Une santé mondiale repensée : la perspective de futures chercheuses-praticiennes

Muriel Mac-Seing, B.Sc.inf., M.Sc.A.,^{1,2} Cielo Perez Osorio, D.M.D., M.Sc.Adm.S.,^{1,2} Stella Tine, M.D., M.Sc.,^{1,2} Charity Oga Omenka, B.Pharm., M.P.H.,^{1,2} Rolande Chegno Gueutue, B.Sc.inf., M.P.H.^{1,3}

RÉSUMÉ

L'étude des conséquences de la mondialisation sur la santé des populations est au cœur de la santé mondiale. Ce faisant, la mondialisation conditionne également la mise en œuvre des projets de recherche et des interventions en santé mondiale, et les rapports sociaux inégaux qui s'y perpétuent. Le présent commentaire propose des réflexions sur des défis épistémologiques et politiques auxquels se confronte la santé mondiale. Celles-ci sont issues d'observations et de discussions pendant et après la Conférence canadienne sur la santé mondiale, tenue en novembre 2015. Durant cet événement, une volonté affirmée par la communauté internationale de promouvoir l'équité en santé pour tous et un meilleur partage des savoirs et des ressources au sein des partenariats s'est clairement exprimée. Ainsi, nous envisageons un avenir différent, plus intersectionnel et porteur d'espoir, en proposant une déconstruction de la biopolitique hégémonique des institutions du Nord, tout en mettant au cœur de nos actions les communautés et des partenariats francs, solides et susceptibles de perdurer. Pour ce faire, des pistes sont proposées. Celles-ci nous semblent essentielles à considérer, si l'on prône l'équité et la justice sociale et ce, en commençant par nos propres actions. Notre propos s'ancre dans les pratiques et les réflexions d'un groupe de candidates au PhD en santé publique, dans l'option en santé mondiale.

MOTS CLÉS : santé mondiale; partenariat; partage des savoirs; justice sociale; intersectionnalité; biopolitique

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Can J Public Health 2017;108(4):e452–e454
doi: 10.17269/CJPH.108.5914

Dans le contexte d'une mondialisation omniprésente, qu'elle soit économique, idéologique, technologique, communicationnelle ou migratoire¹, la santé mondiale s'affirme comme un domaine de recherche et d'intervention incontournable. Elle est définie comme « un champ d'étude, de recherche et de pratique qui met l'accent sur l'amélioration de la santé et l'équité en santé pour tous à travers le monde »². La mondialisation et la santé mondiale sont intimement inter-reliées. Les conséquences de la mondialisation sur la santé des populations au sein des pays et entre pays sont largement documentées, comme en atteste la disparité d'accès aux services de santé grandissante au sein des populations vulnérables et marginalisées, notamment en Afrique subsaharienne^{3–5}. Fruit d'un travail d'observations réflexif pour un séminaire doctoral et d'analyse collective des différents panels et sessions, menés lors de la Conférence canadienne sur la santé mondiale en novembre 2015, ce texte propose de questionner les modes opératoires inégaux qui animent la santé mondiale¹, et surtout en matière de mise en œuvre de projets de recherche et d'intervention au niveau international^{6,7}. En tant que candidates au PhD en santé publique dans l'option en santé mondiale et praticiennes du terrain, notre objectif est de partager notre vision sur ce que pourrait incarner une santé mondiale repensée, les défis épistémologiques et politiques les plus pressants auxquels celle-ci se confronte et des pistes pour les aborder.

Durant cette conférence, plusieurs chercheurs du Brésil, de l'Afrique du Sud, et de l'Inde ont publiquement dénoncé la prééminence des institutions de recherche et des organisations du Nord dans la formulation des agendas de recherche et dans la mise

en œuvre d'initiatives en santé mondiale. La Coalition canadienne pour la recherche sur la santé mondiale a également émis des principes allant dans le même sens, soit de promouvoir « des partenariats authentiques » et des valeurs plus inclusives⁸. Ces prises de position ont exprimé une volonté affirmée par la communauté internationale et canadienne en santé mondiale de promouvoir l'équité en santé pour tous et un meilleur partage des savoirs et des ressources au sein des partenariats. De ce fait, nous sommes profondément interpellées par le désenchantement des chercheurs du Sud face aux initiatives de recherche et d'intervention en santé mondiale, souvent construites, gérées et dominées par les praticiens et les chercheurs du Nord^{9,10}. Cet événement international a permis de soulever les enjeux et les défis actuels d'une santé mondiale qui se nourrit de diversités, de multidisciplinarité et d'intersectorialité naissante.

Malgré l'objectif partagé d'améliorer la santé des populations les plus vulnérables, la santé mondiale traduit des formes d'inégalités

Affiliations des auteurs

1. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique (ÉSPUM), Université de Montréal, Montréal (Québec)
2. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montréal (Québec)
3. Laboratoire PRONUSTIC, Université de Montréal, Montréal (Québec)

Correspondance : Muriel Mac-Seing, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal (ÉSPUM), 7101, avenue du Parc, 3ème étage, Montréal (Québec) H3N 1X9, Tél : 514-343-6139, poste 33494, Courriel : muriel.k.f.mac-seing@umontreal.ca

Remerciements : Nous remercions sincèrement Christina Zarowsky qui nous a encouragés tout au long du processus de réflexion ainsi qu'à Gabriel Girard pour son soutien précieux.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

dans le rapport aux savoirs et aux ressources. À cet égard, les interventions et les recherches en santé mondiale ont tout à gagner à développer une démarche réflexive et critique sur ses propres actions. Le concept de biopolitique et l'approche intersectionnelle offrent des outils intellectuels pertinents pour une telle démarche. En effet, la notion de biopolitique permet de mettre en exergue le pouvoir de la politique sur les corps, et par extension sur la santé des populations; elle permet aussi de mieux saisir la manière dont les institutions modernes telles que les universités du Nord « définissent » ce que devrait être la santé des populations^{3,11}. L'intersectionnalité, quant à elle, permet de mieux comprendre les intersections de catégories sociales multiples et concomitantes (ex : âge, sexe, handicap, race, classe, etc.) et les privilèges des différentes parties prenantes, soit de rendre visibles les iniquités sociales sous-jacentes et de viser un monde plus juste¹². Ces dynamiques de pouvoir et de privilèges exacerbent ainsi les iniquités sociales et de santé, notamment pour les populations marginalisées et oubliées⁵.

À notre avis, des enjeux importants peuvent être soulevés, notamment celui des iniquités sociales persistantes, souvent cachées, auxquelles font face les populations vulnérables des pays à moyen et faible revenu⁴. En 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de santé avait d'ores et déjà déploré l'inégale redistribution des ressources et le fossé séparant l'état de santé des populations au sein d'un même pays et entre pays des différentes régions du monde^{1,13}. L'invisibilité de certains citoyens, associée aux iniquités de santé, de par leurs catégories sociales « de classe, de genre, d'âge, d'éducation, d'ethnicité, de handicap et de géographie »¹³ dénote l'effacement des voix différentes¹², souvent inaudibles aux groupes détenant le pouvoir de décider, d'agir et de sanctionner¹¹.

Un autre enjeu, toujours d'actualité, est celui pour la communauté internationale œuvrant en santé mondiale de ne pas être encore complètement apte à forger des partenariats qui tiennent – réellement – compte des forces et des différentiels de capacités et d'accès aux ressources et ce, sans se substituer aux organisations partenaires⁷. Souvent, l'impératif des cadres logiques et la mise en œuvre de projets de recherche et d'intervention, figés dans une temporalité et des financements spécifiques, et dictés par des institutions du Nord empêchent d'être flexibles au vu des défis émergents¹⁴ et court-circuitent un processus ancré au fil du temps et favorable au partage des ressources et des savoirs.

De plus, les enjeux de gouvernance en santé mondiale constituent encore un problème d'ordre international car les activités transnationales, fréquemment gérées par les entités du Nord, révèlent une asymétrie de pouvoir et continuent d'engendrer des iniquités sociosanitaires et souffrent d'un manque de suivi et d'évaluation⁵. Par ailleurs, la corruption et les flux financiers et économiques illégaux, au niveau national et international, minent les déterminants sociaux de la santé, aggravant la santé des populations dans le monde, surtout dans les contextes fragiles et humanitaires⁵. Avec l'élection récente de Trump à la présidence des États-Unis d'Amérique, une méfiance déclarée de l'internationalisme et une menace de renforcer le positionnement américain à l'échelle planétaire posent des questions urgentes par rapport à la gouvernance mondiale en santé et au financement de la coopération internationale pour le développement, la santé comprise.

À la lumière des enjeux abordés, nous envisageons un avenir différent et porteur d'espoir pour la santé mondiale, en proposant une déconstruction de la biopolitique hégémonique des institutions du Nord, en mettant au cœur de nos actions^{3,4,11} les populations vulnérables et des partenariats francs, solides et susceptibles de perdurer. Pour ce faire, une approche plus intersectionnelle conséquente à l'équité et à la justice sociale implique de considérer les pistes suivantes. D'abord, il est essentiel de mettre en place des initiatives qui réduisent les iniquités, à travers les collaborations interdisciplinaires et internationales². Une telle démarche est l'une des conditions pour enclencher un cycle plus vertueux au sein des populations, et particulièrement auprès de celles qui sont vulnérables et marginalisées^{5,13}. Il s'avère aussi indispensable de mettre au cœur des initiatives et de rendre visibles les communautés ciblées, en les impliquant activement dès la genèse et la mise en place de solutions localement voulues et appropriées, sans quoi les réalités et les contextes locaux seront occultés¹⁴. Ceci nécessite non seulement la reconnaissance des savoirs partagés, mais aussi un savoir-être de le faire, fondé sur le respect et l'écoute¹⁴. En parallèle, il est urgent en termes de gouvernance en santé mondiale d'adresser systématiquement les déterminants sociaux de la santé³, et de tenir les gouvernements, les gestionnaires de projets, les chercheurs et les bailleurs de fonds imputables à leurs décisions, politiques et actions⁵. Ceci nécessite un regard double au niveau du terrain (micro) et au niveau des actions politiques (macro).

Ces pistes peuvent, ensemble, donner forme à un type d'engagement renouvelé en recherche et à la mise en œuvre de projets d'intervention plus justes et équitables en santé mondiale, tout en déconstruisant – progressivement – l'hégémonie des institutions du Nord vers un plus grand partage du pouvoir, des ressources et du savoir. De façon transversale, nous sommes aussi convaincues que l'humilité et la générosité constituent des valeurs incontournables pour revoir sous un nouvel angle la santé dans le monde¹⁵. En effet, indépendamment des objectifs visés, ces valeurs humaines sont décisives pour établir des collaborations et des partenariats sains et équitables. Or, elles sont peu, voire pas véhiculées dans nos universités où la compétition entre chercheurs et académiciens est de mise, ni promues dans nos structures organisationnelles. Il n'est pas question ici de renier l'excellence scientifique dans la participation, la collaboration et l'émergence d'idées novatrices, mais de maximiser les bienfaits de l'action concertée au sein des différentes parties prenantes et ce, pour un bien-être et une santé durables pour tous, peu importe le domaine ou l'aire géographique dans lesquels elles évoluent.

Pour finir, nous avons le privilège et le devoir de penser et d'agir différemment en matière de santé mondiale. Avec l'adoption récente des nouveaux Objectifs du développement durable ralliant les différentes nations, les divers pays donateurs et les nombreuses organisations de la société civile à travers le globe, de nouvelles perspectives s'offrent à nous, ainsi qu'une approche fédératrice en vue de mieux appréhender les complexités et les intersections plurielles de la santé des populations dans le monde. Nous sommes donc résolues et définitivement prêtes à relever le défi ensemble « sans laisser personne derrière »! Le sommes-nous toutes et tous?

RÉFÉRENCES

- Schrecker T, Labonté R, De Vogli R. Globalisation and health: The need for a global vision. *Lancet* 2008;372(9650):1670–76. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61691-8.
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373(9679):1993–95. PMID: 19493564. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.
- Farmer P, Kleinman A, Kim J, Basilio M. *Reimagining Global Health: An Introduction*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2013.
- Baum F. *The New Public Health*. Melbourne, Australia: Oxford University Press, 2016.
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: Prospects for change. *Lancet* 2014;383(9917):630–67. PMID: 24524782. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62407-1.
- Petryna A. Clinical trials offshored: On private sector science and public health. *BioSocieties* 2007;2(1):21–40. doi: 10.1017/S1745855207005030.
- Crane JT. Unequal 'partners'. *AIDS, academia, and the rise of global health. Behemoth J Civilis* 2010;3(3):78–97. doi: 10.1524/behe.2010.0021.
- Canadian Coalition for Global Health Research. *CCGHR Principles for Global Health Research*, 2015. Available at: <http://www.ccgrr.ca/resources/principles-global-health-research/> (Accessed November 1, 2015).
- Hasnida A, Borst RA, Johnson AM, Rahmani NR, van Esland S, Kok MO. Making health systems research work: Time to shift funding to locally-led research in the South. *Lancet Glob Health* 2016;5(1):e22–24. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30331-X.
- Sheikh K, Bennett SC, el Jardali F, Gotsadze G. Privilege and inclusivity in shaping Global Health agendas. *Health Policy Plan* 2017;32(3):303–4. PMID: 27935804. doi: 10.1093/heapol/czw146.
- Nguyen V-K. Antiretroviral globalism, biopolitics and therapeutic citizenship. In: Ong A, Collier S (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd., 2005; 124–44.
- Hankivsky OE. *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework*. Vancouver, BC: Institution for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University, 2012.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661–69. PMID: 18994664. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
- Adams V, Burke NJ, Whitmarsh I. Slow research: Thoughts for a movement in global health. *Med Anthropol* 2014;33(3):179–97. PMID: 24761973. doi: 10.1080/01459740.2013.858335.
- Mac-Seing M, Cleaver S. *Time for Global Health to Unpack the Invisible Knapsack*. Canadian Coalition for Global Health Research, 2015. Available at: <http://www.ccgrr.ca/blog/time-global-health-unpack-invisible-knapsack/> (Accessed December 6, 2015).

Reçu : 7 octobre 2016
 Accepté : 30 janvier 2017

ABSTRACT

The study of the impacts of globalization on population health is at the heart of global health. Globalization often affects the implementation of research and projects in global health and the unequal relationships that are perpetuated. This commentary shares our reflections on the epistemological and political challenges in relation to global health, emerging from observations and discussions during and after the November 2015 Canadian Conference on Global Health. During this event, delegates expressed a clear intent to promote health equity for all and the sharing of both resources and knowledge within partnerships. We envision a future for a different global health that is more intersectional and more promising. This vision requires the deconstruction of the hegemonic position of Northern institutions, putting populations back at the centre of attention, and honest, robust and sustainable partnerships. We propose alternatives which we consider key for the promotion of equity and social justice. The arguments put forth are embedded within the praxis and reflections of a group of PhD candidates in the Global Health option of a doctoral program in public health.

KEY WORDS: Global health; partnership; knowledge exchange; social justice; intersectionality; biopolitics