medical problem, but that they are lazy or weak of will. (Metzl, 2010, p. 2)

Autrement dit, la santé est instrumentalisée dans les discours de santé publique comme un facteur moral et universel permettant de valoriser les « bonnes » attitudes et « bons » comportements et d'en diffamer d'autres. En résulte un jugement sur les différentes pratiques et croyances sanitaires et, ultimement, une dichotomisation des différentes manières d'expérimenter le corps. Dans le

champ d'étude et d'intervention de la santé publique, cette normale est définie par des préférences épistémologiques proprement occidentales qui, suivant Escobar (2012), envahissent la réalité d'une théorisation et conceptualisation plutôt uniforme de l'objet santé. Vraisemblablement, la non-reconnaissance de cette prémisse entraîne la tenue d'un discours sur la santé qui est hégémonique puisqu'il s'aveugle à une multiplicité de possibles alternatifs.

D'après Kerouedan et Brunet-Jailly (2016), la santé publique et mondiale représente la santé telle que vue uniquement par la communauté internationale. En effet, l'OMS définit la santé comme : « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, [qui] est un droit fondamental de l'être humain [...]. » (1978, Article I) Ce faisant, elle construit l'objet de la santé comme un objectif et une priorité homogène, incontestable et faussement consensuel. En ce sens, elle est hégémonique. Dans son processus de prévention de la maladie et du risque, les politiques de santé publique et mondiale s'apparentent à de l'impérialisme culturel³, qui prône la conformité aux comportements sains (Massé, 2003). L'impérialisme culturel fait référence aux enjeux de pouvoir et de domination entre différentes nations, États ou organisations (Appadurai, 1990 ; Kraidy, 2002). Ce phénomène résulte de la mondialisation de la santé qui est le projet porté par l'OMS. L'impérialisme culturel est visible lorsque la santé publique et mondiale promeut des savoirs occidentaux de manière transnationale (Massé, 2003). En d'autres mots, la quête pour la santé et le bien-être est fondé sur des

³ Le terme globalisation ou globalisation culturelle lui est parfois préféré.

présupposés épistémiques occidentaux. La globalisation de cette quête sanitaire entraîne une homogénéisation des pratiques publiques et privées, individuelles et de groupe. Dans ce cas, on pourrait parler de la globalisation comme étant de la *sanitarisation*.

En bout de ligne, la production de connaissances universelles en santé publique donne lieu à l'émission de barèmes normatifs et subjectifs qui, sur la scène internationale, guident et traversent les interventions et les politiques de santé mondiale. Les savoirs scientifiques produits, lorsque mobilisés et mis en application dans le but d'atteindre des objectifs de santé publique, participent par après à la gouvernance des sociétés et à l'uniformisation des comportements et des croyances des populations locales (et globales). Dans la prochaine section, nous développerons cette proposition à travers l'exemple des discours des agences de santé en Côte d'Ivoire.

Le discours des agences de santé en Côte d'Ivoire

Pour illustrer l'impérialisme culturel qui s'exerce à travers l'application universelle de la santé publique et mondiale, nous présenterons ici le discours tenu par le GCI et le MSHP en ce qui concerne la santé, et plus spécifiquement la problématique des maladies liées à l'eau. Le GCI et le MSHP collaborent étroitement avec des organisations internationales telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et ONUSIDA dans l'élaboration de leurs priorités sanitaires. Dans le cadre de son plan national de

développement sanitaire (PNDS⁴), le MSHP présente son objectif pour 2020 comme étant

[...] l'amélioration et le bien-être des populations, et ce, à travers la construction d'un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire, en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal à même de soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020. (MSHP, 2016, p. 7)

Pour atteindre cet objectif, le MSHP mentionne qu'il nécessitera « [...] un engagement accru des partenaires techniques et financiers et des autres actrices et acteurs locaux dans la mise en œuvre de cette politique publique » (MSHP, 2016, p. 7). Fondé sur l'approche de la Gestion axée sur les résultats (GAR)⁵, le PNDS s'inscrit dans les approches de la santé publique explicitées précédemment. Il se concentre sur les facteurs de risques à la santé et les cibles d'intervention à prioriser. Dès lors, on constate que les données de santé qui composent ce Plan et qui participent à définir les objectifs gouvernementaux sont produites dans une logique de primauté de la raison et de pragmatisme technique.

⁴ Notons que ce plan fut principalement élaboré avec la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, le *Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Épidémies (PRSE)*, le *Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé Ivoirien (PARSSI)*, *Measure Evaluation JSI* et le *Projet Health Finance and Governance/ Abt Associates*.

⁵« [...] la gestion axée sur les résultats [...] est une façon de penser les projets et les programmes qui permet d'améliorer les pratiques de gestion, d'améliorer l'efficacité organisationnelle et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de développement. » (UNODC, 2019, p. 11)

Pour ce qui est du paludisme⁶, une maladie hydrique au potentiel épidémique important, le rapport de santé populationnel de Côte d'Ivoire (2010) propose d'intervenir de manière préventive par la distribution de moustiquaires imprégnés d'insecticides, mais aussi curative, en offrant un traitement pour les cas sévères. Ce rapport fait ressortir que le quart de la population ivoirienne n'a pas accès à l'eau potable. À cet effet, le MSHP déplore que près du tiers des Ivoiriens consomment de l'eau non traitée (GCI, 2018). La stratégie de coopération de l'OMS avec le GCI produite en 2016 met par ailleurs de l'avant le paludisme comme problème endémique auquel il faut s'attaquer par l'offre de moustiquaires imprégnées et la prise de sulfadoxine pyriméthamine (SP1) en prophylaxie par les femmes enceintes (OMS, 2016). Parmi ses multiples observations, le GCI déplore le « manque de volonté » et « la faible implication des populations » dans l'adoption de comportements pour prévenir les maladies hydriques (2013, p.2). On peut ainsi constater que ces instances dénoncent de concert les « mauvais » comportements de la population, et proposent d'intervenir par de l'offre de service pour explorer un enjeu de santé pourtant empreint de problématiques sociopolitiques et sanitaires contextuelles et endogènes. Dès lors, il nous apparaît fondamental de mettre en contraste le cadrage universel de ces problématiques de santé publique réalisé par les agences internationales et gouvernementales, avec celui de la population concernée que nous avons rencontrée sur le terrain de recherche.

⁶ Le paludisme est une maladie hydrique transmise par les piqûres de moustiques qui eux se reproduisent en eau douce et saumâtre (OMS, 2018). Les maladies infectieuses qui sont liées à l'eau le sont soit parce que l'eau constitue le réservoir de la maladie (l'eau est alors contaminée) soit parce que le réservoir est un organisme qui vit, se reproduit et se meurt dans ou proche de l'eau.

Savoir populaire : contre-culture santé

Dans cette partie, nous expliquerons ce que sont les savoirs populaires et comment ils sont mobilisés par les individus dans la gestion quotidienne de leur santé. Nous illustrerons l'importance de ce type de savoir pour réfléchir aux enjeux de santé par la présentation des résultats de recherche.

Dans la littérature, l'expertise populaire⁷ est présentée comme étant acquise et fondée sur l'information et l'expérience que les individus mobilisent comme des sources légitimes de production de connaissances (Akrich et Rabeharisoa, 2012 ; Proulx *et al.*, 2008). Ces connaissances viennent ensuite à être modifiées et validées en fonction de leurs retombées et des besoins populationnels (Jodelet, 1997). Il n'est donc pas question d'employer les normes de rationalité et d'empirisme caractéristiques de la science médicale, mais ce sont d'autres déterminants individuels ou collectifs qui servent de critères de validation ou de hiérarchisation de la connaissance. Il est toutefois important de noter que l'hétérogénéité des déterminants populaires ne sont que rarement explicités par les individus qui les mobilisent dans leur prise de décision. Il devient donc difficile de les identifier et de les connaître dans leur hétérogénéité, ainsi que de comprendre en quoi certains déterminants plutôt que d'autres ont permis de guider les choix des individus ou des groupes. L'absence de considération de

⁷ Le terme « populaire » est employé dans ce texte pour faire référence à ce qui n'est ni professionnel, ni savant. Dans la littérature les termes « profanes », « amateurs », « subjectifs » sont aussi mobilisés.

cette hétérogénéité pour adresser des questions de santé en contexte populaire peut entraîner une hiérarchisation voire une discrimination de certaines connaissances au profit d'autres. De plus, l'utilisation ponctuelle d'une connaissance pour répondre à un impératif de santé ne garantit pas sa réutilisation future.

L'analyse des représentations sociales au sein d'un sous-groupe aux prises avec la gestion d'une question de santé est un moyen de mettre en évidence comment les déterminants peuvent donner forme à des théories subjectives de santé. Fondées sur leurs expériences et sur différentes sources de savoirs, les individus se forment des théories subjectives de la santé et de la maladie. Le présupposé fondamental du concept de théorie subjective est le suivant :

« [...] dans sa vie quotidienne, le sujet émet comme le scientifique certaines hypothèses sur lui-même et sur le monde. Ces hypothèses, reliées entre elles par leur thématique, forment un tout cohérent et donc une "théorie". » (Flick, 1992, p. 17) En ce sens, elles sont « [...] l'expression de la maîtrise cognitive de la maladie. » (Faller *et al.*, 1992, p. 36) De manière plus concrète, les théories subjectives servent à expliquer la cause et l'origine d'une maladie, son évolution et les traitements considérés admissibles, efficaces et utiles (Flick, 1992). Lors de notre terrain de recherche en Côte d'Ivoire, nous avons questionnés les personnes participantes concernant la santé et les maladies hydriques. Elles ont défini la santé comme un élément central de la vie et un état de bien-être complet au sens de la définition de l'OMS. Inversement, la maladie est, pour ces personnes, un état inacceptable, auquel il ne faut pas se

résigner. En raison du caractère d'indésirabilité, la définition de la maladie proposée fait ressortir un jugement de valeur associé à cet état. De plus, les personnes qui ont participé théorisent l'étiologie des maladies hydriques comme provenant presque exclusivement de la pollution de la lagune. L'eau étant originellement pure et bonne, c'est la population humaine qui est responsable de sa contamination, expliquent ces personnes. Précisément, elles soulignent que la pollution provient d'une mauvaise irrigation des eaux usées de la commune et des déversements d'une usine située à proximité. Ces éléments participent à la représentation de la problématique des maladies hydriques chez les habitantes et habitants du village.

Ensuite, la présence d'une norme de responsabilité au sein du groupe a été mise en évidence par la division de la responsabilité de la santé en fonction de ce qui appartient à l'individu et sa famille, à la collectivité (le village) et finalement aux dirigeantes et dirigeants. Pour les personnes participantes, ce découpage de la responsabilité de la santé engendre un style attributionnel. Autrement dit, elles associent le problème de pollution et l'augmentation de la prévalence des maladies hydriques à des agents extérieurs au village. En effet, la gestion des déchets de la commune et leur déversement dans le village ainsi que la lagune qui le borde relèvent de la responsabilité du gouvernement local (maire de la commune) et national. En d'autres mots, c'est au gouvernement que la responsabilité de la pollution revient. Cette représentation du problème des maladies liées à l'eau a pour conséquence de ne percevoir comme seule solution la dénonciation de l'inaction des autorités et la revendication d'un

besoin d'intervention de salubrité par des actrices et acteurs extérieurs au village.

L'étude des représentations sociales permet ici de considérer des informations qui sont souvent négligées et non considérées par la communauté scientifique et les professionnelles et professionnels de la santé. L'absence de considération de ces représentations sociales a comme impact la création de deux catégories de personnes expertes : celles et ceux d'expérience, qui fondent des théories sur l'expérience et le rapport au monde, et les expertes et experts scientifiques et cliniques (détenant la légitimité épistémique), qui fondent les théories sur les faits « objectifs ». En revanche, les théories populaires ne devraient pas être relayées au rang de spécificités locales puisqu'elles ont le potentiel de remettre en question les connaissances universalisées. Dans le cas de notre terrain de recherche, il est intéressant de noter que les agences de santé ivoiriennes déplorent la faible contribution des populations aux efforts de prévention de ces maladies (GCI, 2013). D'autre part, les citoyennes et citoyens ont témoigné être dans l'attente d'une prestation de services d'assainissements qui, selon eux, réduira considérablement l'occurrence des maladies hydriques. Ainsi, les théories scientifiques et populaires sont toutes deux subjectives puisqu'elles emploient des normes et des jugements de valeur dans leur méthode de production de connaissances. Encore une fois, les priorités des deux groupes sont différentes et méconnues l'une de l'autre. Inévitablement, elles ne sont donc jamais rencontrées par l'autre partie. En d'autres mots, les deux théories

opèrent dans des cultures distinctes aux représentations sociales qui leur sont propres.

Reconnaissance et mise en commun

Les connaissances scientifiques en santé publique et mondiale ne sont pas exemptes de jugement de valeur, et participent à définir une « culture santé » internationale normative et occidentalocentrée. Ceci a pour effet de donner une légitimité épistémique à la santé publique, qui émet, en toute congruence avec sa légitimité sociale, des prescriptions et proscriptions au niveau individuel, social et politique à l'échelle mondiale. Face à la lecture universelle de la santé promue par les agences sanitaires internationales et gouvernementales, certaines populations locales mobilisent des connaissances populaires en santé fondées sur une multiplicité de valeurs individuelles et collectives. La santé y est alors conçue, en partie ou en totalité, en termes d'expériences à partir desquelles des savoirs sont identifiés puis partagés pour une négociation individuelle et collective de sens. Tandis que les savoirs populaires en santé n'ont pas la reconnaissance ou la légitimité des savoirs scientifiques, celles-ci demeurent localement relayées sans toutefois parvenir à remettre pleinement en question des savoirs scientifiques hiérarchisants (de Sousa Santos, 2015).

La santé mondiale propose une universalisation des prescriptions et proscriptions des comportements que nous qualifierons, suivant Massé (2003), d'impérialisme de la culture santé. L'analyse de la santé publique et mondiale

permet ainsi de mettre en lumière les disparités qui existent entre les préoccupations culturelles locales et les préoccupations mondiales en ce qui a trait à la santé, ou à une « culture santé internationale ». Les interventions de terrain et le cadrage des connaissances qui résultent de cette culture santé demeurent inadéquates pour pleinement comprendre des enjeux sanitaires complexes et contextuels que les instances de santé tentent d'adresser. Pour finir, nous suggérons qu'il est impératif de conjuguer les savoirs scientifiques et professionnels avec les savoirs populaires pour guider les interventions sanitaires à l'avenir, afin de permettre la collaboration entre les communautés professionnelles et de recherche de la santé et les localités concernées. Pour cela, il semble prometteur et nécessaire de tenir compte de l'hétérogénéité des représentations sociales de la santé et de la maladie qui traversent les modes de connaissances populaire et scientifique. D'où la pertinence d'employer la culture comme cadre communicationnel de production de connaissances en santé.

Références

- Adams, V. (2010). Against global health? Arbitrating science, non-science, and nonsense through health. Dans J. Metzl et A. Kirkland (dir.), *Against Health. How health became the new morality*. New York University Press.
- Akrich, M. et Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. [Lay Expertise in Patient Organizations: A Tool for Healthcare Democracy]. *Santé Publique*, 24(1), 69-74. doi: 10.3917/spub.121.0069
- Andersen, R. S., Nichter, M. et Risør, M. B. (2017). Sensations, Symptoms and Healthcare Seeking. *Anthropology in Action*, 24(1), 1-5. doi: 10.3167/aia.2017.240101
- Anderson, W. (2014). Making Global Health History: The Postcolonial Worldliness of Biomedicine. *Social History of Medicine*, 27(2), 372-384. doi: 10.1093/shm/hkt126
- Appadurai, A. (1990). Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Theory, Culture & Society*, 7, 15.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and public affairs*, 5(1), 19.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Chicago journals*, 44(4), 31.
- Celentano, D. et Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology* (6 éd.). Elsevier.
- de Sousa Santos, B. (2015). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Routledge.
- Diabaté Pilon, A. (2019). *Représentations sociales des maladies transmissibles par l'eau contaminée chez les habitants d'Abidjan: stratégie d'intervention*. Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec, Canada).
- Escobar, A. (2012). *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton University Press.
- Faller, H., Schilling, S. et Lang, H. (1992). L'importance des théories subjectives pour la maîtrise de la maladie à la lumière des méthodes d'approches. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. L'Harmattan.

- Faltermaier, T. (1992). Théorie subjective de la santé: état de la recherche et importance pour la pratique. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. L'Harmattan.
- Flick, U. (1992). *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan.
- Forster, P. et Charnoz, O. (2013). La production de connaissances en temps de crise sanitaire. Que nous apprend la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie ? [Producing Knowledge in Times of Health Crises]. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7, 1(1), 112-144. doi: 10.3917/rac.018.0112
- Fried, L. P., Bentley, M. E., Buekens, P., Burke, D. S., Frenk, J. J., Klag, M. J. et Spencer, H. C. (2010). Global health is public health. *The Lancet*, 375(9714), 535-537.
- GCI. (2013). *Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, Hygiène et Assainissement (PADEHA), Pacte de durabilité*. Abidjan : Gouvernement de la Côte d'Ivoire. UNICEF. Récupéré de https://wash-alliance.org/wp-content/uploads/sites/30/2015/12/Cote-dIvoire_PADEHA_Pacte-de-Durabilite.pdf
- GCI. (2018). *Traitement de l'eau a domicile : 240 000 flacons de sur'eau distribues a 52 257 ménages*. Dans Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire: Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Récupéré de http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=8683&d=2#p
- Gore, R. et Parker, R. (2019). *Analysing power and politics in health policies and systems* : Taylor & Francis.
- Herzlich, C. (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. L'Harmattan.
- Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.
- Kerouedan, D. (2013a). Diplomatie de la santé mondiale. [World Health Diplomacy]. *Santé Publique*, 25(3), 253-253. doi: 10.3917/spub.253.0253
- Kerouedan, D. (2013b). Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la «Global Health» en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 3(215), 16.

- Kerouedan, D. et Brunet-Jailly, J. (2016). *Santé mondiale. Enjeu stratégique et jeux diplomatiques*. Presses de Sciences Po.
- Kraidy, M., Marwan. (2002). Hybridity in cultural globalization. *Communication theory*, 12(3), 23.
- Lee, K. (2015). Revealing power in truth: Comment on " Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health". *International journal of health policy and management*, 4(4), 257.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaetan morin éditeur.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Les presses de l'Université Laval.
- Mertz, O., Mbow, C., Reenberg, A. et Diouf, A. (2009). Farmers' Perceptions of Climate Change and Agricultural Adaptation Strategies in Rural Sahel. *Environmental Management*, 43(5), 804-816. doi: 10.1007/s00267-008-9197-0
- Metzl, J. (2010). Introduction. Why against health? Dans J. Metzl et A. Kirkland (dir.), *Against Health. How health became the new morality*. New York University Press.
- Mondain, N. et Bologo, É. (2009). L'intentionnalité du chercheur dans ses pratiques de production de connaissances : les enjeux soulevés par la construction des données en démographie et santé en Afrique. *Cahiers de recherche sociologique*, (48), 175-203. doi: <https://doi.org/10.7202/039772ar>
- MSHP. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 Côte d'Ivoire* : Ministère de la santé et de l'hygiène publique et République de Côte d'Ivoire. Récupéré de http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf
- OMS. (1978). *Les soins de santé primaires*. (Santé pour tous). Alma-Ata (URSS) : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- OMS. (2016). *Stratégie de coopération de l'Organisation mondiale de la santé avec la république de Côte d'Ivoire 2016-2020*. Côte d'Ivoire : Organisation mondiale de la Santé. Récupéré de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255020/1/ccs_civ_2016_2020_fr.pdf

- OMS. (2018). Eau, assainissement et santé. Les maladies liées à l'eau. Dans *Organisation mondiale de la Santé*. : Organisation mondiale de la santé. Récupéré de http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/schisto/fr/
- OMS. (s.d.). Diplomatie sanitaire. Dans *Organisation mondiale de la Santé*. Récupéré de <http://www.emro.who.int/fr/health-topics/health-diplomacy/index.html>
- Pétard, J.-P. (1999). *Psychologie sociale*. Bréal.
- Proulx, M., Gravel, S., Monnais, L. et Leduc, N. (2008). Comment l'analyse profane du risque peut-elle contribuer à l'avancement des savoirs en santé ? *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé'e Publique*, 99(2), 142-144.
- Schramme, T. et Edwards, S. (2017). *The handbook of the philosophy of medicine*. Springer.
- SNIS. (2014). *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013*. Système national d'information sanitaire, Ministère de la santé et de la lutte contre le sida de la Côte d'Ivoire.
- UNODC. (2019). *Manuel pour Gestion Axée sur les Résultats et l'Agenda 2030 pour le développement durable*. Sustainable development goals. Vienne.
- Zedelius, C. M., Müller, B. C. et Schooler, J. W. (2017). *The science of lay theories*. Springer.