

Université de Montréal

Du transfert de connaissances à une résistance épistémique en santé mondiale

Par
Amandine Fillol

Département de médecine sociale et préventive
École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor –
Doctorat (Ph.D.) en santé publique, option santé mondiale

Février 2022

© Amandine Fillol, 2022

Université de Montréal
Département de médecine sociale et préventive,
École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Cette thèse intitulée

Du transfert de connaissances à une résistance épistémique en santé mondiale

Présentée par

Amandine Fillol

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Christina Zarowsky
Président-rapporteur

Valéry Ridde
Directeur de recherche

Ryoa Chung
Membre du jury

Roch A. Hounghin
Examineur externe

Lise Gauvin
Représentante du doyen

Résumé

Problématique : Alors que l'on connaît depuis plusieurs décennies les conséquences dramatiques des injustices sociales sur la santé, il existe un profond problème d'application des connaissances pour informer les pratiques et/ou les politiques. Au-delà d'un manque de prise en compte des connaissances pour l'action, il semblerait que la difficulté à lutter contre les inégalités soit plutôt liée à l'enracinement des systèmes de production et d'utilisation des connaissances dans des structures injustes.

Approche théorique et cadre conceptuel : Cette thèse s'inscrit dans la quatrième vague de recherche sur le transfert de connaissances qui consiste à mieux comprendre les caractéristiques sociales des connaissances. En d'autres mots, il s'agit d'intégrer une approche d'épistémologie sociale dans la recherche sur le transfert de connaissances. Nous nous intéressons spécifiquement au concept d'oppression épistémique qui consiste en la répétition dans la durée de trois degrés d'exclusions épistémiques. *L'exclusion de troisième degré* représente un mode de vie épistémique qui est dirigé par des groupes sociaux dominants, qui ne permet pas de prendre en compte d'autres systèmes de pensée et de connaissances que les leurs. *L'exclusion de second degré* est le fait, pour des individus déjà opprimés socialement, de devoir utiliser des ressources qui ne sont pas les leurs, pour pouvoir participer à la construction de nouvelles ressources communes dans ce système. *L'exclusion de premier degré* concerne l'impossibilité, pour des individus, d'être considéré comme des « connaisseur·ses » du fait de préjugés à leur encontre. Cette thèse vise à analyser comment les pratiques quotidiennes et le contexte de la santé mondiale favorisent une oppression épistémique.

Méthodologie : Nous étudions trois phénomènes correspondant aux trois degrés d'exclusion épistémique, en suivant une échelle d'analyse à trois niveaux (macroscopique, mésoscopique, microscopique) qui rappellent les trois branches de l'épistémologie sociale (système, groupe, individus). Pour cela, nous étudions en premier lieu la construction d'une ressource épistémique commune en santé mondiale à un niveau macroscopique : la couverture santé universelle (CSU) grâce à une revue critique des écrits. En deuxième lieu, nous étudions l'appropriation de cette ressource épistémique à un niveau mésoscopique, et la manière dont un groupe de scientifiques prend ou non en compte des voix dissidentes, en promouvant une définition différente de la CSU.

Pour cela, nous réalisons une étude de cas d'un programme de recherches interventionnelles sur la CSU. En troisième lieu, nous étudions le rôle de la source des connaissances sur leur perception grâce à une expérimentation en santé mondiale.

Résultats : À travers l'avènement de la CSU, nous observons la présence d'un pouvoir productif qui, tout en donnant l'impression d'une approche ancrée dans les droits humains et inclusive, favorise une conception marchande de la santé, menée par un « centre » de la santé mondiale. Nous avons également observé que l'appropriation de la CSU dans un programme de recherches interventionnelles n'a pas permis de créer une définition dissidente de la CSU. Plusieurs alliances épistémiques, c'est-à-dire des affiliations entre membres partageant la même orientation des études pour analyser la CSU sont apparues : une alliance santé publique, une alliance économique, une alliance anthropologique et une alliance critique. Cette dernière, qui proposait une réflexion globale sur la déconstruction et la gouvernance de la CSU, a été manquée, du fait d'inégalités concomitantes. Enfin, nous avons pu voir à un niveau microscopique que le « messenger » peut être plus important que le « message » et participer à invisibiliser ou diminuer certaines voix dans la gouvernance globale en santé.

Discussion et valeur ajoutée de la thèse : Les trois degrés d'exclusion épistémiques peuvent s'entrevoir de façon complémentaire. Du fait de la proximité des mondes scientifique et politique, et de la volonté de produire des connaissances pour l'action en santé mondiale, l'avènement de la CSU peut influencer la manière dont les scientifiques s'approprient ce concept. Cela peut limiter les possibilités de diversité épistémique et favoriser l'exclusion de certaines voix. À l'inverse, le sentiment d'exclusion peut conduire à se limiter dans sa contribution intellectuelle. Partant du postulat dont chacun·e de nous peut participer à changer les structures qui créent les injustices, en résistant à l'oppression épistémique, nous proposons un continuum d'actions pour lutter contre les inégalités dans la gouvernance globale en santé.

Mots-clés

Santé mondiale, gouvernance globale en santé, inégalités de santé, connaissances pour l'action, réflexivité, études des sciences, oppression épistémique.

Abstract

Background: The dramatic consequences of social injustice on health have been known for several decades, but social injustice also has an impact on knowledge translation. Rather than relating to a lack of knowledge uptake for action, the difficulty in addressing inequalities connects to knowledge production and use systems rooted in unjust structures.

Theoretical approach and conceptual framework: This thesis aims to better understand the social characteristics of knowledge, and explores the integration of a social epistemology approach into knowledge translation research. We specifically focus on epistemic oppression, which consists of the repetition over time of three types of mutually reinforced epistemic exclusion. One type applies to an epistemic way of life led by dominant social groups, who prevent new systems of thought and knowledge, different from their own, to surface. A second type relates to socially oppressed individuals who must use resources they do not own to contribute to the construction of new common resources within the dominant system. The last type of epistemic exclusion consists of the impossibility of individuals being recognized as "knowers" because of prejudices that make them appear illegitimate. This thesis aims to analyze how everyday practices and the global health context foster epistemic oppression.

Methodology: We study three processes, each related to a type of epistemic exclusion and following a three-level scale of analysis (macroscopic, mesoscopic and microscopic), which also covers the three branches of social epistemology (system, group and individual). First, we focus on the construction of an epistemic resource in global health at a macroscopic level, namely, universal health coverage (UHC), through a critical review of the literature. Secondly, we study the appropriation of this epistemic resource at a mesoscopic level, and how a group allows or does not allow dissenting voices, thus promoting a different definition of UHC. To this end, we conduct a case study of an interventional research program on UHC. Finally, we elaborate on the role of knowledge sources on the perception of knowledge through an experiment in global health.

Results: The case of UHC demonstrates the existence of a productive power that, while giving the impression of an inclusive human approach, favours a market-based conception of health led by a global health "centre". We also observed that the appropriation of UHC in an interventional research program did not create a dissident; unorthodox definition of UHC. Several epistemic

alliances (i.e. affiliations between members sharing the same orientation of studies to analyse UHC), emerged: a public health alliance, an economic alliance, an anthropological alliance, and a critical alliance. The latter, which suggested a global reflection on the deconstruction and governance of the UHC, did not occur because of concomitant inequalities. Finally, at a microscopic level, we showed that the "messenger" can be more important than the "message" when disseminating knowledge.

Discussion and research value: The three types of epistemic exclusion can be read complementarily. Due to the proximity of the scientific and political worlds, and the desire to produce knowledge for action in global health, the social construction of UHC may influence how scientists appropriate this concept. It may limit the possibilities of epistemic diversity, and thus promoting the exclusion of some voices and points of view. A feeling of exclusion can, in turn, lead to self-limitation. Based on the premise that everyone can contribute to changing the structures that create injustice by resisting epistemic oppression, we propose a continuum of actions to address inequalities in global health governance.

Keywords

Global health, global health governance, health inequalities, knowledge for action, reflexivity, science studies, epistemic oppression.

Table des matières

Résumé	iv
Mots-clés	v
Abstract	vi
Keywords	vii
Table des matières	ix
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xiii
Glossaire	xvi
Remerciements	xviii
1 Chapitre 1 – Introduction générale	21
1.1 Article 1. L’utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d’une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains	25
1.2 Le « K* » en santé mondiale : une opportunité pour repenser la justice sociale	52
2 Chapitre 2 – État des connaissances	63
2.1 Article 2A. Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l’action : une revue de la portée interdisciplinaire des écrits	64
3 Chapitre 3 – Démarche scientifique, fondements théoriques et problématique	95
3.1 Démarche scientifique pour situer la problématique	96
3.2 Ancrage théorique et conceptuel	102
3.3 Problématique	114
4 Chapitre 4 – Cadre conceptuel, objectifs et méthodes	116
4.1 Cadre conceptuel	117
4.2 Objectifs et méthodes	122

4.3	Considérations éthiques.....	125
5	Chapitre 5 – Résultats	127
	Article 2B. L’avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale	128
	Article 3. Quand une collaboration internationale se produit sur fond d’inégalités: « être autour de la table » ne suffit pas toujours.....	158
	Article 4. Quand le messenger est plus important que le message : étude expérimentale en Afrique francophone sur l’utilisation des connaissances.....	189
6	Chapitre 6 – Discussion générale	226
6.1	Synthèse et discussion au sujet des principaux résultats sur les trois degrés d’exclusions épistémiques	227
6.2	Implications pratiques : proposition de résistances épistémiques	246
6.3	Limites de la thèse.....	255
6.4	Diffusion des résultats de thèse.....	257
7	Chapitre 7 – Conclusion.....	258
8	Bibliographie.....	260
9	Annexes.....	276

Liste des tableaux

Tableau 1. - Synthèse des idées et concepts développés par les auteur·rices (organisations internationales)	76
Tableau 2. - Synthèse des idées et concepts développés par les auteur·rices (décisions et connaissances)	79
Tableau 3. - Synthèse des concepts mobilisés dans la revue des écrits sur les liens entre gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action politique	97
Tableau 4. - Description de la variation des organisations autrices	196
Tableau 5. - Synthèse des variables à mesurer et des énoncés utilisés	201
Tableau 6. - Distribution de l'intervention et description des résultats	206
Tableau 7. - Associations entre le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice, et la qualité perçue	207
Tableau 8. - Associations entre le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice, et l'utilisation instrumentale déclarée	209
Tableau 9. - Associations entre la localisation de l'organisation autrice et la qualité perçue des connaissances, stratifiée par le type d'autorité de l'organisation autrice	211
Tableau 10. - Associations entre la localisation de l'organisation autrice et l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances, stratifiée par le type d'autorité de l'organisation autrice	214
Tableau 11. - Exemples d'actions graduelles pour faire le lien entre les connaissances et l'action pour prendre en compte les inégalités en recherche, appliquées à un programme de recherches sur la CSU	250

Liste des figures

Figure 1. - La pyramide données-informations-connaissances-savoirs (adapté de Rowley, 2007)	53
Figure 2. - Le continuum K* (adapté de Shaxson et Bielak et al. (2012))	55
Figure 3. - Diagramme PRISMA	74
Figure 4. - Modèle de déterminants imbriqués	87
Figure 5. - La conception tripartite du concept (adapté de (Daigneault & Jacob, 2012))	100
Figure 6. - Synthèse illustrée des objectifs de l'épistémologie sociale	106
Figure 7. - Cadre conceptuel et objectifs de la thèse	124
Figure 8. - Illustration de l'organisation du programme de recherches	164
Figure 9. - Mise en commun des intérêts des différents intérêts dans la définition de l'objectif du programme de recherches	169
Figure 10. - Mode d'entrée des membres du projet de recherche	171
Figure 11. - Alliances épistémiques du projet de recherche	175
Figure 12. - Déroulement de l'étude	198
Figure 13. - Schéma représentant la métaphore de la pièce et l'intersectionnalité des systèmes d'oppression (adapté de (Nixon, 2019))	235
Figure 14. - Liens entre les trois degrés d'exclusions épistémiques	245

Liste des sigles et acronymes

BIT : Bureau international du travail

CIM : Classification internationale des maladies

CMU : Couverture maladie universelle

CSU : Couverture santé universelle

ED : entrepreneur·ses de diffusion

FBP : Financement basé sur la performance

FMI : Fonds monétaire international

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

ODD : Objectifs du développement durable

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAM : Programme alimentaire mondial

PISA : Programme international pour le suivi des acquis des élèves

PNPS : Plan national de protection sociale

Glossaire

Épistémè : un système de règles non visibles qui instaure un ordre dans les connaissances qu'il est possible de produire, ou même juste de penser dans le cadre d'une époque

Épistémique : un système de connaissances relatif à une époque et un contexte

Épistémologie : discipline scientifique, souvent définie comme la théorie de la connaissance

Ressources épistémiques : outils tels que le langage ou les concepts que chacun mobilise pour traduire les expériences ressenties en mots pour les partager avec son entourage ou avec une communauté donnée

Injustice épistémique : amoindrissement de la capacité d'un individu à faire valoir son expérience et sa participation à la production commune des ressources épistémiques du fait de son groupe social d'appartenance (genre, origine géographique, classe sociale)

K* : ensemble des activités visant à lier les connaissances, les pratiques et/ou les politiques

Oppression épistémique : forme durable d'exclusion épistémique

Exclusion épistémique : violation induite de l'agentivité des sujets connaissant qui réduit leur capacité de participer à la production des savoirs

Agentivité épistémique : aptitude à utiliser des ressources épistémiques propres à une communauté donnée de sujets

« La conséquence de l'histoire unique est la suivante : elle prive les gens de leur dignité. Elle rend difficile notre reconnaissance d'une humanité égale, elle met l'accent sur nos différences plutôt que sur nos similitudes »

Chimanda Ngozi Adichie, Le danger d'une histoire unique

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier deux mentors que j'ai eu la chance de rencontrer depuis mes débuts dans le milieu de la recherche.

Cette aventure doctorale n'aurait jamais été possible sans la confiance et le soutien de mon directeur de thèse Valéry Ridde. Merci Valéry d'avoir cru en moi et de m'avoir fait croire en moi. Tu m'as donné l'opportunité de réaliser un rêve que j'avais déjà à l'âge de 10 ans, mais que je n'aurais jamais cru possible. Tu m'as donné la chance d'étudier à l'Université de Montréal, en m'aidant moralement et financièrement par l'octroi de bourses de la Chaire Réalisme, et en me proposant de travailler dans tes projets. Tu as toujours été là dans les moments de doute, et tu me donner le courage de continuer jusqu'à la fin. Je souhaite à quiconque souhaite se lancer dans une telle aventure de tomber sur un directeur comme toi.

Merci à Emmanuel Bonnet, pour m'avoir donné l'occasion de continuer dans le milieu de la recherche. Cette première expérience de travail sur les accidents de la route à Ouagadougou a marqué mon parcours et ma vie professionnelle. Je me souviens de tes énergiques ouvertures de porte dans les bureaux de l'Institut de recherche pour le développement, et surtout de ton franc-parler qui m'a permis de prendre les bonnes décisions aux bons moments.

Je voudrais remercier les institutions qui m'ont permis de progresser tout au long de ce doctorat. L'Université de Montréal et ses professeur·es qui m'ont permis d'apprendre énormément sur la santé publique. Ce tout nouveau fonctionnement a tout d'abord été difficile, mais il m'a permis d'acquérir de la rigueur, de la confiance, et un savoir-faire en recherche qui me servira tout au long de mes futures activités. Merci à Christian Dagenais de m'avoir accompagné au début de ce doctorat et à la Chaire Renard. Le Centre population et développement de l'Institut de recherche pour le développement, dans lequel j'ai réalisé mon activité de coordinatrice durant la deuxième partie de mon doctorat, m'a permis d'avoir une approche complémentaire de la santé publique.

Je remercie aussi les chercheur·ses de ce laboratoire. Annabel Desgrées Du Loû, qui trouve toujours les mots justes pour faire passer les bons messages et qui m'a permis de devenir coordinatrice scientifique. Fanny Chabrol, avec qui j'ai pu discuter de mes doutes, et avec qui nous avons pu nous soutenir dans nos questionnements respectifs. Bruno Ventelou, qui, par son enthousiasme contagieux, m'a redonné la passion de la recherche dans des moments de doute.

Au point de vue personnel, ces cinq ans m'ont permis de vivre dans trois continents différents, où j'ai rencontré des personnes formidables, devenues des ami·es et qui ont chacun·e à leur manière influencé cette thèse.

Au 7101 avenue du parc, Montréal. Marie-Claude, Marie-Christine, Marie-Pier ... on a mis du temps à se rencontrer, mais tu es devenu un membre de ma famille. Nos discussions sur la définition de la santé publique, notre préparation à l'examen de synthèse en colocation à Bordeaux, et ton aide jusqu'à la dernière année de thèse ont été inestimables. Je suis très fière de te compter parmi mes ami·es. Lara, Kadi, Esther, vous avez été mes grandes sœurs de doctorat. Merci pour tous vos conseils, votre disponibilité et votre humilité pour m'aider à tout moment.

À la maison à recasement, Niamey. Marie et Jhonel. Marie, tu as eu une influence extraordinaire sur mon cheminement intellectuel. Tu m'as fait comprendre et découvrir des approches qui m'ont permis de retrouver la passion de la recherche lorsqu'elle se perdait parmi les problèmes. Je n'oublierai pas ton dessin de la fusée qui devrait être dans tous les manuels à destination des doctorants. Jhonel, tu m'as fait changer ma vision de l'art et tu es une source d'inspiration. Rahina, tes combats et ton courage sont admirables. Enfin, les *fadas* chez Edouard sont inoubliables et les discussions sans fin me manquent beaucoup.

À Bordeaux, puis à Bègles. Mon très cher coup de foudre amical Constance. Tu es là depuis le début de cette aventure. J'ai du mal à me rendre compte de tout le chemin parcouru pour nous deux depuis ce fameux Nouvel An 2016. Maud, Chloé, mes amies de longue date, nos rencontres sont moins fréquentes, mais vous êtes une source d'inspiration, l'une par son calme et sa bienveillance légendaire, l'autre par sa créativité sans fin.

Ma famille. Mes parents, vous êtes d'un soutien indéfectible, chacun à votre manière si particulière. Mon père, qui par son esprit de contestation permanent (parfois teinté de mauvaise foi) m'a toujours amené à chercher de meilleurs arguments pour expliquer mes pensées et mes combats. J'ai hérité de ta persévérance et de ta logique horlogère, qui m'ont accompagné tout au long de ces années et qui ne me quitteront plus. Ma mère, qui répond toujours présente à n'importe quel moment. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi, dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es la personnification de la joie de vivre. Vous m'avez toujours suivie et encouragée, même parfois sans me comprendre, que ce soit durant mon enfance pour m'amener à mes compétitions de gymnastique à l'autre bout de la France ou pour venir me voir au Canada au début de mon doctorat.

Mon frère, qui pourrait définir à lui seul le mot de bienveillance. Même dans mes choix les plus incompréhensibles, tu ne me juges pas et me donnes la force nécessaire pour les assumer. Tu es une source d'inspiration pour moi.

Mon cher Yannick, mon cheum, tu as subi au quotidien mes sautes d'humeur, mes peines, mes joies. Tes tentatives pour essayer de me faire rire dans les moments difficiles sont des souvenirs chers à mon cœur. Il faut dire que tu es l'incarnation de la pensée non scientifique. Ta folie m'a aidé à réfléchir d'une autre manière et à entrevoir la vie et ma thèse différemment. On peut se dire que ces années ont été celles de l'apprentissage et de la construction. Je ne pourrai jamais assez te remercier de m'avoir encouragé de façon indéfectible tout le long de ces cinq années.

Cassie-Rose, Lidzy, vous êtes l'avenir. J'espère réussir à vous transmettre la persévérance et la valeur du travail pour atteindre vos objectifs comme l'ont fait mes parents avec moi.

1 Chapitre 1 – Introduction générale

Les progrès en santé publique et en sciences sociales ont, depuis plusieurs décennies, permis de comprendre que le mauvais état de santé des populations économiquement défavorisées n'était pas seulement dû à un manque de traitements ou à un accès aux soins de santé délétère (Aïach, 2010; Evans et al., 1996; Marmot, 2007; Tulchinsky & Varavikova, 2014). L'inégale distribution du pouvoir, des revenus, des biens et des services crée des conditions de vie défavorables pour certaines populations, ce qui augmente l'exposition aux facteurs de risque (logement insalubre, travail de nuit, travail précaire, manque d'infrastructures, de transports en commun), la vulnérabilité face aux maladies ainsi que le manque d'accès aux soins de santé (OMS, 2008). De 1980 à 2016, les inégalités de revenu ont augmenté partout dans le monde. Au Moyen-Orient, en Afrique et au Brésil, les 10% des plus riches captaient déjà entre 55 et 65% du revenu national il y a 25 ans, ce qui n'a fait que se renforcer depuis (Alavredo et al., 2018). Aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Asie, si les inégalités étaient moins fortes dans les années 1980, elles ont augmenté depuis. Par exemple, au Canada, les 10% les plus riches captaient 34% du revenu national en 1980 et 48% en 2018 (Alavredo et al., 2018). La crise de la COVID-19 n'a fait qu'augmenter ces inégalités et les mesures fiscales mises en place dans le monde ne vont pas dans le sens d'une justice sociale efficace (Piketty, 2021). Cette captation des ressources par une partie de la population, la perte d'engagement des États dans les services publics et dans la taxation des capitaux, ainsi que la faible considération du travail sont des causes expliquant les inégalités sociales entre et dans les pays (Lawson et al., 2019; Piketty, 2013). Alors que l'état des connaissances actuel montre depuis plusieurs décennies les conséquences dramatiques des injustices sociales sur la santé, et que des solutions sont connues pour les réduire, il existe un profond problème d'application des connaissances pour informer les pratiques et/ou les politiques (Graham et al., 2006). Les stratégies et les outils mis en place pour favoriser les liens entre connaissances et pratiques/politiques ne suffisent pas. Outre le manque de considération des connaissances existantes par les parties prenantes politiques ou de la santé, il semble que l'engagement et la prise de partie politique soient essentiels pour favoriser une santé publique mondiale informée par des données probantes justes. Cela commence par une reconnaissance des caractéristiques sociales des connaissances.

Le postulat de cette thèse est que les connaissances, notamment lorsqu'elles sont explicites (c'est-à-dire formelle ou transférables comme les connaissances scientifiques ou issues de l'expertise), sont souvent considérées comme objectives ou neutres. Pourtant, la production, la légitimation et l'utilisation des connaissances existent dans des contextes sociaux où les individus, mais également les structures, font des connaissances des objets sociaux. Elles peuvent participer, souvent de façon implicite, à la reproduction des injustices sociales en santé (Passeron & Bourdieu, 1964). Alors que les parties prenantes en santé mondiale s'attachent à renforcer le lien entre la production et l'utilisation des connaissances, elles peuvent participer à une oppression épistémique en renforçant la légitimité de connaissances produites par des acteur·rices ou des institutions dominant·es. L'objectif de cette thèse est de comprendre comment cette oppression peut se produire alors que la santé mondiale est basée sur des principes de justice sociale et notamment de prise en compte des déterminants structurels pour lutter contre les injustices.

Le premier chapitre de cette thèse, l'introduction générale, est présenté en deux parties qui traduisent un cheminement de pensée particulier puisque toute la réflexion de cette thèse est issue d'un premier terrain qui n'a pas pu aboutir du fait de collaborations scientifiques difficiles et d'enjeux politiques dépassant largement le cadre d'un doctorat. Ce terrain visait à comprendre l'influence de l'utilisation des connaissances sur l'émergence et la mise en œuvre de politiques publiques au Niger. Au lieu de changer de sujet de thèse, il a plutôt été question d'utiliser cette expérience pour comprendre les difficultés rencontrées et construire une problématique scientifique plus en lien avec les réalités sociales et politiques qu'elle ne l'était au début. La première partie de ce chapitre est constituée d'une réflexion issue de ce retour d'expérience et de discussions réflexives avec deux autres étudiantes au doctorat (Article 1). La deuxième partie de ce premier chapitre vise à présenter les différents courants de recherches visant à faire les liens entre connaissances et les pratiques et/ou politiques en santé. Elle vise également à présenter le champ de la santé mondiale comme une opportunité pour aller au-delà d'une vision linéaire de l'utilisation des connaissances pour les pratiques et/ou politiques en santé et prendre en compte les injustices structurelles qui sont inhérentes à la gouvernance globale en santé.

Le deuxième chapitre de cette thèse, qui est un état des connaissances, vise à présenter une revue systématique interdisciplinaire des écrits sur les liens entre deux concepts : la gouvernance globale et les connaissances. À la suite de l'écriture de l'article 1, il est apparu que l'approche

macroscopique qu'offrait le concept de gouvernance globale permettrait de mieux comprendre les enjeux structurels qui influençaient la production et l'utilisation des connaissances. Cette revue a ainsi permis de faire la recension des approches interdisciplinaires pour étudier les liens entre la gouvernance globale et les connaissances (Article 2A).

Le troisième chapitre de cette thèse, qui présente la démarche scientifique adoptée, vise à décrire l'approfondissement de la problématique et l'objectif principal de la thèse. Ce dernier consistait en premier lieu, en l'étude de l'influence des déterminants structurels sur les systèmes de production et d'utilisation des connaissances dans la gouvernance globale en santé en mobilisant une approche d'épistémologie sociale. L'épistémologie sociale est considérée par certain·es auteur·rices comme la quatrième vague de recherche sur le transfert de connaissances, car elle permet de comprendre comment les caractéristiques sociales des connaissances influencent le transfert de connaissances. Les connaissances sont par nature « situées », c'est-à-dire que leur construction dépend du positionnement social de ceux·celles qui les créent. Ainsi, la hiérarchisation de certains systèmes de connaissances par rapport à d'autres peut créer une oppression épistémique qui est une forme durable d'exclusion épistémique. Une exclusion épistémique est une réduction de l'aptitude de certains individus à utiliser des ressources épistémiques propres à une communauté donnée de sujets. L'objectif de la thèse est donc de comprendre comment les pratiques quotidiennes et le contexte de la santé mondiale favorisent une oppression épistémique.

Le quatrième chapitre de cette thèse présente un cadre conceptuel, les objectifs spécifiques de la thèse et les méthodes pour les atteindre. Le concept central de cette thèse est celui d'oppression épistémique. Pour construire le cadre conceptuel, nous avons utilisé les trois degrés d'exclusion épistémique définis par Dotson (2018), qui, dans notre perception, permettent de comprendre comment les déterminants structurels peuvent influencer les systèmes de production et d'utilisation des connaissances aux niveaux macroscopique, mésoscopique et microscopique :

- L'exclusion de troisième degré représente un « mode de vie épistémique » qui est dirigé par des groupes sociaux dominants qui ne permet pas de prendre en compte d'autres systèmes de pensée et de connaissances que les leurs;
- L'exclusion épistémique de second degré est le fait, pour des individus déjà opprimés socialement, de devoir utiliser des ressources qui ne sont pas les leurs, pour pouvoir participer à la construction de nouvelles ressources communes dans ce système;

- L'exclusion épistémique de premier degré concerne l'impossibilité pour des individus de participer à la production commune des connaissances du fait de leur positionnement social. Ils ne sont ni écoutés ni lus au sein d'un système du fait de préjugés.

Les trois objectifs spécifiques de la thèse permettent d'étudier chacune des catégories d'exclusion épistémiques grâce à trois méthodes différentes : une revue critique des écrits, une analyse ethnographique et une étude expérimentale.

Le cinquième chapitre de cette thèse présente les trois études réalisées. Pour le troisième degré d'exclusion épistémique (niveau macroscopique), nous avons réalisé une revue des écrits pour comprendre l'avènement d'une ressource épistémique commune en santé mondiale (la couverture sanitaire universelle (CSU)) (Article 2B). Pour le deuxième degré d'exclusion épistémique (niveau mésoscopique), nous avons réalisé une analyse ethnographique d'un programme de recherches pour étudier l'appropriation de cette ressource épistémique commune à un niveau mésoscopique (Article 3). Pour le troisième degré d'exclusion épistémique (niveau microscopique), nous avons réalisé une étude expérimentale auprès d'acteur·rices en santé mondiale pour comprendre l'influence de la source des connaissances, ou des « messagers », sur la qualité perçue et l'utilisation des connaissances (Article 4).

Le sixième chapitre de cette thèse vise à proposer plusieurs pistes de discussion sur chacune des études et des trois degrés d'exclusion épistémiques puis sur la complémentarité de ces trois degrés en santé mondiale. En effet, les trois exclusions peuvent s'influencer, voire se renforcer. Elle vise également à présenter des propositions d'implications pratiques de ces résultats qui permettent de développer une certaine résistance à notre niveau d'action.

1.1 Article 1. L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains

Amandine Fillol, Kadidiatou Kadio, Lara Gautier

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est publié dans la Revue française des affaires sociales.

Référence complète :

Fillol, A.^{ab}, Kadio, K.^c & Gautier, L.^{ab} (2020). L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. Revue française des affaires sociales, 103-127. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0103>

^a Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Canada

^b Centre population et développement, Institut de recherche pour le développement, Université Sorbonne Paris Cité, ERL INSERM SAGESUD, Paris, France

^c Institut de recherche en science santé, Centre national de la recherche scientifique et technologique, Ouagadougou, Burkina Faso

Disponible en ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-103.htm>

Contribution des autrices : L'idée de l'article a été émise par Amandine Fillol et proposée aux deux co-autrices. L'introduction, la méthode et la conclusion ont été rédigées par Amandine Fillol. L'ordre de présentation a été défini par les autrices, qui ont chacune écrit une partie du manuscrit : Amandine Fillol l'étude de cas au Niger, Kadidiatou Kadio l'étude de cas au Burkina Faso et Lara Gautier l'étude de cas au Mali.

Résumé

Le fait d'utiliser des connaissances explicites pour informer les décisions politiques est de plus en plus encouragé au niveau international, notamment par le mouvement d'information des politiques par les données probantes (*evidence-informed policy making*). Si la valeur sous-jacente à ce mouvement est de rationaliser le processus politique, les recherches en sciences sociales ont depuis longtemps permis d'observer que les connaissances sont des objets sociaux, dépendants des contextes politiques et économiques. L'objectif de notre analyse est de décrire à partir de trois études de cas (les politiques de protection sociale au Burkina Faso, une stratégie de transfert de connaissances sur les politiques de gratuité au Niger et la diffusion du financement basé sur la performance au Mali [FBP]), comment ces connaissances, peuvent orienter la formulation des politiques publiques. Ces trois études de cas nous permettent d'observer que nous sommes loin des connaissances explicites comme vectrices de neutralité, de transparence et de reddition des comptes. Alors que la santé et la protection sociale sont des sujets prenant de plus en plus d'importance sur la scène globale, nous observons que l'utilisation des connaissances scientifiques ou de l'expertise est sensible aux intérêts, orientée par les institutions, et influencée par la mondialisation.

Abstract

The use of explicit knowledge to inform policy decisions is increasingly promoted at an international level, especially through the evidence-informed policy-making movement. While the underlying value of this movement lies in rationalizing policy-making processes, it has long been observed that knowledge is a social object. The aim of our analysis is to describe how knowledge informs public policy making based on three case studies: social welfare policies in Burkina Faso, a knowledge translation strategy on free health care policies in Niger, and the dissemination of performance-based funding in Mali. These analysis offers a strongly contrast with the ideal of explicit knowledge as a vector of neutrality, transparency and accountability. While health and social welfare are increasingly important issues on the global scene, our study shows that the use of scientific knowledge or expertise can be influenced by institutions, stakeholder interests and globalization.

Introduction

Dans le secteur de la santé et de la protection sociale, le mouvement d'information des politiques publiques par les données probantes, soit evidence-informed policy-making, est de plus en plus institutionnalisé. Il a été influencé par le mouvement des décisions médicales basées sur les données probantes, evidence-based médecine (Sackett et al., 1996). Cette démarche permettrait de rationaliser les processus d'émergence et de formulation des politiques en favorisant des décisions basées sur les jugements des experts plutôt que sur des enjeux électoraux ou des pressions externes. Il s'agirait notamment d'améliorer la transparence et la redevabilité des actions publiques (Sutcliffe et Court, 2005). Les données probantes sont souvent associées aux connaissances issues de la recherche scientifique, notamment en santé publique (WHO, 2017). De nombreux outils ont d'ailleurs été réalisés dans ce domaine (Lavis et al., 2009). Mais elles peuvent concerner d'autres catégories de connaissances. Dans le champ de la recherche sur le transfert de connaissances, la typologie « connaissances tacites/connaissances explicites », que nous adoptons pour cette analyse, est souvent utilisée pour évoquer les données probantes. Les connaissances tacites sont des connaissances liées au savoir-faire ou aux expériences personnelles. Les connaissances explicites sont des connaissances formelles, plus facilement transférables, souvent issues de la recherche scientifique, mais pas seulement. Elles peuvent être issues de l'expertise, d'évaluations ou des bases de données administratives (Connell et al., 2003). Ce sont celles que l'on peut retrouver dans les bibliothèques des organisations, à la différence des connaissances tacites. De nombreuses stratégies visant à augmenter leur utilisation, et notamment à les rendre plus accessibles, ont été analysées et mises en œuvre dans différents contextes (Siron et al., 2015 ; Mc Sween-Cadioux, 2019). Toutefois, une des lacunes de la littérature de ce champ de recherche sur le transfert de connaissances est le manque de considération des réalités sociales des acteur·rices politiques, mais aussi des spécificités de ces réalités dans les pays dits dépendants de l'aide (Oliver et al., 2014; Oliver & Pearce, 2017; Parkhurst, 2017). Contrairement à ce que les promoteur·trices du mouvement de politiques informées par les données probantes pourraient postuler, les connaissances, même explicites, sont soumises à des enjeux sociaux. Par exemple, la production des connaissances scientifiques est influencée par des acteur·rices, des institutions, des organisations ; la société et les sciences et techniques se produisant de façon concomitante (Latour, 2005 ; Hackett et al., 2008). Dans l'analyse des politiques publiques, les approches cognitives

mettent au cœur des réflexions le poids des connaissances, des croyances, des idées et des représentations dans l'élaboration de ces dernières. Les connaissances qui nourrissent les diagnostics dans le cadre des politiques publiques sont intégrées dans des systèmes de représentation variés des acteur·rices, mais peuvent aussi répondre à des intérêts, individuels ou collectifs. À notre connaissance, en Afrique de l'Ouest, il existe peu de recherche sur la place des connaissances, explicites ou tacites, dans le processus d'émergence des politiques publiques. Cette région présente des particularités pour leur analyse. Les programmes d'ajustement structurels des années 1980 ont affaibli les services publics et le manque de recettes fiscales augmente la dépendance à l'aide extérieure (Olivier de Sardan et Ridde, 2015). Cette aide extérieure est représentée par les acteur·rices internationaux·ales : organisations intergouvernementales (incluant les institutions financières internationales), organisations non gouvernementales (ONG) internationales, agences de coopération bilatérale, bailleurs. Ceux-ci travaillent de façon collaborative avec les acteur·rices nationaux·ales : élites et personnalités politiques influentes nationales, décideur·ses (hauts fonctionnaires et parlementaires), mais aussi fonctionnaires de terrain (Lipsky, 1980), technicien·nes des ministères, société civile, ONG nationales. Il n'est pas rare d'assister au développement de politiques ou d'interventions fondées sur des expériences réussies ou expertises des pays extérieurs, non adaptées au contexte (Eboko, 2015), appelés aussi les « modèles voyageurs » (Olivier de Sardan et al., 2017). En outre, la plupart du temps, ces initiatives sont peu coordonnées dans les ministères (Kelley et al., 2014).

Notre analyse a pour objectif d'étudier les enjeux sociaux des connaissances dans les processus de politique publique, dans le but d'informer les acteur·rices qui visent à améliorer le lien entre les sphères de la production des connaissances et de l'action.

Approches théoriques et méthodologiques

Les études de cas présentées dans cet article sont issues de trois terrains de thèse (Burkina Faso, Mali, Niger) portant sur l'utilisation des connaissances dans l'émergence, la formulation et la diffusion de politiques de santé publique et de protection sociale. Des interactions informelles entre les trois autrices ont permis d'entrevoir un point commun : le décalage entre des prescriptions

internationales en santé publique visant à renforcer l'utilisation des connaissances explicites pour informer les politiques publiques dans une perspective technocratique, et la réalité d'un milieu politique où les connaissances explicites ou tacites sont empreintes d'intérêts économiques et politiques. Ainsi, les autrices ne prétendent pas décrire dans son ensemble le processus de politiques publiques qui sont aujourd'hui mises en œuvre dans les pays concernés. L'objectif est de se concentrer sur l'objet « connaissances » (tacites ou explicites) et d'observer comment elles peuvent influencer les politiques publiques, pas seulement par leur contenu, mais aussi par leurs caractéristiques extrinsèques : par exemple les sources, les financeurs des études, les interactions entre les potentiels utilisateurs ou leurs différentes utilisations stratégiques par les acteur·rices. Le premier cas présenté est une description chronologique de l'émergence de la politique nationale de protection sociale (PNPS) au Burkina Faso. À partir de son expérience de terrain de plusieurs années, la chercheuse a identifié les stratégies des acteur·rices et les liens entre les connaissances et les idées de ces derniers, dans un contexte où la sphère du « développement » et les acteur·rices internationaux influencent grandement les processus nationaux. Cette analyse s'appuie donc sur le modèle des « trois i », qui permet de combiner les approches institutionnelles cognitives, sociologiques et historiques et aborder le processus d'émergence de la politique publique de façon globale et dynamique (Surel, 1998). L'analyse des données de terrain a été réalisée à partir du carnet de terrain, des observations et des entretiens informels. Le deuxième cas s'appuie également sur ce modèle, mais envisage un autre point de vue qui est celui des acteur·rices du « transfert de connaissances » œuvrant au Niger. Ce processus vise à mettre en place des stratégies pour favoriser l'utilisation des connaissances explicites dans le processus politique, notamment en les rendant plus accessibles (INSPQ, 2010). Un atelier de transfert de connaissances a été réalisé à un niveau national pour informer des connaissances disponibles concernant les politiques de gratuité des soins de santé au Niger (Souley, 2016). Le terrain réalisé par l'une des autrices de cet article visait à analyser les conséquences de cet atelier et comprendre les dynamiques des acteur·rices quant à la perception des connaissances concernant les politiques de gratuité. Ainsi, de même que pour le premier cas, ce sont les rencontres formelles et informelles, les observations des réunions nationales, les visites au ministère de la Santé publique qui ont permis d'explorer les pistes d'analyse présentées dans cet article. Le troisième cas prend une forme différente, car il est axé sur l'étude d'une catégorie d'acteur·rices particulière étudiée dans le cadre de l'étude de la diffusion du financement basé sur la performance (FBP) au Mali : les entrepreneurs de diffusion qui, munis

de solides ressources matérielles et symboliques, utilisent entre autres les connaissances explicites pour alimenter un appareil de diffusion stratégique du FBP à différents niveaux de décision (central, régional, niveau district).

Ainsi, ces trois cas proposent trois points de vue différents sur la place et le rôle des connaissances explicites dans les politiques publiques : en premier lieu en considérant l'utilisation stratégique des connaissances dans toute la chronologie du processus d'émergence de la PNPS au Burkina Faso ; en deuxième lieu à partir d'un évènement plus restreint dans le temps qui est celui d'un atelier de transfert de connaissances et ses conséquences ; en troisième lieu à partir d'une catégorie d'acteur·rices qui utilise les connaissances de façon stratégique à des fins de diffusion d'une politique.

La politique de protection sociale au Burkina Faso : utilisation des connaissances et importance des valeurs institutionnelles

Le concept de protection sociale est utilisé par différents auteur·rices pour désigner ou décrire diverses situations, et de façon interchangeable avec plusieurs autres concepts (sécurité sociale, filets sociaux, etc.). De façon générale, les politiques et programmes de protection sociale visent à réduire la pauvreté et à atténuer la fragilité des individus face au chômage, à l'exclusion sociale, à la maladie, au handicap et au vieillissement, en les aidant à faire face à ces risques lorsqu'ils surviennent (Merrien, 2013). L'étude de cas concerne la Politique nationale de protection sociale (PNPS) du Burkina Faso, une orientation nationale qui intègre à la fois des instruments contributifs (assurance sociale) et non contributifs (transferts sociaux) dans la perspective de mise en place progressive d'un système national de protection sociale complet et cohérent (Kadio, 2019).

Le processus d'élaboration de la PNPS a regroupé des acteur·rices nationaux et internationaux. Ces derniers ont largement contribué à améliorer les connaissances des acteur·rices nationaux sur la protection sociale à travers plusieurs stratégies.

Nous montrons comment les idées et des valeurs des acteur·rices participant à la formulation de la PNPS ont influencé le choix des connaissances explicites pour orienter le choix des stratégies

d'actions (Kadio, 2019). Ainsi nous abordons respectivement les stratégies de partage des connaissances, les façons dont ces acteur·rices ont utilisé les connaissances pour soutenir leurs opinions et leurs valeurs, la marge de manœuvre des acteur·rices nationaux.

Stratégies de partage des connaissances explicites

Les acteur·rices internationaux ont souvent exploité les positions de leurs membres qui sont des interlocuteur·rices directs des fonctionnaires de haut niveau, pour partager les connaissances en lien avec leurs objectifs et qui cadrent avec les besoins du gouvernement. Ils ont d'abord produit des connaissances pour soutenir le plaidoyer et le dialogue politique en amont de la formulation de la PNPS. Ainsi le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Unicef, le Bureau international du travail (BIT) et la Banque mondiale ont chacun produit des connaissances locales spécifiques pour améliorer leur propre compréhension de la situation du Burkina Faso, afin de mieux influencer les décisions. Ensuite, ces connaissances ont été diffusées principalement pendant des réunions gouvernementales au cours desquelles ces organisations sont conviées. Par ailleurs elles ont organisé des réunions de restitution regroupant des acteur·rices clés pour disséminer les principales conclusions de leur recherche. Des voyages d'études et des formations au profit de hauts fonctionnaires et parfois des parlementaires nationaux, ainsi que des ateliers de formation nationaux ont également été organisés.

Ces hauts fonctionnaires qui sont généralement politisés occupent divers postes dans l'administration : secrétaires généraux des ministères, directeurs de département ministériel ou conseillers de ministre. Ces moments d'échanges ont souvent mis en exergue les conséquences du déficit de protection sociale sur la stabilité politique et sociale. En 2010, le gouvernement faisait face à de nombreuses critiques et à des tensions sociales (Kadio et al., 2018b ; Kadio et al., 2017). Le concept de protection sociale, qui était nouveau pour les acteur·rices nationaux·ales, leur a été présenté comme une solution qui renforce la cohésion sociale dans le contexte du Burkina Faso, caractérisé à l'époque par des grèves syndicales et de « grogne sociale ». La recherche d'une solution pour apaiser la tension sociale et aussi pour témoigner d'une solidarité envers les plus démunis a rendu le gouvernement réceptif aux connaissances disponibles à l'interne, mais aussi celles produites par les acteur·rices internationaux·ales. Les études sur la mise en œuvre et

l'efficacité des programmes sociaux gouvernementaux, les données statistiques nationales et des rapports présentant les expériences d'autre pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont contribué à éclairer les acteur·rices nationaux sur la situation du déficit de protection sociale et la nécessité de mener une réflexion approfondie sur la protection sociale qui va au-delà des programmes de filets sociaux. Ainsi, les acteur·rices nationaux ont appréhendé la nécessité d'une action gouvernementale conduisant à la formulation et à l'adoption d'une PNPS en 2012.

Cependant, la stratégie du cadrage discursif (policy framing) des connaissances (Parkhurst, 2012) a été utilisée lors de ces formations. Le cadrage discursif, qui est largement traité dans le champ de l'analyse cognitive des politiques publiques, est une stratégie utilisée par les entrepreneurs politiques. Ces derniers mobilisent ainsi dans leurs discours sur une politique donnée, des idées ou autres processus cognitifs afin de recueillir le soutien nécessaire pour faire passer (ou, au contraire, empêcher) l'adoption de cette politique (Béland, 2016).

Au lieu d'être des séances de partage de données probantes pertinentes sur la protection sociale, elles ont plutôt été des réunions de plaidoyer ciblant des stratégies et actions conformes aux idées et missions des organisateurs de ces réunions.

Inciter à prendre en compte leurs idées

Les idées sont des croyances causales détenues par des individus ou adoptées par des institutions qui influent sur leurs attitudes et leurs actions (Béland et Cox, 2011), leurs affirmations sur les descriptions du monde, les relations causales ou la légitimité normative de certaines actions (Béland, 2016 ; Parsons, 2002). Les acteur·rices internationaux·ales ont été les principaux·ales intermédiaires pour renforcer la capacité des acteur·rices sur la protection sociale. Ils·elles ont en effet des idées concernant le type de solutions à privilégier dans une politique de protection sociale. Ainsi, les idées qui soutiennent les mandats institutionnels de chaque organisme orientent leurs plaidoyers et actions dans les pays, notamment concernant les types de bénéficiaires et les instruments à considérer dans une politique de protection sociale. N'ayant pas de droit de veto (Béland, 2016) pour impulser des changements fondés sur leurs idées, ils·elles se sont appuyé·es sur l'usage stratégique des connaissances explicites pour transférer leurs idées. Ils·elles ont

sélectionné des connaissances qui concordent avec leurs valeurs et idées (ignorer celles qui sont contradictoires), mais qui cadrent aussi avec les besoins des décideurs, qu'ils·elles ont partagé par le canal des stratégies de transfert (atelier de formation, voyage d'échange, partage de document).

Cette manière stratégique a permis aux acteur·rices nationaux·ales d'acquérir de nouvelles connaissances fondées sur les idées des initiateur·rices des cadres d'échanges, de façonner leurs perceptions et leur compréhension sur la protection sociale, leurs préférences en matière de solution au déficit de protection sociale. Étant donné que le processus a impliqué diverses institutions internationales, chaque ministère avait tendance à privilégier l'utilisation des documents, et soutenir les idées des institutions avec lesquelles ils ont développé une longue tradition de partenariat. Le ministère de l'Économie et des Finances a davantage cité des productions de la Banque mondiale qui soutiennent les transferts monétaires pour améliorer la consommation des ménages pauvres. Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale a utilisé les documents du BIT pour un éclairage conceptuel des travaux de la commission assurance sociale et soutenir la mise en place d'une assurance appuyée sur les mutuelles de santé. Le ministère de l'Éducation nationale en partenariat avec le PAM soutenait les cantines scolaires (transfert alimentaire ciblant les enfants).

Cependant, la non-coïncidence de certaines idées/connaissances avec les rationalités des hauts fonctionnaires sur le problème à résoudre constitue un obstacle à une utilisation.

La marge de manœuvre des acteur·rices locaux

Les études qui concordent avec les points de vue des hauts fonctionnaires et des technicien·nes des ministères sont les plus considérées. Par exemple, une étude de la Banque mondiale, qui présentait la protection sociale comme un instrument de réduction de la pauvreté et un moyen pour maintenir la paix et la cohésion sociale, coïncidait avec les attentes des hauts fonctionnaires et a beaucoup été citée dans la PNPS, et consultée pour le choix des stratégies.

En revanche, une étude du FMI qui recommandait la suppression des subventions du prix des hydrocarbures (souvent considérée comme une stratégie de protection sociale) jugée inefficace, au profit d'un transfert social direct vers les ménages pauvres, a été rejetée par le gouvernement, car cette proposition ne rejoignait pas ses points de vue. Les acteur·rices nationaux·ales ont soutenu

que cette mesure de protection sociale profitait non seulement à la classe moyenne, mais aussi aux pauvres. Ils·elles ont avancé l'argument que, par devoir de solidarité familiale, un chef de ménage moyen soutient aux moins un ménage pauvre. Ils·elles estimaient que les conséquences sociales et politiques de l'application de la recommandation issue de la recherche du FMI étaient en défaveur de la paix sociale (Kadio *et al.*, 2018a).

Même si les acteur·rices internationaux·ales ont façonné les perceptions des acteur·rices nationaux·ales pour orienter le choix des actions de protection sociale en s'appuyant sur des connaissances explicites, il apparaît que parfois, les valeurs et attentes sous-jacentes à la mise en œuvre de la PNPS ainsi que la marge de manœuvre des acteur·rices nationaux·ales aient une influence sur le choix des connaissances explicites à considérer.

Les enjeux de la production de connaissances explicites dans un contexte institutionnel fragmenté : le cas des politiques de gratuité au Niger

Depuis 2005, date de décision des politiques de gratuité des soins de santé des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans au Niger, de nombreux rapports et recherches ont été produits pour informer les administrateur·rices et décideur·ses des avancées, et parfois des difficultés de ces politiques. En concentrant la question de recherche de cette étude de cas sur la manière dont ces études ont été ou non utilisées, il est apparu que le sujet de recherche des connaissances est éminemment sensible, car leur utilisation peut servir des causes communes, mais aussi individuelles. Ainsi, nous observons comment, dans un cas précis d'un dispositif de transfert de connaissances explicites, celles-ci n'ont pas été appropriées ou utilisées dans la perspective d'informer une politique. Nous apportons plusieurs hypothèses d'explication mettant notamment en avant une utilisation individuelle des connaissances : la montée de la consultance et le flou existant entre les fonctions de scientifique, consultant·e et expert·e, l'attribution de valeurs économique et symbolique aux connaissances, et enfin le manque de mémoire institutionnelle qui pourrait défavoriser les possibilités d'utilisation des connaissances explicites à des fins d'information de politiques.

Transfert et (non) utilisation des connaissances explicites

Les principales recherches sur l'utilisation des connaissances dans la décision politique mettent en avant des barrières à cette utilisation comme le manque d'accessibilité des connaissances explicites, le manque de relations personnelles et de confiance entre les parties prenantes de la recherche et de la politique, le manque de temps ou d'opportunité (Oliver et al., 2014 ; Orton et al., 2011). Les stratégies de transfert de connaissances visent à diminuer ces barrières (Mc Sween-Cadieux, 2019).

En 2012, une stratégie de transfert de connaissances a été réalisée dans le cadre des politiques de gratuité : la conférence nationale pour le renforcement des politiques de gratuité des soins du Niger (ministère de la Santé publique du Niger, 2016 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014). Cette conférence a pris la forme d'un atelier délibératif qui est un outil ayant déjà fait preuve de son potentiel pour améliorer le transfert de connaissances (Mc Sween-Cadieux et al., 2018; Ridde et Dagenais, 2017), et qui a permis de présenter des recherches réalisées sur le sujet (Olivier de Sardan et Ridde, 2014; Ousseini, 2011; Ousseini et Kafando, 2012). Le processus a été apprécié par les parties prenantes et des recommandations et propositions d'actions ont été faites par ces dernières. Sur le long terme, il semble toutefois qu'elles n'aient pas pu toutes être suivies d'actions concrètes, excepté pour la région de Dosso où la conférence a donné lieu à une expérience pilote de déconcentration du financement de la gratuité des soins, financée par l'Agence française de développement (AFD) (Souley et al., 2017). Cette initiative, malgré un soutien financier de l'Agence française de développement, ne présente que peu de résultats favorables pour le moment (Reveillon et Behrendt, 2018).

Le manque d'appropriation des connaissances est l'une des pistes d'explication pour cette non-utilisation. Toutefois, si ces dernières n'ont pas été utilisées à des fins d'information de la politique, c'est-à-dire de façon instrumentale (Beyer et Trice, 1982), elles ont pu être utilisées à d'autres fins. Il peut s'agir par exemple d'une utilisation stratégique pour servir des intérêts d'acteur·rices, notamment dans la mesure où la marchandisation de l'information est de plus en plus courante dans le secteur du développement, notamment en sciences sociales.

Place ambiguë des connaissances explicites et marchandisation de l'information

La consultance a pris énormément d'importance dans le secteur des sciences sociales. À la différence du processus de recherche, les études commanditées par le biais des offres de consultance se font dans des temps rapides, sont orientées par des termes de référence précis, et sont évaluées par des bailleurs de fonds ou des comités souvent non scientifiques (Olivier de Sardan, 2011). Ces « paiements à l'acte » (Olivier de Sardan, 2011) constituent une forme de travail différente pour les universitaires, mais ils sont aussi des potentiels de compléments d'activités pour les autres acteur·rices du système de santé : les professionnel·les de santé et les fonctionnaires de terrain. En livrant leur expertise technique et leurs expériences, ils·elles ont une double casquette : ils·elles peuvent autant être des personnes-ressources pour les processus de recherche que des candidat·es pour la réalisation d'études de consultance (Ardoino, 1990). Pour les scientifiques, ces personnes-ressources sont essentielles pour participer à la légitimation des projets de recherche, et elles permettent de renforcer leur légitimité (Albert & Avenier, 2011) et leur potentiel d'utilisation dans l'action publique. Cela est d'autant plus important que certain·es auteur·rices évoquent un contexte difficile pour la recherche (Tidjani Alou, 2008). D'un autre côté, les professionnel·les de santé et les fonctionnaires de terrain, voyant leur utilité renforcée dans la production de connaissances, mais pouvant aussi ressentir une certaine lassitude dans les demandes d'entretien répétées, peuvent prétendre à réaliser des études de consultance. Ainsi, « l'achat d'information » (Tidjani Alou, 2008) lors de projets de recherche ne semble pas être un processus isolé. La frontière entre personne-ressource, expert, scientifique et consultant est floue.

La capitalisation des connaissances comme moyen de valorisation professionnelle... dans un contexte de difficile capitalisation institutionnelle

Alors que l'étude de cas visait à analyser l'utilisation des connaissances explicites, il s'est avéré que le sujet de la consultance est devenu un sujet central. Toutefois, enquêter sur le choix des consultants lors des études a été particulièrement difficile. Les témoignages recueillis sont majoritairement ceux de consultant·es internationaux·ales ou d'expatriés travaillant dans le secteur

de la santé¹. Pour eux, les connaissances ont une valeur monétaire et symbolique. Par exemple, en me présentant lors d'un entretien, mon correspondant me fait comprendre qu'il connaît un de mes collaborateurs par son domaine d'expertise, sous-entendant un intérêt financier à son travail :

« Ah tu travailles avec X. ? Lui la gratuité, c'est son fonds de commerce, ça fait des années qu'il travaille là-dessus » (extrait d'entretien, 15 mars 2019, administrateur dans une coopération bilatérale).

La capitalisation individuelle des connaissances pourrait être une stratégie pour évoluer dans sa carrière, obtenir des marchés, en d'autres mots, devenir expert·e d'un domaine. L'appropriation des connaissances pourrait donner l'opportunité à des fonctionnaires de terrain de devenir les spécialistes d'un sujet et de gagner la reconnaissance de cette spécialisation. Selon certains participant·es, dont un des témoignages est présenté ci-dessous, la connaissance, liée aux personnes qui la portent peut-être l'objet de rétention par ces dernières :

« Le rapport, la personne, elle l'a peut-être lu, elle se l'est peut-être approprié, mais derrière paf, elle saute et elle se retrouve à travailler sur totalement autre chose, et comme on lui a envoyé le rapport à lui, il n'a peut-être pas forcément communiqué. Il y a aussi le fait que l'information c'est le pouvoir et comme le fait de détenir des informations via un rapport, c'est détenir aussi des données, et une capacité de réflexion et de proposition que d'autres n'auront pas et que tu veux garder pour maintenir ta position [...] Plutôt que de le diffuser et faire que ce rapport ait un impact sur le plus grand nombre, tu le gardes pour toi, car les informations qu'il contient, c'est des informations qui peuvent être intéressantes pour toi dans le cadre de ta carrière » (extrait d'entretien, 3 mars 2019, consultant international).

Ce phénomène ne touche pas seulement les fonctionnaires de terrain et les acteur·rices nationaux. Cela concerne également les scientifiques, nationaux ou internationaux, qui de moins en moins financés, réalisent aussi des missions de consultance (Olivier de Sardan, 2011).

L'idée d'absence de capitalisation institutionnelle issue de ce dernier témoignage paraît corroborer l'analyse d'un processus observé durant l'enquête. Six études de coûts des politiques de gratuité ont été commanditées à plusieurs reprises entre 2007 et 2015, tantôt par des acteur·rices nationaux, tantôt par les acteur·rices internationaux·ales. Elles ont été financées par des organismes différents et réalisées par une panoplie de consultants. Normalement, ces études sont présentées devant un comité de décideurs nationaux et d'acteur·rices internationaux qui valide ou rejette l'étude. Dans le secteur public national, tout comme parmi les acteur·rices internationaux·ales, il y a un

¹ Cela ne signifie pas que seuls les acteur·rices internationaux·ales font de la consultance, mais le fait que plus de témoignages de ces dernier·es ont été recueillis. Cela peut s'expliquer par le positionnement de la chercheuse (étrangère), ou bien par un rapport à la consultance différent selon le positionnement des acteur·rices

roulement de personnel récurrent. Les personnes ayant commandité les études peuvent ne pas être au courant des études ayant eu lieu lorsqu'elles n'étaient pas en fonction à leur poste actuel. Si les résultats des études de coûts peuvent nécessiter une mise à jour justifiant les commandes successives, une capitalisation des connaissances acquises par ces études, sur la méthode ou sur les leçons apprises, pourrait être utile pour améliorer la qualité des études à suivre.

À la fin d'un entretien, un participant a exprimé son désarroi face à son analyse de la situation : « Les rapports, c'est du papier gâché [...] une fois réalisés, ils sont mis dans un tiroir ». Pour d'autres, ils peuvent parfois servir de « pièce justificative », c'est-à-dire servir un intérêt, par exemple montrer que la politique voulue est trop chère ou tout simplement obtenir le renvoi d'une personne. Durant l'enquête, la pièce dans laquelle étaient théoriquement conservées les études a été inaccessible (elle était la plupart du temps fermée à clé et il n'a pas été possible de trouver une personne qui pouvait y donner accès). Ainsi, l'obtention de ces rapports a été particulièrement difficile. Cela renforce l'idée que la transmission des informations, dans ce contexte, ne passe pas en premier lieu par les voix écrites, formelles et explicites. Le manque de leadership, la hiérarchisation, la bureaucratie, les orientations diverses des acteur·rices amènent à une sensation pour certains de « chaos », comme cela a été mentionné lors d'entretiens. Cette sensation peut refléter la réalité ou seulement la représentation d'un milieu inconnu ou étranger pour des acteur·rices non habitué·es, mais il se peut que ceci explique en partie les difficultés apparentes de capitalisation institutionnelle des connaissances explicites. Les caractéristiques de succès de courtiers en connaissance, qui seraient des personnes « chargées d'être à l'interface des deux mondes, d'en comprendre les besoins et les modes de fonctionnement spécifiques, et de s'assurer de l'organisation d'interactions favorables à l'utilisation des preuves dans les interventions de santé publique » (Ridde et al., 2013) seraient d'ailleurs en grande partie liées à des capacités et capitaux sociaux et humains (Jessani et al., 2016).

Les entrepreneur·ses de diffusion au Mali, ou la (dé)politisation du savoir sur le FBP pour influencer sa diffusion

Les entrepreneur·ses de diffusion sont des acteur·rices internationaux·ales institutionnels ou individuels qui disposent de solides ressources sociales et des expériences notables dans le secteur du financement de la santé en Afrique qui leur permettent de développer un appareil stratégique puissant pour diffuser des politiques (Gautier et al., 2018a). Le cas du financement basé sur la performance (FBP), un mécanisme de financement de la santé qui permet de passer à une rémunération en fonction de la réalisation d'activités dans les centres de santé, illustre particulièrement bien ce phénomène. Les entrepreneur·ses de diffusion mobilisent l'expertise disponible localement pour fabriquer une politique de FBP ancrée dans les orientations nationales, et façonner l'apprentissage de la politique – donc, le savoir expérientiel autour du FBP. Ces stratégies révèlent des utilisations politiques du savoir (qu'il soit explicite ou tacite) qui a priori, semblent s'opposer : la première entreprend une politisation du savoir (Gautier et Ridde, 2018; Straus et al., 2010), tandis que la seconde esquisse la dépolitisation de ce savoir. Le phénomène de politisation du savoir mobilise celui-ci, tout en le rattachant à des principes idéologiques, cadres de valeurs et orientations nationales communes auxquels les interlocuteur·rices gravitant autour de l'arène décisionnelle peuvent facilement se rattacher. À l'inverse, la dépolitisation consiste à mettre en évidence les aspects techniques plutôt que de questionner la pertinence politique et sociale du FBP. Voyons comment politisation et dépolitisation se déclinent et finalement, comment elles s'articulent pour accroître le rayonnement de cette politique.

La fabrique d'une politique par la politisation du savoir

Le FBP est une réforme du financement de la santé complexe (Lohmann, 2019) ; son expérimentation implique d'investir fortement dans la formation et le coaching par des intermédiaires influents que représentent les entrepreneurs de diffusion (d'autres les appelleraient entrepreneurs du savoir ; Nay, 2014). Pour ceux-ci, le développement d'une expertise de pointe

locale est en effet nécessaire pour que l'idée politique puisse se diffuser dans les contextes des pays à faible et moyen revenu (Gautier et al., 2019). Comment cela s'est-il déroulé au Mali ?

Les entrepreneur·ses de diffusion se sont d'abord rapproché·es d'individus qu'ils·elles connaissaient déjà – des cadres et hauts fonctionnaires maliens, mais aussi d'ancien·nes collègues – à travers des expériences de travail en commun dans les années 2000 dans la région de Koulikoro. Cette région a précisément été choisie pour expérimenter le FBP parce que ces mêmes acteur·rices y avaient piloté des prémises du FBP (« l'approche contractuelle », dans le cadre du renforcement de la décentralisation sanitaire [Coulibaly et al., 2020]). L'un des entrepreneurs de diffusion hollandais (disposant de fortes capacités de socialisation) avait particulièrement à cœur de former la « relève malienne » et de renforcer et promouvoir le savoir accumulé grâce à ces expériences communes.

La politisation se met en œuvre à travers deux stratégies principales qui s'auto-alimentent : 1) le renforcement des liens sociaux entre personnes partageant le même savoir tacite sur le FBP, et 2) la mise en avant, dès le départ, des liens « naturels » entre le FBP et la décentralisation sanitaire au Mali. Ainsi, le processus de cadrage discursif (policy framing) qui participe pleinement à la politisation se construit, à Koulikoro, mais aussi de plus en plus à Bamako, à partir de ce renforcement des liens entre experts et de cette mise en récit du FBP comme suite logique des orientations politiques nationales. On parle tout d'abord du FBP comme clé du renforcement de la décentralisation. C'est dans le cadre de cette mise en récit que les « dîners basés sur les résultats » à l'Hôtel Nord-Sud de Bamako sont organisés à partir des années 2010. Animées par l'expert hollandais et ses collègues maliens, ces rencontres visent à coacher les décideurs pour leur faire découvrir les divers atouts du FBP et insister sur les manières dont le FBP permet d'opérationnaliser l'objectif de décentralisation sanitaire. C'est à ce moment que l'expression et le montage du FBP « à la malienne » se développent, mettant en avant l'idée d'une réforme fondée sur l'expérience et l'expertise maliennes, et qui s'insère dans le paysage institutionnel de la décentralisation. Le partage des idées permet également une forte émulation politique parmi les participant·es à ces dîners, qui se voient investis d'un projet commun. Ce phénomène renforce le sentiment d'appartenance à une communauté d'experts prêts à promouvoir le FBP à la malienne. Les hauts fonctionnaires et experts convaincus de la pertinence du FBP ont ainsi une mise en récit puissante du FBP à laquelle ils peuvent se référer pour promouvoir cette réforme politique au plus

haut niveau. Certains d'entre eux deviennent ainsi de nouveaux entrepreneurs de diffusion. Ensuite, en 2015, le savoir explicite fait lui aussi l'objet d'une politisation : un rapport du projet pilote de FBP dans trois districts de la région de Koulikoro vient étayer la thèse d'une FBP efficace. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude scientifique (et que les conclusions aient été contestées dans une étude subséquente par Zombré et al., 2020), les conclusions de ce rapport sont utilisées à des fins politiques par les entrepreneurs de diffusion comme outil de démonstration de l'efficacité du FBP au Mali. Les promoteurs maliens du FBP se réfèrent à ce rapport quand ils affirment que le pilote de FBP a produit des effets considérables. C'est aussi ce rapport qui est utilisé par les décideurs pour s'engager dans la voie d'un deuxième pilote, à l'échelle de la région de Koulikoro (en 2016-2017).

L'apprentissage du FBP dépolitisé

En même temps, l'agenda d'apprentissage conçu par les entrepreneurs de diffusion participe également à la dépolitisation du savoir sur le FBP. S'inscrivant dans le paradigme du nouveau management public, les entrepreneurs de diffusion font le choix stratégique de promouvoir une solution politique technique et « pragmatique » au financement et à la gouvernance du système de santé. De la même manière qu'au Kenya, les entrepreneurs de diffusion s'engagent à « dépolitiser l'espace politique » afin de « rendre le processus plus technique que politique, obscurcissant ainsi les relations de pouvoir, les conflits et les choix » (Ouma et Adésinà, 2018).

Dès le départ, les expériences communes à Koulikoro mobilisent des échanges amicaux autour d'un langage très technique, comme « contractualisation », « plan de résultats », etc. Ce langage technique trouve son ancrage dans les théories économiques et managériales. De plus, dans les manuels de formation au FBP utilisés au Mali, les entrepreneurs de diffusion véhiculent la rhétorique économique orthodoxe (SinaHealth, 2019; Toonen et al., 2012) : la prestation de soins de santé y est considérée comme un produit de marché plutôt que comme un bien public. Au Mali, les acteurs politiques de haut niveau et les experts locaux ont adhéré à cette mise en récit technique du FBP. Toutefois, il est possible que cette adhésion soit due à un autre aspect. En effet, l'entrepreneur de diffusion hollandais principal s'est assuré de tenir compte du contexte malien, en

incorporant les caractéristiques systémiques de ce pays dans le projet de FBP « à la malienne », conçu en collaboration avec des experts maliens.

La Banque mondiale, enfin, intervient comme actrice centrale de la dépolitisation du processus d'apprentissage. Tout dans sa démarche – la sélection des indicateurs quantitatifs, la mise en avant du concept de séparation des fonctions, etc. – vise à démontrer que le FBP s'expérimente (à travers les pilotes) avant tout comme une solution pragmatique à la sous-utilisation des services de santé. Les experts africains mobilisé.es sur le terrain pour mettre en œuvre le pilote régional financé par la Banque mondiale ont intégré le discours de cet acteur et participent eux aussi à diffuser ce langage technicisé auprès de leurs homologues et partenaires maliens. Ils leur transmettent outils et techniques visant à améliorer la mise en œuvre du FBP dans la région. Ce savoir technique est fortement valorisé par la Banque mondiale et les autres entrepreneurs de diffusion, car il permet d'illustrer le transfert de compétences « entre expert.es africains » (Gautier, De Allegri, et al., 2020). Cette dépolitisation revêt donc, paradoxalement, un enjeu politique.

Politiser un savoir dépolitisé ?

Le paradoxe de la diffusion du FBP au Mali (et ailleurs) réside dans le fait que les processus font coexister politisation et dépolitisation, comme dans Guilbaud (2017). Si l'expertise locale et le savoir (tacite et explicite) sur le FBP sont mobilisés à des fins de plaidoyer politique, les contenus de ce savoir font en revanche l'objet d'une forte dépolitisation.

La subtilité de cette double démarche réside dans son pouvoir émancipateur. La forte politisation qui intervient dans la fabrique du FBP (à travers la valorisation des experts), ainsi que l'apprentissage dépolitisé ne sont pas seulement l'œuvre des entrepreneurs de diffusion (ED) « du Nord » : les experts africains, qui deviennent eux-mêmes des ED avec le temps, jouent un rôle actif dans le processus. En d'autres termes, ils ne sont pas simplement « mobilisés », mais se mobilisent eux-mêmes, car ils ont en effet tout à y gagner : une meilleure reconnaissance de leurs compétences techniques (pointues en matière de financement de la santé) et la perspective d'opportunités de carrière intéressantes (Gautier, De Allegri, et al., 2020). Ainsi, pour ces experts locaux, l'acquisition d'un savoir technique (dépolitisé) leur confère une crédibilité qui contribue à renforcer

leurs expertise et discours dans la fabrique d'une politique de FBP qui se veut adaptée au contexte malien. La dépolitisation sert alors à renforcer la mise en récit politisée et, finalement, participe à la diffusion du FBP. Reste à savoir, toutefois, dans quelle mesure ces savoirs tacites et explicites font l'objet d'une capitalisation institutionnelle – dépassant le simple transfert entre individus devenus ED – permettant effectivement cette diffusion. En effet, ces ED sont susceptibles de changer de poste. Le risque de « perte de l'expertise » sur le FBP est donc important.

Discussion et conclusion

Nous avons vu qu'informer des décisions politiques est très différent d'informer des décisions cliniques (Cairney et Oliver, 2017) : ces trois études de cas nous permettent d'observer que nous sommes loin des connaissances explicites comme vectrices de neutralité, de transparence et de redevabilité pour la prise de décision politique. Ainsi, il semble nécessaire d'aller plus loin dans la réflexion de l'utilisation des connaissances explicites pour les décisions politiques, à l'instar de certain·es auteur·rices (Oliver et al., 2014 ; Oliver et Cairney, 2019).

Tout d'abord, nous avons observé une très faible place des connaissances issues de la recherche. Dans les trois cas présentés, les connaissances explicites concernent plutôt les rapports, les évaluations, les documents de travail et les études qui ne font pas l'objet des critères de rigueur scientifique, et qui sont commandités par différentes organisations. Selon certain·es acteur·rices, ce phénomène serait lié au « manque de capacités de recherche » dans les pays dits du Sud, qui ne permettrait pas de créer des connaissances de qualité et adaptées à ces contextes (Behague et al., 2009; Li et al., 2017). Ainsi, dans un contexte institutionnel fragmenté, avec des acteur·rices internationaux·ales très présent·es et un besoin d'études toujours plus important pour appuyer les décisions, ce sont les consultant·es qui, en leur nom ou engagés par des organisations internationales, créent les connaissances qui semblent les plus utiles ou accessibles pour l'action politique. L'étude de cas du Niger permet d'ailleurs d'observer une confusion des rôles entre les acteur·rices de l'action politique et les producteur·rices de connaissances, mais aussi entre scientifiques et consultant·es. Ainsi, la réalité sociale politique et l'évolution du milieu scientifique qui tend vers une marchandisation des connaissances amènent à penser que les recherches sur

l'utilisation des données probantes devraient prendre en compte la prédominance des autres catégories de connaissances explicites pour les acteur·rices politiques.

En deuxième lieu, il semble que les formes tacites et explicites du savoir ne s'excluent pas, contrairement aux prescriptions du mouvement d'information des politiques par les données probantes. En effet, au Burkina Faso, par exemple, ce sont les connaissances explicites issues d'études sur la mise en œuvre des programmes sociaux gouvernementaux, des données statistiques nationales, des rapports sur les expériences d'autres pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, des rapports et documents de travail des institutions internationales qui ont été considérés. Cependant, des jugements et appréhensions (savoir tacite sur le contexte du pays) des décideur·ses nationaux·ales ont parfois orienté le tri des connaissances explicites pour soutenir la politique et choisir celles qui permettent le mieux d'aller vers une paix sociale. Au Niger, si une difficile capitalisation institutionnelle des connaissances explicites a été observée, une transmission des connaissances issues de la recherche grâce à des collaborations tacites et informelles entre les scientifiques et les décideurs existe au quotidien. Au Mali, ce phénomène a également été observé, les connaissances tacites sur le FBP permettant d'avoir un effet « rassembleur », et le savoir explicite servant à légitimer le FBP dans les discours. Le tacite et l'explicite s'entremêlent dans le processus d'information des politiques. Toutefois, la frontière entre le tacite et la politisation, comme nous l'avons vu dans l'exemple des entrepreneurs de diffusion au Mali, est mince (Gautier et al., 2019). L'objectif souhaité serait moins d'utiliser des connaissances explicites que de considérer cette pratique comme un moyen, et non une fin, qui permettrait de respecter un processus d'équilibrage des pouvoirs et de transparence (Oliver et Pearce, 2017; Parkhurst, 2017). Un autre enjeu essentiel ressort de ce débat sur l'utilisation des connaissances tacites et explicites : l'opportunité manquée de leur institutionnalisation. En effet, si le savoir est effectivement partagé entre individus influents (y compris décideurs), mais que ceux-ci ne restent pas en poste (le roulement de personnels au niveau des ministères étant particulièrement important), il paraît difficile d'inscrire durablement les idées portées au niveau de l'agenda politique, et donc d'influencer de façon effective l'action publique. C'est aussi pour ces raisons que les trois études de cas ne révèlent pas de succès probant sur l'utilisation effective des connaissances explicites dans la décision politique finale. Dans les ministères, la mise en place de mécanismes institutionnalisés de transfert de compétences (savoir tacite) et de connaissances explicites est essentielle.

Pour terminer, des craintes sont exprimées par rapport à la portée d'un mouvement international tel que le *evidence-informed policy making*. Pour certains acteur·rices, cela pourrait favoriser l'instrumentalisation de l'utilisation de connaissances issues de la recherche (Behague et al., 2009; Shroff et al., 2015), notamment dans « l'arène » du développement (Olivier de Sardan, 1995). Les acteur·rices, qu'ils·elles soient nationaux·ales ou internationaux·ales, sont porteur·rices d'orientations et de stratégies propres, et la production de connaissances explicites ne pourrait en être qu'une manifestation, plutôt qu'une neutralisation ou une dépolitisation des enjeux de pouvoir (Dalglish et al., 2017). Pour certains auteur·rices, au lieu de s'attaquer aux inégales répartitions de revenus, de pouvoirs, de biens et de ressources au niveau global, ce mouvement introduit un nouvel ordre épistémique et normatif dans les politiques nationales (Behague et al., 2009; Engebretsen et Heggen, 2015; Lee, 2015; Shiffman, 2014). Cet ordre reflétant les orientations données par des organisations majoritairement issues ou constituées d'acteur·rices des États-Unis, du Canada et d'Europe (Global Health 50/50, 2020). Bien que nous ayons observé une certaine instrumentalisation des connaissances, tacites ou explicites, nos analyses permettent d'aller plus loin que la dichotomie « Nord-Sud », ou « en développement/développés ». En effet, elles mettent en avant des réseaux internationaux constitués d'acteur·rices pour qui la production et l'utilisation des connaissances sont bien plus que des processus visant à orienter de façon technocratique des politiques publiques.

Références bibliographiques

Albert M. N., Avenier M. J. (2011), « Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens », *Recherches qualitatives*, vol. 30, n° 2, p. 22-47.

Ardoino, J. (2000), « Les postures (ou impostures) respectives du scientifique, de l'expert et du consultant ». In Ardoino J., *Les Avatars de l'éducation: Problématiques et notions en devenir*, Paris, Presses Universitaires de France.

Behague D., Tawiah C., Rosato M., Some T., Morrison J. (2009), « Evidence-based Policy-making : The Implications of Globally-applicable Research for Context-specific Problem-solving in Developing Countries », *Social Science & Medicine*, vol. 69, n° 10, p. 1539-1546.

Béland D. (2016), « Ideas and Institutions in Social Policy Research », *Social Policy & Administration*, 50(6), p. 734-750.

Béland D., Cox R. H. (2011), *Ideas and Politics in Social Science Research Oxford*, Oxford (England), Oxford University Press.

Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982), « The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings », *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591–622.

Cairney P., Oliver K. (2017), « Evidence-based Policymaking is not like Evidence-based Medicine, so how far should you go to Bridge the Divide between Evidence and Policy ? », *Health Research Policy and Systems*, vol. 15, p. 35.

Connell N. D., Klein J. H., Powell P. L. (2003), « It's Tacit Knowledge but not as we Know it : Redirecting the Search for Knowledge », *Journal of the Operational Research Society*, vol. 54, n° 2, p. 140-152.

Coulibaly A., Gautier L., Touré L., Ridde V. (2020), « Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? », *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, vol. 12, n° 12.1.

Dalglish S. L., Rodriguez D.C., Harouna A., Surkan P. J. (2017), « Knowledge and Power in Policy-making for Child Survival in Niger », *Social Science & Medicine*, p. 150-157.

Eboko F. (2015), *Repenser l'action publique en Afrique, du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala.

Engebretsen E., Heggen K. (2015), « Powerful Concepts in Global Health Comment on “Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health” », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 4, n° 2, p. 115-117.

Fricker M. (2007), *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*, Oxford (England), Oxford University Press.

Gautier L., Coulibaly A., De Allegri M., Ridde V. (2019a), « From Amsterdam to Bamako : a Qualitative case Study on diffusion Entrepreneurs' Contribution to Performance-based Financing Propagation in Mali », *Health Policy and Planning*, vol. 34, n° 9, p. 656-666.

Gautier L., De Allegri M., Ridde V. (2019b), « How is the Discourse of Performance-based Financing Shaped at the Global Level ? A Poststructural Analysis », *Globalization and Health*, vol. 15, n° 1, p. 6.

Gautier L., De Allegri M., Ridde V. (2020), « Transnational Networks' Contribution to Health Policy Diffusion : A Mixed Method Study of the Performance-Based Financing Community of Practice in Africa », *International Journal of Health Policy and Management*, p. 1-14.

Gautier L., Ridde V. (2018a), « Did the Learning Agenda of the World Bank-administrated Health Results Innovation Trust Fund Shape Politicised Evidence on Performance-based Financing ? A Documentary Analysis », *Sociedade e Cultura*, vol. 21, n° 2, p. 27-53.

Gautier L., Tosun J., De Allegri M., Ridde V. (2018b), « How do Diffusion Entrepreneurs Spread Policies ? Insights from Performance-based Financing in Sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 110, p. 160-175.

Global Health 50/50 (2020), *Power, Privilege and Priorities*, London.

Guilbaud A. (2017), « Transferts et continuités de la politisation à l'Organisation mondiale de la santé : le cas des substituts du lait maternel/Transfers and Continuities in the Politicization of the World Health Organization : The Case of Breast-Milk Substitutes », *Critique internationale*, n° 76, p. 101-119.

Hackett E. J., Amsterdamska O., Lynch, M., Wajcman J. (2008), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge (Massachusetts), London (England), MIT Press.

Hall PA. (1993), « Policy Paradigms, Social Learning, and the State : The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, vol. 25, n° 3, p. 275-296.

Jessani N., Kennedy C., Bennett S. (2016), « The Human Capital of Knowledge Brokers : An Analysis of Attributes, Capacities and Skills of Academic Teaching and Research Faculty at Kenyan Schools of Public Health », *Health Research Policy and Systems*, vol. 14, n° 1, p. 58.

Jobert B., Muller P. (1988), « L'État en action. Politiques publiques et corporatismes », *Revue française de science politique*, vol. 38, n° 3, p. 433-435.

Kadio K. (2019), « Politique publique de protection sociale au Burkina Faso : vers une compréhension des logiques des acteur·rices de la mise en forme et de la mise en œuvre », Doctorat en sciences humaines appliquées sous la direction de Christian Dagenais et Valéry Ridde, Montréal, Université de Montréal.

Kadio K., Dagenais C., Ridde V. (2018a), « Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso : contexte d'émergence et stratégies des acteur·rices », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, p. 63-84.

Kadio K., Dagenais C., Ridde V. (2018b), « De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale : un cas de "non-design" au Burkina Faso », *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 10.1, p. 1-22.

Kadio K., Ouedraogo A., Kafando Y., Ridde V. (2017), « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso », *Sciences sociales et santé*, vol. 35(2), p. 43-68.

Kelley A., Sieleunou I., Gashubije L., Hounye H. F., Samake A. M., Mayaka S., Samba M. (2014), « Une vue d'hélicoptère : Cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone », Rapport de la communauté de pratique Accès financier aux services de Santé et communauté de pratique financement basé sur la performance.

Latour B. (2005), *La science en action : Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte.

Lavis J., Oxman AD., Lewin S., Fretheim A. (2009). « SUPPORT Tools for Evidence-informed Health Policymaking (STP) », *Health Research Policy and Systems*, 7(9).

Lee K. (2015), « Revealing Power in Truth », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 4, n° 4, p. 257-259.

Li R., Ruiz F. C., Culyer A. J., Chalkidou K., Hofman K. J. (2017), « Evidence-informed Capacity Building for Setting Health Priorities in low- and middle-income Countries : A Framework and Recommendations for Further Research », *F1000Research*, vol. 6, p. 231.

Lipsky M. (1980), *Street-Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation.

Lohmann J. (2019), « The Effects of Performance-Based Financing on Health Worker Motivation : A Mixed Methods Study in Malawi and Burkina Faso », Doctorat en sciences humaines, sous la direction de De Allegri M., Heidelberg, University of Heidelberg.

Mc Sween-Cadieux E. (2019), « Évaluation de stratégies de transfert de connaissances mises en œuvre dans le cadre du programme Équité-Santé au Burkina Faso », Doctorat en psychologie communautaire et santé mondiale, sous la direction de Christian Dagenais et Valéry Ridde, Montréal, Université de Montréal.

Mc Sween-Cadieux E., Dagenais C., Ridde V. (2018), « A Deliberative Dialogue as a Knowledge Translation Strategy on Road Traffic Injuries in Burkina Faso : a Mixed-method Evaluation », *Health Research Policy and Systems*, vol. 16, n° 1, p. 113.

Merrien F. X., (2013), « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 5,1, p. 68-88.

Ministère de la Santé publique du Niger (2016), « Plan de développement sanitaire (PDS) 2017-2021 », Niamey.

Muller P., (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 189-208.

Nay O. (2014), « International Organisations and the Production of Hegemonic Knowledge : How the World Bank and the OECD Helped Invent the Fragile State Concept », *Third World Quarterly*, vol. 35, n° 2, p. 210-231.

Oliver K., Cairney P. (2019), « The Dos and Don'ts of Influencing Policy : a Systematic Review of Advice to Academics », *Palgrave Communications*, vol. 5, n° 1, p. 21.

Oliver K., Lorenc T., Innvær S. (2014), « New Directions in Evidence-based Policy Research : a Critical Analysis of the Literature », *Health Research Policy and Systems*, vol. 12, p. 34.

Oliver K., Pearce W. (2017), « Three Lessons from Evidence-based Medicine and Policy : Increase Transparency, Balance Inputs and Understand Power », *Palgrave Communications*, vol. 3, n° 1.

Olivier De Sardan J.-P. (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, collection « Hommes et sociétés ».

Olivier de Sardan J.-P. (2011), « Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du LASDEL (Niger-Bénin) », *Cahiers d'Études africaine*, p. 511-528.

Olivier de Sardan J.-P., Diarra A., Moha M. (2017), « Travelling Models and the Challenge of Pragmatic Contexts and Practical Norms : the Case of Maternal Health », *Health Research Policy and Systems*, vol. 15, n° 1, p. 60.

Olivier de Sardan J.-P., Ridde V. (2014), *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, collection « Hommes et sociétés ».

Olivier de Sardan J.-P., Ridde V. (2015), « Public Policies and Health Systems in Sahelian Africa : Theoretical Context and Empirical Specificity », *BMC Health Service Research*, 15(3).

Orton L., Lloyd-Williams F., Taylor-Robinson D., O'Flaherty M., Capewell S. (2011), « The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes : Systematic Review », *PLoS ONE*, vol. 6, n° 7, p. e21704.

Ouma M., Adésinà J. (2018), « Solutions, Exclusion and Influence : Exploring Power Relations in the Adoption of Social Protection Policies in Kenya », *Critical Social Policy*.

Ousseini A. (2011), « Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans », Niamey, Rapport réalisé pour le LASDEL.

Ousseini A., Kafando Y. (2012), « La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité », *Afrique contemporaine*, vol. n° 243, n° 3, p. 65-76.

Parkhurst J. O. (2017), *The Politics of Evidence : from Evidence-based Policy to the Good Governance of Evidence*, New York, Routledge.

Parkhurst J. O. (2012), « Framing, Ideology and Evidence : Uganda's HIV Success and the Development of PEPFAR's 'ABC' policy for HIV Prevention », *Evidence & Policy : A Journal of Research, Debate and Practice*, 8(1), p. 17-36.

Parsons C. (2002), « Showing Ideas as Causes : the Origins of the European Union », *International organization*, 56(1), p. 47-84.

Reveillon M., Behrendt A. (2018), *Évaluation In itinere de l'initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)*, Paris, Agence française de développement (AFD).

Ridde V., Dagenais C. (2017), « Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant des ateliers délibératifs pour soutenir les politiques publiques fondées sur des données probantes en Afrique ? » Traduction de l'article paru dans *BMJ Global health* : 10.1136/bmjgh-2017-000432

Ridde V., Dagenais C., Boileau M. (2013), « Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique », *Santé publique*, vol. 25, n° 2.

Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S. (1996), « Evidence Based Medicine : what it is and what it isn't », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 312, n° 7023, p. 71-72.

Sengupta P. (2020), « Open Access Publication : Academic Colonialism or Knowledge Philanthropy ? », *Geoforum*.

Shiffman J. (2014), « Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 3, n° 6, p. 297-299.

Shroff Z., Aulakh B., Gilson L., Agyepong I. A., El-Jardali F., Ghaffar A. (2015), « Incorporating Research Evidence into Decision-making Processes : Researcher and Decision-maker Perceptions

from Five low- and middle-income Countries », *Health Research Policy and Systems*, vol. 13, n° 70.

SinaHealth (2019), « Performance-based Financing in Action : Theory and Instruments », Course Guide with 17 modules, SINA Health.

Souley I. H., Mc Sween-Cadieux E., Moha M., Calvès A. E., Ridde V. (2017), « Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur », *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, vol. 2, n° 2.

Straus SE., Tetroe J., Graham ID., Zwarenstein M., Bhattacharyya O., Shepperd S., (2010), « Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, n° 2, p. E94-E98.

Sutcliffe S., Court J. (2005), *Evidence-Based Policymaking : What is it ? How does it work ? What relevance for developing countries ?*, London, Department of international development of United Kingdom (DFID).

Tidjani Alou M. (2008), « Savoir scientifique, enjeux sociaux et action publique », Actes du forum universitaire régional : Famille et droits de l'homme en Afrique de l'ouest francophone, Ouagadougou.

Toonen J., Lodenstein E., Coolen A., Wal B., Ambadire R., Guribie N., Boateng A., Koné B., Dramame D., Ballo K. (2012), *Results-Based Financing in Healthcare. Developing an RBF Approach for Healthcare in Different Contexts : the Cases of Mali and Ghana*, Amsterdam, KIT Publishers.

Zombré D, De Allegri M, Ridde V. *No effects of pilot performance-based intervention implementation and withdrawal on the coverage of maternal and child health services in the Koulikoro region, Mali: an interrupted time series analysis*. *Health Policy Plan*. 2020 May 1;35(4):379-387.

1.2 Le « K* » en santé mondiale : une opportunité pour repenser la justice sociale

La première partie de ce chapitre nous a permis d'observer deux principales conclusions : i) le phénomène de marchandisation des connaissances entraîne une forte augmentation de connaissances issues de l'expertise pour les décisions politiques, ii) les connaissances explicites (dont celles issues de l'expertise et scientifiques) ne sont pas forcément neutres ou objectives et peuvent refléter ou appuyer des stratégies d'acteur·rices décidées en amont. Alors que les recommandations habituelles au niveau international mettent l'accent sur les stratégies de renforcement des capacités à tout niveau pour améliorer les liens entre connaissances-pratiques-politiques (que nous évoquons par K*), nous pensons qu'une approche en santé mondiale peut permettre d'opter pour une approche plus critique. Dans un premier temps, nous définissons le concept de départ de cette thèse qui est celui de connaissance et les différents courants de recherche sur les liens entre connaissances-pratiques-politiques. Dans un deuxième temps, nous expliquerons notre perspective qui est la santé mondiale peut être un moyen de comprendre l'influence des déterminants structurels dans le K*.

1.2.1 Un point sur une définition : le concept de connaissances

La hiérarchie ou pyramide « données-informations-connaissances-savoirs » (*data-information-knowledge-wisdom/sagesse*) est souvent utilisée pour définir chacun des termes et observer le processus de transformation pour passer de l'un à l'autre (figure 1) (Rowley, 2007). Les données sont des descriptions élémentaires des choses, des événements ou des activités, non organisées, et sans signification particulière, car non dépendantes d'un contexte. Les informations sont des données auxquelles on a donné du sens et de la pertinence avec un contexte, qui sont devenues utiles pour les êtres humains. Les connaissances englobent un champ plus large que les informations. Elles émanent d'une construction, et impliquent une prise de recul des informations par un mélange de compréhension, de compétences et de valeurs (Bouhedi, 2017). Les savoirs sont le résultat d'une accumulation de connaissances qui permet de comprendre comment appliquer les

concepts d'une situation à une nouvelle, ils constituent le plus haut niveau d'appropriation et d'abstraction, mais la littérature à ce sujet reste peu développée (Rowley, 2007). Les données sont les matières premières des informations qui sont les matières premières des connaissances qui constituent le niveau de mise en action des informations (Connell et al., 2003). Nous choisissons ainsi la notion de connaissance par rapport au lien qu'elle possède avec l'action. Dans une perspective pragmatique, une connaissance peut être définie comme « une croyance personnelle justifiée qui augmente la capacité individuelle à réaliser des actions effectives » (Connell et al. 2003 : 140, Traduction libre).

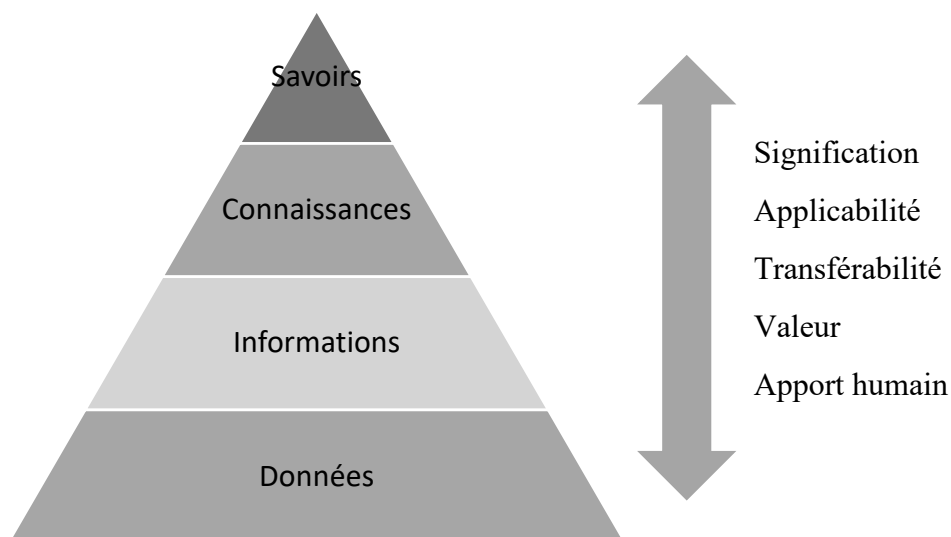


Figure 1. - La pyramide données-informations-connaissances-savoirs (adapté de Rowley, 2007)

Nous nous intéressons ainsi à l'ensemble des dimensions du concept de connaissances : le type de connaissances (explicites, tacites), leur fonction (type d'utilisation), les activités (production, valorisation, utilisation), le niveau d'appropriation (connaissances individuelles, mécanismes collectifs tels que les paradigmes) (Connell et al., 2003; Ebener et al., 2006; Sugiyama & Meyer, 2008) et leur rôle dans les liens entre connaissances-pratiques-politiques.

1.2.2 Le « K* » : lier les connaissances, les pratiques et/ou les politiques

Il existe beaucoup de termes et d'expressions pour exprimer des processus ou des dispositifs visant à faire le lien entre les connaissances et les pratiques et/ou les politiques.

En premier lieu, il existe le champ de recherche concernant les activités de transfert des connaissances (*knowledge transfer*), application des connaissances (*knowledge translation*), échange de connaissances (*knowledge exchange*), mobilisation des connaissances (*knowledge mobilisation*), du courtage des connaissances (*knowledge brokering*). En dépit de différences relevant des spécificités de chaque stratégie, cette dispersion des termes peut parfois occasionner des confusions et rendre difficile la mise en commun des savoirs acquis par la communauté de parties prenantes se préoccupant des liens connaissances-pratiques-politiques. Des auteur·rices, à partir de l'analyse des participations à un forum en ligne sur le courtage en connaissances, ont proposé de rassembler les activités sous le terme « K* », car leurs fonctions sont généralement non excluantes et la frontière entre chacune des activités peut être floue (Shaxson & Bielak, 2012). Par exemple, il peut être difficile de voir la différence entre les dispositifs ou les acteur·rices participant à l'échange ou à la mobilisation des connaissances. Plusieurs fonctions ont été définies comme plus ou moins importantes dans chacune des activités : informer, relier (les producteurs et les utilisateurs), mettre en relation, engager, collaborer, construire des capacités. Ces fonctions se trouvent sur un continuum décrivant les différentes variantes du K* qui peut aller de la dissémination linéaire des connaissances à leur co-construction avec les parties prenantes. Ce continuum permet également d'observer plusieurs niveaux d'engagement des fonctions puisqu'elles peuvent aller de la simple information au niveau individuel, au changement organisationnel en provoquant des interactions et favorisant les relations, et au changement systémique qui implique une modification des capacités (figure 2).

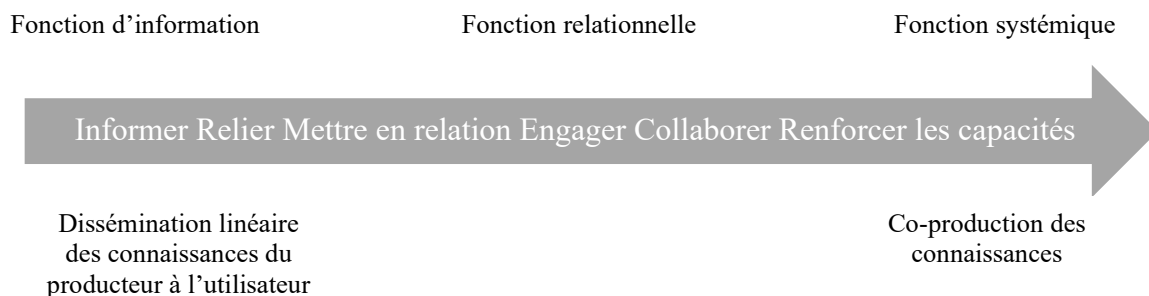


Figure 2. - Le continuum K* (adapté de Shaxson et Bielak et al. (2012))

Ces activités sont de plus en plus tournées vers des méthodes innovantes pour favoriser la co-production des connaissances plutôt que la dissémination linéaire. Certains scientifiques ont par exemple mis en œuvre et analysé les effets de nouveaux outils tels que les dialogues ou les ateliers délibératifs (Mc Sween-Cadieux et al., 2018; Ridde & Dagenais, 2017b) ou encore le transfert de connaissance intégré (Plamondon & Pemberton, 2019).

Il existe un deuxième champ lexical, d'avantage utilisé en Europe (alors que le K* est plutôt utilisé au Canada) qui concerne l'utilisation des connaissances (*knowledge use*), l'assimilation des connaissances (*knowledge uptake*), la dissémination (*dissemination*) et la diffusion (*diffusion*) des connaissances (Khoddam et al., 2014). Il apparaît que ces expressions sont souvent utilisées de façon interchangeable avec le K*, car elles reflètent les mêmes préoccupations et notamment le « concept du passage de la connaissance à l'action » (Graham et al., 2006 : 1, Traduction libre). Par exemple, les différents modèles du transfert de connaissances, les modèles « aller vers (push) », « à la demande de (pull) » et « interactif (exchange) » rappellent la typologie de Weiss (1979) qui identifiait trois modèles d'utilisation de la recherche : le premier basé sur les connaissances, le second la résolution de problèmes et le troisième sur l'interaction.

En troisième lieu, il existe tout un champ de recherche sur les pratiques ou des politiques basées ou informées par les données probantes (*evidence-based medicine, evidence-based policy making, evidence-informed policy making*). La majorité des auteur.rices dans ce champ ont commencé par utiliser la théorie des « deux communautés », c'est-à-dire la vision de deux systèmes institutionnels (la politique et la recherche) aux valeurs, comportements, langages et cultures différentes pour lesquels il faut combler l'écart (Caplan, 1979; Oliver et coll., 2014). Des recherches ont mis en

perspective les barrières et les facilitateurs de l'utilisation des données probantes par les décideurs politiques (El-Jardali et coll., 2012 ; Uneke et coll., 2012 ; Waqa et coll., 2013) : le besoin de contacts et de collaborations continues, une meilleure organisation et davantage de ressources adaptées (accessibilité de la recherche, coûts, etc.), la facilitation de la dissémination des recherches (clarté des résultats, pertinence, etc.) et la nécessité de politiques compétentes et soutenant·es (Oliver et coll., 2014). Il est recommandé aux scientifiques d'aller plus en profondeur dans l'analyse politique pour trouver comment favoriser l'utilisation des données probantes (Oliver et coll., 2014; Yamey & Feachem, 2011), de déconstruire la « boîte noire de la mise en œuvre » des politiques (Yamey & Feachem, 2011), et de développer des ateliers de travail avec les parties prenantes de façon plus systématique (Mbonye & Magnussen, 2013). En 2015, une analyse a été réalisée sur les cinq pays ciblés par le programme « Sponsoriser les processus nationaux pour une politique basée sur les preuves » (*Sponsoring National Processes for Evidence-Informed Policy*) soutenu par l'Alliance pour la recherche sur les systèmes et la politique de santé (Shroff et coll., 2015). Les auteur·rices suggèrent que les actions ciblées sur la transmission des résultats ou le transfert des connaissances issues de la recherche aux décideurs politiques sont nécessaires, mais insuffisants. Ils·elles expliquent la vision systémique de l'action politique informée par les données probantes où l'ensemble de toutes les composantes (caractéristiques des politiques, des recherches, transfert de connaissances, etc.) peut être de façon positive ou négative plus importante que la somme de ces dernières. L'importance des plateformes de transfert des connaissances est une des pistes les plus encouragées pour aborder cette approche systémique (Berman et al., 2015; Ongolo-Zogo et al., 2015) afin de favoriser les mécanismes globaux pour la recherche intégrée et l'intégration systématique des activités de création des connaissances dans le système de santé (Shroff et coll., 2015).

Que ce soit dans le cadre du premier, deuxième ou troisième champ de recherche décrit ci-dessus, les préoccupations sont principalement tournées vers le besoin d'une vision commune pour mutualiser les efforts et favoriser les échanges entre les différents secteurs. C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse, nous parlons de « K* » comme l'ensemble des activités visant à améliorer les liens entre connaissances-pratiques-politiques et intégrons les préoccupations des trois champs de recherche mentionnés.

1.2.3 Le K* en santé mondiale : de l'étude des déterminants à celle des injustices structurelles

1.2.3.1 Santé coloniale, tropicale et internationale : de l'humiliation à l'assistance

La préoccupation de la santé à un niveau mondial a été marquée par plusieurs tournants de l'histoire contemporaine. Elle est tout d'abord née à travers les premières colonisations. La « santé coloniale » visait à maintenir la bonne santé des agents coloniaux dans les centres urbains des colonies. Elle avait aussi pour objectif une « mission civilisatrice » qui s'appuyait sur des idées profondément humiliantes puisque les populations sur place étaient considérées comme les principales vectrices des maladies (Birn et al., 2017). La médicalisation et la gestion radicalisée des soins se sont développées dans une idéologie d'infériorisation et de purification. La médecine et la santé publique ont été des éléments majeurs pour légitimer la colonisation. Le terme « médecine tropicale » est apparu pour prendre en compte des maladies spécifiques dans les colonies. L'étude de ces maladies a donné lieu à beaucoup d'explications raciales. Par exemple, pour le paludisme, ce n'est que durant le XIXe siècle que la cause a été attribuée aux moustiques. De même, la maladie du sommeil, qui auparavant était attribuée à une mauvaise hygiène a trouvé son explication avec la découverte des maladies vectorielles. La santé coloniale et tropicale a donné lieu à des politiques paternalistes, arrogantes, coercitives et dangereuses (mettre les colons malades en camps de concentration, donner des médicaments peu efficaces et douloureux, expérimenter sur des sujets captifs) (Peiretti-Courtis, 2021). Ce modèle s'est principalement appuyé sur une approche centrée sur l'hôpital, et des médecins spécifiquement formés pour faire face aux maladies tropicales (Farmer et al., 2013).

La santé « internationale » est apparue au milieu du XXe siècle. L'objectif était d'ancrer les interventions sanitaires dans un contexte plus large de politiques et systèmes de santé. En 1978, la déclaration d'Alma-Ata promeut non seulement une approche directe des enjeux sanitaires (campagnes de vaccination, médicaments, etc.), mais elle met aussi en avant les déterminants sociaux de la santé. Elle encourage les démarches multisectorielles, l'intégration des politiques dans une approche globale, et le renforcement de l'accessibilité des soins de santé primaires pour tous. La coopération internationale sanitaire s'est professionnalisée, avec l'apparition des

organisations internationales, la création de programmes visant à améliorer les systèmes de santé des pays dits « en développement », et la création de fonds dédiés « d'aide au développement » (Farmer et al., 2013; Birn et al., 2017). Les approches biomédicales sont toujours mises à l'honneur avec notamment les avancées en épidémiologie, qui sont devenues sources de soutiens institutionnels et techniques pour le développement de la santé internationale (Farmer et al., 2013).

1.2.3.2 La santé mondiale : vers plus de justice sociale ?

La notion de santé mondiale est apparue dès les années 1940 en tant que concept, mais c'est à partir des années 1990 qu'elle prend de l'ampleur et qu'elle est utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Macfarlane et al., 2008). Si la santé mondiale en tant que concept est difficile à définir (Ridde & Fillol, 2021), on peut néanmoins évoquer une définition utilisée de façon majoritaire : « [Il s'agit] d'un domaine d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et à l'équité en matière de santé pour tous les peuples du monde » (Koplan et al., 2009 : 1995, Traduction libre). La santé mondiale vise un changement de paradigme dans la mesure où la vision, les concepts, les stratégies de la santé mondiale ne sont plus ciblées sur les populations des pays à faibles et moyens revenus. Il est question de prendre en compte les conséquences de la mondialisation sur la santé de l'ensemble de la population du globe, indépendamment du territoire d'appartenance, la plupart du temps grâce à une coopération gouvernemental et transnational d'acteur·rices (Koplan et al., 2009; Macfarlane et al., 2008). En d'autres mots, cela traduit une volonté d'atteindre une meilleure justice sociale dans le monde, notamment par des actions sur les déterminants structurels de la santé qui sont des arrangements réalisés aux niveaux national et mondial concernant les stratégies politiques et économiques et les programmes sociaux, et qui participent à « la répartition inégale des ressources, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus » (OMS, 2009 : 1).

Toutefois, le changement voulu par le passage de la santé internationale à la santé mondiale semble connaître des difficultés, notamment à cause d'un manque d'harmonisation, une diversité grandissante d'intérêts économiques, politiques et financiers portés par de puissantes institutions et l'absence de prise en compte des déterminants structurels dans les interventions. En 1990, l'aide

au développement représentait environ 7 milliards US\$ alors qu'en 2019, elle représentait près de 40 milliards US\$ (Micah et al., 2021). Les différentes actrices se superposent et il est difficile d'avoir une vision claire des valeurs portées à travers les pratiques de la santé mondiale (Hoffman & Cole, 2018). Le terme « santé mondiale » souffre également d'un manque de consensus, non seulement à cause des nombreuses actrices et des différentes valeurs sous-jacentes, mais aussi parce qu'il est défini par les institutions d'Amérique du Nord (voire d'Europe) par rapport à leur travail dans ou avec d'autres pays dits à faibles et moyens revenus (Macfarlane et al., 2008). Officiellement, un consensus a été atteint lors de la réunion inaugurale du consortium en 2008 des Universités pour la santé mondiale, représentant principalement l'Université Johns Hopkins et l'Université de Washington (Consortium of Universities for Global Health, 2008). Durant ce consensus, les valeurs et principes constitutifs de la santé mondiale, c'est-à-dire la dynamique décoloniale, les questions qui font de la santé un domaine transnational comme les migrants ou les réfugiés, étaient absentes des discussions (Gautier et al., 2018).

1.2.3.3 Un tournant décolonial de la santé mondiale : les injustices naissent dans la partie immergée de l'iceberg

Le changement d'appellation n'implique pas forcément une modification des forces qui créent les phénomènes contre lesquels la santé mondiale voudrait lutter, c'est notamment le cas pour les injustices structurelles (Ijeoma, 2021). De nombreux appels sont lancés pour aborder un tournant décolonial de la santé mondiale (Abimbola, 2021; Abimbola et Pai, 2020; Affun-Adegbulu et Adegbulu, 2020; Gedela, 2021; Büyüm et al., 2020; Daftary et Viens, 2020) du fait de la constatation que les ressources épistémiques communes sont trop souvent le produit d'actrices hégémoniques. Les thèmes de recherche censés préoccuper le champ de la santé mondiale comme l'influence de la mondialisation sur les problèmes de santé ou l'internationalisation des risques et des modalités de réponses à ces problèmes ne représentent qu'une part infime des publications scientifiques dans ce domaine. En effet, la plupart du temps, les scientifiques étudient des maladies infectieuses ou la santé maternelle et infantile dans les pays à faibles revenus (Abdalla et al., 2020). Pourtant, la plupart des positions de pouvoir dans les organisations internationales ne sont pas occupées par des personnes de ces pays, mais majoritairement par des hommes originaires

d'Europe ou d'Amérique du Nord, anglophones (Global Health 50/50, 2020). Ces parties prenantes des pays à faibles revenus sont également peu représentées dans les conférences et les ateliers internationaux de santé mondiale (Velin et al., 2021) et très peu sont premiers auteur·rices dans les publications scientifiques (Abimbola, 2019). Même si leur nombre augmente dans les plus récentes publications, il s'agit parfois de pratiques « ajoute mon nom » (Aiyebilehin, 2021) pour répondre à des formalités éthiques, et cela n'empêche pas les discriminations directes ou indirectes dans les collaborations notamment lorsque les contextes historiques ont donné lieu à des situations de domination (Quashie, 2018, 2019).

Il est difficile de lutter contre les injustices lorsque la façon dont la lutte est pensée, formulée et mise en œuvre suit des arrangements injustes et pareissant « normaux ». Nous continuons d'observer des processus de domination, plus ou moins visibles, à travers les classiques structurations sociales comme le colonialisme, le sexisme, le racisme, le validisme et « autre - ismes » (Büyüm et al., 2020). Si les déterminants structurels de la santé conceptualisés par l'OMS ont marqué un certain tournant dans la recherche de justice sociale, la situation sociale inédite lors de la pandémie et les récents mouvements sociaux tels que « me too » ou « black lives matter » ont permis de mettre en lumière l'aspect structurel des injustices en rendant les débats largement portés par la société civile (Azria et al., 2020; Jaycox, 2016). Les déterminants qui guident les injustices dans le milieu académique en santé mondiale ou dans la gouvernance globale en santé sont les mêmes qui produisent les injustices en santé des populations (Ridde et al., 2019). Ils sont le résultat d'un système d'injustices structurelles et épistémiques qui créent les conditions des injustices en santé (Chung, 2021). Les liens entre les connaissances et le pouvoir ont depuis longtemps été démontrés par les scientifiques en sciences humaines et sociales, notamment par Foucault (Foucault, 1969, 1976a). C'est donc pour cela que nous souhaitons appréhender le K* à travers une perspective critique pour comprendre la manière dont il peut parfois reproduire des injustices du fait de son inscription dans un système injuste.

1.2.3.4 Des mots à la mode à la compréhension globale des enjeux sociaux des connaissances

Le champ de la santé mondiale est fondé sur les principes suivants : la considération de la santé comme un droit humain, l'équité en santé et la justice sociale, la solidarité, la santé publique

informée par les données probantes, la gouvernance participative, inclusive et basée sur les partenariats, la nature résiliente des systèmes de santé (Haring et al., 2021). Le postulat de cette thèse est que ces principes, s'ils sont souhaités par une grande majorité des parties prenantes en santé mondiale, se heurtent à des déterminants qui ne sont pas toujours visibles, mais qui influencent les pratiques. Par exemple, l'équité dans la mise en œuvre de la CSU ne semble être souvent utilisée que de façon instrumentale dans les documents officiels, sans qu'il y ait un réel questionnement sur le sens qui lui est donné et la meilleure manière de l'atteindre (Paul et al., 2019). L'absence de la question de l'équité est d'ailleurs une problématique récurrente dans la mise en œuvre des politiques (Ridde, 2008). Dans le secteur de la santé mondiale et du « développement » (qui est encore une source de financement pour de nombreux scientifiques en santé mondiale), il existe de nombreuses normes représentées par des mots « à la mode », censés traduire une bonne gouvernance, dont le K* et le renforcement des capacités font partie. Ces mots ont tendance à dépasser leur seule définition d'origine et à signifier un ensemble de pratiques considérées comme bienfaitantes (Cornwall & Brock, 2005). La seule mention de ces mots est indispensable pour justifier d'une démarche éthique, mais elle peut se révéler vide de sens si elle n'est pas accompagnée d'une interrogation sur les valeurs guidant la démarche. Par exemple, au Niger, il a été montré que les références scientifiques des décideurs politiques dans le cadre du programme de soins intégrés communautaires pour les enfants concernaient moins les recherches d'un laboratoire local et en langue française (Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL)) que les études du Lancet, dont les résumés sont traduits par les organisations internationales (Dalglish et al., 2017). Dans ce cas, l'objectif d'utiliser des données probantes est effectivement rempli, mais il n'est pas certain que cela a donné lieu à un processus favorisant la justice sociale. Des scientifiques ont également émis des craintes par rapport à une instrumentalisation du processus d'action politique influencée par les données probantes qui ne ferait que masquer les rapports de pouvoir entre le global et le local sans remettre en cause les structures créant les injustices sociales (Behague et al., 2009; Shroff et al., 2015). Il est extrêmement difficile de critiquer ces normes ou d'explorer des solutions dissidentes dans la mesure où ces mots renvoient à l'idée de bien-être collectif (Cornwall & Brock, 2005; Engebretsen & Heggen, 2015). Ils renvoient une image positive de ce qui se passe dans la gouvernance de la santé mondiale et du développement. Ce sont « des termes qui font se sentir bien (feel-good terms) » comme l'expliquent Cornwall et Brock (2005 : 6, Traduction libre), qui

permettent d'assurer et d'auto-assurer la légitimité d'intervenir dans les vies d'autres personnes au nom de l'intérêt commun. Pourtant, ces termes sont politisés et ne reflètent pas des pratiques neutres (Gautier et al., 2018; Suárez-Herrera & Blain, 2012), notamment du fait de la proximité culturelle et sociale des scientifiques et des bailleurs de fonds, souvent situés dans les régions aux hauts revenus et formés dans des institutions aux intérêts communs (Hanefeld & Walt, 2015).

Nous souhaitons donc aborder l'étude du K* en poursuivant les travaux de certains auteur·rices (Oliver et al., 2014; Oliver & Pearce, 2017; Parkhurst, 2017), qui considèrent le K* comme un processus qui permettrait de respecter des principes comme la transparence ou la réflexion critique, et non pas un objectif ou une norme. L'approche que nous souhaitons développer du K* implique notamment de s'interroger sur les systèmes de production et d'utilisation des connaissances et de leur influence, voire leur participation à la reproduction des injustices, qui durent et perdurent dans la santé publique (Aïach, 2010, Chung 2021). La charte d'Ottawa et la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS de 2008 ont permis des avancées remarquables dans la prise de conscience des déterminants structurels de la santé. Mais les études restent souvent trop souvent axées sur le statut socio-économique sans prendre en compte l'hétérogénéité au sein des différents groupes et l'intersectionnalité des enjeux de pouvoir (Lapalme et al., 2020). Dans notre perspective, les déterminants structurels tels que définis par la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS n'interviennent pas seulement dans « les conditions de vie concrètes des individus » (OMS, 2009), elles définissent le fonctionnement plus global de la manière dont on s'organise pour les combattre.

Des scientifiques remettent de plus en plus en question les injustices structurelles qui influencent le champ de la santé mondiale et notamment le pouvoir matériel, normatif et épistémique de certaines institutions qui dirigent les pratiques (Shiffman, 2014). Cela montre une réelle volonté de modifier ce constat et de comprendre comment rendre « l'invisible visible » pour agir sur les injustices sociales en santé mondiale (Engebretsen & Heggen, 2015; Forman, 2015; Hanefeld & Walt, 2015; Shiffman, 2015).

Cette thèse a pour principal objectif de comprendre la manière dont les déterminants structurels influencent les systèmes de production et d'utilisation des connaissances en santé mondiale, et qui contribuent à reproduire des injustices sociales.

2 Chapitre 2 – État des connaissances

Afin de comprendre quelle approche et quels outils adopter pour étudier le système de production et d'utilisation des connaissances de façon à prendre en compte l'influence des déterminants structurels, notamment lorsque les connaissances sont produites et utilisées dans un contexte de mondialisation, nous avons réalisé une revue des écrits suivant une méthode systématique. Cette revue a pour objectif de recenser les différentes manières par lesquelles les scientifiques étudient les liens entre le concept de connaissance et le concept de gouvernance globale. Les deux concepts choisis sont volontairement très larges afin de pouvoir inclure des études n'utilisant pas les mêmes champs lexicaux et ainsi ouvrir à une réelle interdisciplinarité. Le concept de connaissance permet de prendre en compte toutes les dimensions de l'objet de connaissances (nature, activités, fonctions, appropriation). La notion de gouvernance globale vise à prendre en compte toutes les problématiques concernant les actions collectives à un niveau supranational et notamment l'influence des déterminants structurels.

2.1 Article 2A. Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action : une revue de la portée interdisciplinaire des écrits

Amandine Fillol, Valéry Ridde

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est publié dans la Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances.

Référence complète :

Fillol, A.^{ab}, Ridde V.^b (2020). Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action : une revue de la portée interdisciplinaire des écrits. Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances, 4(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.2.15>

^aDépartement de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Canada

^bCentre population et développement, Institut de recherche pour le développement, Université Sorbonne Paris Cité, ERL INSERM SAGESUD, Paris, France

Disponible en ligne sur : <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/view/15>

Contribution des auteur·rices: L'idée de l'article a été émise par Amandine Fillol et proposée au co-auteur. La méthode de la revue des écrits a été élaborée par Amandine Fillol aidée par Julie Desnoyers (professionnelle de l'information au sein de l'équipe Renard : www.equiperenard.org). Le plan d'analyse a été réalisé par Amandine Fillol sous la supervision de Valéry Ridde. Les choix durant la récolte des données et leur extraction ont été réalisés par les deux auteur·rices. La première version de l'article a été écrite par Amandine Fillol et l'ensemble des versions ont été relues et approuvées par les deux auteur·rices.

Résumé

Le contexte mondialisé offre des défis à l'étude des enjeux sociaux, notamment de pouvoir, impliqués dans la production, la valorisation et l'utilisation des connaissances pour les actions collectives de la gouvernance globale. Une revue de littérature interdisciplinaire suivant une démarche systématique (revue de la portée des écrits ou *scoping review*) a permis de recueillir les différentes approches en sciences sociales pour étudier les liens entre la gouvernance globale et les processus de production et d'utilisation des connaissances explicites pour les actions collectives dans un contexte mondialisé. Quatre façons d'étudier ce lien ont été recensées. En premier lieu, il y a l'angle d'observation des organisations internationales et de leur mode d'influence sur les discours, les pratiques et les façons de penser. En deuxième lieu, il y a la perspective des processus de confrontation des systèmes de connaissances des acteur·rices dans les débats ou actions collectives, et la question de la démocratie épistémique. En troisième lieu, la perspective des indicateurs quantitatifs (par exemple le pourcentage d'utilisation de la contraception moderne dans un pays) considérés comme des « technologies de la gouvernance globale » permet d'observer que, sous le couvert d'objectiver des réalités sociales, ils reproduisent les structures de pouvoir de la gouvernance globale en rendant possible des mécanismes de surveillance à distance. En quatrième lieu, des auteur·rices décrivent plusieurs approches théoriques ou champs de recherche pour étudier l'utilisation des connaissances scientifiques (un type de connaissance explicite) dans les actions. Ces quatre approches mettent en avant l'importance des déterminants souples (*soft determinants*) et des enjeux de pouvoir implicites dans la production, la valorisation et l'utilisation des connaissances dans un contexte de gouvernance globale.

Mots clés

Interdisciplinarité, Gouvernance globale, Connaissances explicites, Action collective

Messages clés

- Les connaissances étant des objets sociaux, les enjeux de pouvoir dans leur production, leur valorisation ou leur utilisation ne sont pas toujours visibles et conscients dans les processus d'action collective de la gouvernance globale
- La gouvernance souple (*soft governance*) est un mode de régulation utilisé par les organisations internationales qui leur permet, grâce à leur influence sur les discours et les pratiques, d'exercer un pouvoir dans la façon de penser et d'agir pour un enjeu collectif
- La démocratie épistémique permet de s'assurer de la prise en compte des différents systèmes de vérité (épistémè) et ainsi lutter contre les injustices sociales se traduisant lors de débats ou d'actions collectives
- Des indicateurs quantitatifs, en apparence objectifs, peuvent renforcer les relations de pouvoir déjà existantes entre acteur·rices

Introduction

La question de l'utilisation des connaissances explicites dans l'action politique a été institutionnalisée avec le mouvement d'action politique fondée sur les données probantes (*evidence-based policy making*) (Cookson, 2005; Sutcliffe et Court, 2005), puis le mouvement d'action politique informée par les données probantes (*evidence-informed policy making*) (Bonell et al., 2018; Oxman et al., 2009). Une distinction commune dans le champ du transfert des connaissances est la différence entre les connaissances tacites et les connaissances explicites. Les premières concernent le fait de savoir comment, c'est-à-dire qu'elles sont le plus souvent en lien avec les expériences des individus ou les compétences liées à la profession. Ces connaissances, par leur nature, peuvent être controversées. Les deuxièmes concernent le fait de savoir « quoi », c'est-à-dire des informations formelles, paramétrables, et souvent issues des études scientifiques, des rapports d'évaluation ou encore des systèmes d'information administratifs (Connell *et al.*, 2003). Ce sont les connaissances explicites qui nous intéressent, car nous nous situons dans le champ de la recherche sur le transfert de connaissances qui vise à améliorer les stratégies pour rendre plus accessibles les meilleures connaissances disponibles. Ainsi, l'aspect formalisable et transférable des connaissances explicites est le plus important dans notre approche. Dès les années 2000, les scientifiques avaient émis des propositions pour améliorer l'information des actions politiques par les données probantes et notamment les connaissances explicites : augmenter les relations formelles et informelles entre les scientifiques et les politiques (Daniels et Lewin, 2008; Tomson et al., 2005), renforcer la diversité épistémologique dans la création des connaissances (Behague et al., 2009; Pang, 2007; Syed et Hyder, 2007) et surtout, rendre aussi systématique que possible la co-construction des connaissances entre différents secteurs, disciplines et professions (McMichael et al., 2005; Pang, 2007). Dans le champ de la recherche sur le transfert de connaissances, ces conseils sont appliqués à travers la mise en place de diverses stratégies : dialogues et ateliers délibératifs (Mc Sween-Cadieux et al., 2018; Moat et al., 2014; Ridde et Dagenais, 2017), plateformes de transfert de connaissances (El-Jardali, Ataya, et al., 2012; Ongolo-Zogo et al., 2018), diffusion de notes de politiques (Dagenais et Ridde, 2018), communautés de pratiques. Si « gouverner par des faits » n'est pas nouveau (Bruno, 2015; Foucault, 1975), l'institutionnalisation transnationale d'une « rationalité » politique remet au goût du jour ce vieux problème (Bruno, 2015). Des craintes en rapport avec cette mondialisation du mouvement d'action politique informée

par les données probantes ont été observées par des acteur·rices des États avec des ressources publiques limitées (Behague et al., 2009; Shroff et al., 2015). Il y a, entre autres, la peur d'être instrumentalisés, ou encore le manque de moyens de riposte face à des politiques soutenues au niveau international « considérées comme irréfutablement basées sur les preuves [...] et donc inaltérables » (Behague et al., 2009 : 1540 ; Traduction libre). Le manque de capacités de recherches nationales est aussi évoqué, car, sous la pression internationale, elles pourraient être remplacées par des études « simples et globalement applicables » (Behague et al., 2009) (p.1540 ; Traduction libre), non pertinentes pour le contexte. Le mouvement d'action politique informée par les données probantes pourrait ainsi cacher la dynamique de pouvoir entre le national, le régional et le mondial en mettant l'accent sur un manque d'utilisation de la recherche perçu qui façonnerait l'action politique dans les pays aux ressources publiques limitées (Dalglish et al., 2017). Mais ce mouvement ne donnerait pas l'occasion de mettre en avant les différences fondamentales dans le rapport au savoir, et surtout les inégalités structurelles sous-jacentes aux productions et valorisations scientifiques (Sengupta, 2020).

Le concept de gouvernance globale

Le concept de « gouvernance globale » est apparu au début des années 1980 pour représenter l'évolution de la réalité des actions collectives à l'échelle supranationale. Les actions collectives peuvent être définies comme un ensemble d'engagements, de mobilisations, voire de débats et de négociations qui définissent et visent à servir des intérêts sociaux, et dans notre cas, dans une visée mondiale (Balme et Chabanet, 2002). Il peut s'agir par exemple de la mise en place des objectifs du développement durable ou bien de la mise en œuvre de la convention-cadre de lutte contre le tabagisme. Le concept de gouvernance globale est utile pour désigner la nouvelle forme d'organisation mondiale caractérisée par la fin de la dichotomie traditionnelle entre les secteurs public et privé et l'importance des influences informelles dans la gestion des affaires collectives (Badie et Smouts, 1992; Rosenau et al., 1992; Weiss, 2009). Il s'agit pour notre analyse d'une porte d'entrée conceptuelle pour aborder la question de la place des connaissances dans les actions collectives supranationales. Le concept de « gouvernance » est dérivé du terme « gouverner » (*Kubernân* en Grec) qui a originellement le sens de piloter un navire ou un char. Le verbe a été

utilisé pour la première fois par Platon de façon métaphorique pour définir le fait de diriger les êtres humains. Par la suite, le mot gouvernance a plus ou moins été oublié jusqu'aux années 1970 (Pitseys, 2010). Ce sont des expert·es de la gestion d'entreprises qui ont remis ce terme à la mode dans les années 1970 en l'appliquant au secteur privé, d'abord dans le monde anglo-saxon, puis francophone. La gouvernance d'entreprise (*corporate governance*) était une manière de penser l'entreprise différemment, à partir des intérêts d'un ensemble d'acteur·rices, parties prenantes de l'entreprise (salariés, gestionnaires, actionnaires, etc.) (Pouch, 2005). Ce concept a ensuite été utilisé pour renforcer le fonctionnement des institutions publiques, notamment à travers le courant théorique de la nouvelle gestion publique (*new public management*), dans lequel le rôle de l'État est minimisé. La remise en cause de la place et du rôle de l'État a ainsi également émergé dans les réflexions sur les relations internationales. Des acteur·rices de plus en plus nombreux·ses et varié·es sont apparus sur la scène internationale, contestant le fait que les gouvernements seraient seuls responsables de la régulation des affaires publiques (Rosenau et al., 1992). Dans les années 1990, deux façons de considérer la gouvernance globale ont coexisté. Tout d'abord, dans une vision plus normative, le rapport de la Banque mondiale « Gouvernance et développement » (World Bank, 1992), est cité comme référence par un nombre important de documents. Si la première phrase de ce rapport définit la gouvernance comme « la manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays » (World Bank, 1992) (p. 1 ; Traduction libre) (définition largement utilisée aujourd'hui), le reste du rapport permet d'observer que la gouvernance est en fait conceptualisée comme un outil de transformation des sociétés du Sud (Hufty et al., 2007). Les critères définis tels que la transparence, l'imputabilité, le renforcement du pouvoir d'agir, la prévention de la corruption font en fait appel à ce qui « devrait être », et non ce « qui est » (Hufty, 2010). Ensuite, dans une perspective plus analytique, le concept de gouvernance globale est utilisé comme un outil pour étudier les actions collectives dans une perspective supranationale. Il est défini de façon multidimensionnelle dans la littérature et peut être tant un principe, qu'un cadre analytique, qu'une structure, qu'un processus ou qu'une arène. Dans cet article, nous le considérons dans sa version la plus large : l'ensemble des structures, des acteur·rices, des relations et des processus qui orientent l'action collective au niveau supranational (Dodgson et al., 2002; Weiss et Wilkinson, 2014).

Connaissances et gouvernance globale : une approche intégrée

Cette mutualisation de deux grands thèmes de recherche, gouvernance globale et connaissances, a montré son intérêt pour l'étude des déterminants sociaux de la santé par exemple, qui nécessite de sortir des approches mécaniques et linéaires qui ont longtemps caractérisé la santé publique (Plamondon et Pemberton, 2019). Quelle que soit la discipline, peu d'études ont été réalisées sur la façon dont la gouvernance globale peut influencer ou être influencée par les connaissances ou les activités liées aux connaissances. Il devient urgent de comprendre comment étudier les implications sociales de l'utilisation des connaissances explicites dans l'action collective, dans un contexte mondialisé. Cette revue s'inscrit ainsi dans un approfondissement de la connaissance des apports et des enjeux du mouvement d'action politique informée par les données probantes, grâce aux sciences sociales (Jacobson, 2007). Il s'agit de faire une revue de la portée interdisciplinaire des écrits scientifiques pour recenser les différentes approches permettant d'étudier l'influence mutuelle des connaissances et de la gouvernance globale. L'analyse présentée dans cet article a pour principal objectif de synthétiser un ensemble d'approches scientifiques permettant d'étudier les enjeux sociaux de l'utilisation des connaissances dans un contexte mondialisé, ouvrant ainsi la porte à d'autres approches que la perspective technocratique souvent critiquée dans le lien entre connaissances et action (Bruno, 2015; Cairney et Oliver, 2017; Parkhurst, 2017). Ainsi, il s'agit de présenter une série de définitions et de concepts mobilisés par les auteur·rices traitant de ces deux thèmes de recherche de façon concomitante afin d'offrir une base pour quiconque souhaite se lancer dans les recherches sur les implications sociales de la production, la valorisation ou l'utilisation des connaissances dans les décisions politiques dans une perspective supranationale.

Méthode

La méthode pour la revue de la littérature choisie est celle de la revue de portée, connue sous le terme de *scoping review*. Cette méthode est une démarche structurée et rigoureuse qui assure la répliquabilité de l'étude. Elle procède en cinq étapes systématiques (Arksey et O'Malley, 2005). L'analyse a une visée heuristique, c'est-à-dire qu'elle souhaite présenter les principales tendances

décrites dans la littérature pour proposer une synthèse des thèmes prépondérants de façon interdisciplinaire.

Préciser la question de recherche

La question de recherche est la suivante : comment les scientifiques ont-ils étudié de façon conjointe la gouvernance globale et l'utilisation des connaissances explicites pour la décision ?

Identifier les études pertinentes

La recherche des articles a été réalisée en anglais dans les bases de données bibliographiques suivantes : Medline, Global health, Web of sciences, International bibliography of the social sciences, ERIC, Anthropology plus, Communication abstracts, International political science abstracts, Library, information science and technology abstracts, Public administration abstracts. Deux concepts de base ont été choisis pour la recherche : gouvernance globale et connaissances. Nous avons en premier lieu cherché les mots clés relatifs aux connaissances, sans préciser l'aspect explicite puis nous avons restreint selon nos définitions dans les critères d'inclusion et d'exclusion. Les recherches ont également été réalisées en français dans CAIRN, Persée et Erudit. Plusieurs combinaisons des mots clés ont été utilisées: (global governance or polycentric governance or multicentric governance or multilevel governance or international governance or transnational governance or supranational governance) and (knowledge or evidence or epistem* or scien* or research* or learn* or wisdom or information). Le détail des recherches est disponible sur demande à la première autrice.

Sélectionner les études

Nous avons défini plusieurs critères d'inclusion :

- Le document analyse l'ensemble des structures, des relations et des processus qui orientent l'action collective au niveau supranational ou à des niveaux nationaux et/ou régionaux avec une influence et/ou un contexte supranational ; OU bien une institution influente à un niveau supranational ;

ET

- Le document traite soit du type de connaissances explicites (scientifique, expertise, etc.), soit d'une fonction (influence, oriente, etc.) ou alors d'une activité (production, valorisation, etc.) liée aux connaissances explicites ; OU il concerne une institution, groupe de personnes ou organisation productrice, disséminatrice ou utilisatrice de connaissances explicites ; OU concerne l'étude de l'objet connaissances (épistémologie).

Nous avons défini cinq critères d'exclusion :

- Le document ne contient pas une définition de la gouvernance globale,
- OU il ne concerne aucun type de connaissances explicites, activités ou acteur·rices liés à des connaissances explicites,
- OU ni la gouvernance globale ni les connaissances explicites ne sont au centre de la problématique du document,
- OU il traite du stockage des informations par une approche technique (internet, banque de données),
- OU les textes ne sont pas disponibles en anglais ou en français.

Le détail du processus d'inclusion et d'exclusion est présenté en annexe 1.

Extraire, collecter, analyser et rapporter les données

Les données ont été extraites grâce à une grille permettant de catégoriser plusieurs types d'informations : auteur, discipline, problématique, méthodes, concepts clés et leur définition, résultats. Nous avons recensé les définitions des concepts de gouvernance globale et de connaissances explicites utilisées par les auteur·rices ainsi que les concepts ou cadres conceptuels permettant d'étudier ces deux concepts de façon conjointe. Pour analyser les données, nous avons catégorisé les textes en fonction de leur problématique. Cette catégorisation a permis de créer analytiquement quatre corpus de textes basés sur leur problématique : i) la place des organisations internationales, ii) les processus de confrontation des différents systèmes de connaissances dans les décisions et actions de la gouvernance globale, iii) les indicateurs pour mesurer les objectifs de la gouvernance globale, iv) les différents courants théoriques ou champs de recherche pour étudier l'utilisation des connaissances explicites dans les actions collectives. Chaque texte analysé ne fait partie que d'un corpus de textes, facilitant ainsi la description des tendances des liens conceptuels. Les résultats ne présentent donc que les méthodes et définitions présentées par les auteur·rices des études originales, et non pas une interprétation de notre part qui sera l'objet de la discussion de cet article.

Résultats

Sélection et présentation des documents

La sélection a permis d'identifier 25 documents pour l'analyse (figure 3). Tous les textes, excepté un, ont été écrits par des premiers auteur·rices et coauteur·rices faisant partie d'université canadienne, américaine ou européenne (majoritairement du Royaume-Uni). Il y a une autrice affiliée à l'Université des Émirats arabes unis. La majorité des auteur·rices sont des scientifiques en sciences sociales (sociologie, sciences politiques, anthropologie, sciences de l'éducation). La description de chaque texte est disponible en annexe 2.

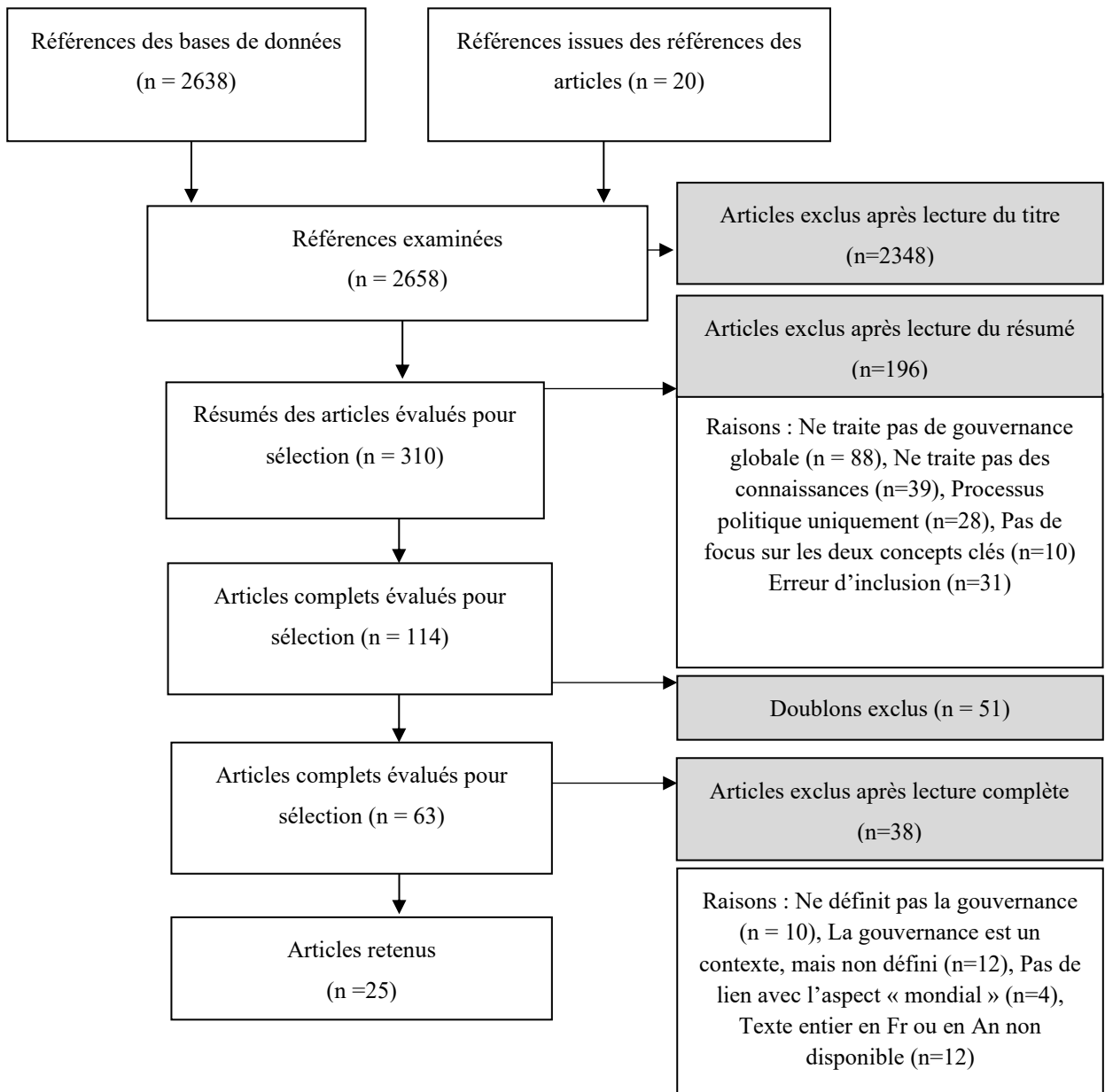


Figure 3. - Diagramme PRISMA

Définition des concepts et description de leurs liens

Les résultats présentent les quatre corpus de textes catégorisés à partir de l'élément central de leurs problématiques comme décrits plus haut.

Problématique 1 : Les organisations internationales : produire des connaissances ... et influencer les discours et les pratiques

Les problématiques de ce premier corpus de texte (Addey, 2017; Mahon et McBride, 2009; Miller, 2007; Morgan et Shahjahan, 2014; Sellar et Lingard, 2013; Zapp, 2017) interrogent le lien entre les organisations internationales et leur mode de gouvernance et/ou leur participation à la gouvernance globale. Il s'agit de comprendre comment ces organisations exercent une influence sur les discours, les pratiques, et les façons de penser les enjeux d'un secteur. La plupart de ces textes traitent du secteur de l'éducation. Les textes permettent d'observer comment les organisations internationales participent à créer des informations sur un phénomène social (notamment l'efficacité des systèmes éducatifs) en créant des programmes d'évaluation ou en créant des normes, par le biais de production et d'utilisation des connaissances. Pour analyser ce phénomène, les auteur·rices utilisent des concepts différents et complémentaires détaillés un à un ci-dessous et résumés dans un premier tableau (tableau 1).

Tableau 1. - Synthèse des idées et concepts développés par les auteur·rices (organisations internationales)

Définitions ou conceptualisations de la gouvernance globale	Concepts mobilisés pour relier les connaissances et la gouvernance globale	
	Noms des concepts	Définition des concepts
Typologie des modes de gouvernance de l'OCDE : processus qui étend les valeurs et opinions de l'OCDE dans l'organisation globale (Addey, 2017; Sellar et Lingard, 2013)	Gouvernance infrastructurelle de l'OCDE	Création d'un système mondial comportant des composants matériels et techniques pour créer des données
	Gouvernance épistémologique de l'OCDE	Mélange de gouvernance cognitive et normative qui est une influence sur les opinions, les valeurs, les pensées
Mécanismes de gouvernance de la Banque mondiale (Zapp, 2017): processus qui étend les conceptions de la Banque mondiale en éducation dans les discours et pratiques globales	Gouvernance épistémique de la Banque mondiale	Gestion des activités de production, de traitement, de diffusion et d'utilisation des connaissances qui influencent les discours et pratiques dans l'éducation
Mécanismes de régulation de l'OCDE : procédés spécifiques qui ont été étendus dans les autres organisations de la gouvernance globale (Mahon et McBride, 2009)	Mécanisme de régulation « engagé »	Examens par les pairs impliquant des comparaisons, notations, classifications
	Mécanisme de régulation « abstrait »	Discussions, débats et espaces de décisions pour décider des chemins à suivre
Gouvernance globale : gouverner et prendre en compte les enjeux de pouvoir des organisations internationales (Miller, 2007)	Ordre épistémique	La manière dont les connaissances sont créées et les façonnements conceptuels sous-jacents à la définition des phénomènes sociaux
	Normes de connaissances internationales	Règles pour modeler et surveiller les systèmes mondiaux et pour déployer les données probantes dans les débats politiques mondiaux
	Faire les objets globaux (<i>Making global kinds</i>)	Faire naître de nouveaux cadres, classifications qui façonnent les fondements conceptuels des délibérations globales

Addey (2017) et Sellar et Lingard (2013) ont basé leur cadre conceptuel sur une typologie des modes ou fonctions de la gouvernance globale de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ils utilisent le concept de « gouvernance infrastructurelle » qui est la création d'un système mondial composé de moyens techniques et matériels, et qui permet de comparer les données en matière d'éducation. Ils utilisent aussi le concept de « gouvernance épistémologique » qui est une influence de la réceptivité d'acteur·rices à des points de vue, en créant des opinions communes. Les auteur·rices étudient la manière dont l'OCDE met en œuvre ces deux modes de gouvernance à travers le déploiement international du programme d'évaluation des systèmes éducatifs du Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA). Zapp (2017) évoque la gouvernance épistémique de la Banque mondiale. Il s'agit de la production, de la valorisation et de l'utilisation des connaissances pertinentes pour la politique. Elle réfère aux structures collectives et culturelles qui façonnent les activités liées aux connaissances au sein de la Banque mondiale. Cette gouvernance influence ainsi les discours globaux sur l'éducation. Elle est décrite comme un mécanisme de gouvernance souple (*soft governance*) dans la mesure où il s'agit d'une influence normative et non réglementaire.

Mahon et McBride (2009) parlent de « mécanismes de régulation » ou de « modes de régulation » de la gouvernance globale à partir de l'exemple de deux modes déployés par l'OCDE : le mode de régulation « engagé » (*inquisitive*) et « abstrait » (*meditative*). La première est la surveillance et l'observation des actions des États. Il s'agit, entre autres, de l'organisation des examens par les pairs qui impliquent l'audit, la comparaison, le classement, ou encore la création de points de repère communs. La deuxième est principalement conçue comme des discussions organisées entre experts sur la meilleure manière de faire quelque chose, pouvant participer à la construction des paradigmes qui façonnent les choix politiques.

Enfin, Miller (2007) fait une analyse générale des organisations internationales spécialisées dans les connaissances et la manière dont elles produisent, valorisent, légitiment certains types de connaissances. Il décrit les mécanismes par lesquels les institutions internationales contribuent à un « ordre épistémique », c'est-à-dire à la manière dont les connaissances sont créées, produites et comment elles participent à une vision du monde en façonnant les bases conceptuelles sous-jacentes à la définition des phénomènes sociaux. Ces mécanismes sont la définition des normes de

connaissances internationales, la création des « objets globaux » (global kind) et la construction des espaces de délibération (Miller, 2007).

Ainsi, les auteur·rices analysent l'influence informelle des organisations internationales par le biais de la production, de la valorisation et de l'utilisation des connaissances. Ils·elles décrivent l'influence qu'exercent les organisations internationales de manière souple (soft), c'est-à-dire en favorisant, par le financement de projets, mais aussi par les discours et l'instauration de normes, certaines connaissances par rapport à d'autres.

Problématique 2 : Les décisions de la gouvernance globale : entre orientation des connaissances et (faible) démocratie épistémique

Les textes de ce corpus ont pour problématique centrale les différents acteur·rices dans la production, la valorisation et l'utilisation des connaissances et leur rôle dans les processus de prise de décisions ou de mise en œuvre d'actions dans la gouvernance globale. Pour analyser ce phénomène, les auteur·rices utilisent des concepts différents et complémentaires détaillés dans le paragraphe ci-dessous et résumés dans un deuxième tableau (tableau 2).

Tableau 2. - Synthèse des idées et concepts développés par les auteur·rices (décisions et connaissances)

Définitions ou conceptualisations de la gouvernance globale	Concepts mobilisés pour relier les connaissances et la gouvernance globale	
	Noms des concepts	Définition des concepts
Réformes de la gouvernance globale par les institutions internationales (Chan, 2007)	Contestation des épistémès	Différents systèmes de vérités des acteur·rices basés entre autres sur les connaissances
Ordonner les choses, le pouvoir dans la gouvernance globale (Adler et Bernstein, 2004)	Épistémès	Réfère à la « bulle » dans laquelle chaque personne arrive dans la vie, la manière dont ils construisent leur réalité, la compréhension des choses, leurs croyances normatives, leur identité et leur rapport aux autres (lié à « l'habitus »)
	Validité épistémique	Connaissances légitimées, considérées comme valides pour une collectivité de sujets (normes acceptées, connaissances consensuelles, croyances idéologiques). Liées à l'autorité des acteur·rices qui promulguent les connaissances et dominent la gouvernance globale
Système de règles, de structures et de processus qui façonnent les problèmes et les solutions collectives (Stevenson, 2016)	Démocratie épistémique	Diversité de parties prenantes sur le plan social et culturel participant aux productions, légitimation, validation et utilisation des connaissances pour les décisions

Des auteur·rices identifient plusieurs catégories d'acteur·rices participant aux activités de production ou d'utilisation des connaissances : les décideur·ses politiques, les communautés épistémiques, les expert·es (Bain et al., 2010; Lee, 2009; Rousselin, 2016). Chacun·e est guidé par des intérêts, et met en place des stratégies pour y répondre, de la même manière que les organisations internationales, comme nous l'avons vu dans la première section de ces résultats.

Les connaissances, même explicites, ne sont pas objectives. Elles révèlent des enjeux de pouvoir même dans les processus de coproduction, c'est-à-dire lorsque les acteur·rices de la sphère scientifique travaillent avec les acteur·rices de la sphère politique (Allan, 2017). Parfois, c'est un processus volontaire. Par exemple, Heimer (2018) étudie comment les acteur·rices peuvent orienter et mettre en avant certaines informations dans la diffusion par les médias dans des contextes d'urgence sanitaire afin de répondre à des intérêts politiques et stratégiques des décideurs. Elle utilise pour cette étude le concept des « ordonnances de diffusion des informations ». Dans d'autres cas, l'utilisation des connaissances pour répondre à des intérêts n'est pas des processus conscients et volontaires. En effet, les connaissances peuvent être étudiées comme des objets faisant partie de systèmes de valeurs, de normes sociales. Chan (2007) analyse la manière dont les différentes « épistémès », définies comme des systèmes de vérités propres à chaque acteur·rice ou groupe d'acteur·rices, et ici propre aux institutions, se confrontent lors d'un débat collectif ou d'une prise de décisions entre plusieurs acteur·rices. Pour Adler et Bernstein (2004), ces confrontations reflètent les « habitus », au sens de Bourdieu, des individus et des groupes en matière de légitimation des connaissances, c'est-à-dire la manière d'être, les pensées ou les comportements acquis durant la socialisation et conditionnés par l'appartenance sociale, celles-ci étant constitutives des systèmes de vérité de chacun. Les connaissances sont ainsi des constructions sociales révélant des enjeux de pouvoir ancrés dans les structures sociales souvent non conscientisés par les individus. Dans la gouvernance globale, Stevenson (2016) décrit que ce sont les connaissances des groupes d'individus dominants économiquement qui prédominent dans les débats collectifs. Par exemple, les discours visant à proposer des solutions pour lutter contre le changement climatique remettent peu en cause le système économique dominant et la gouvernance basée sur le marché et l'industrialisation (Stevenson, 2016). Lors d'une discussion collective, une certaine « validité épistémique » est attribuée aux connaissances (Adler et Bernstein, 2004). Il s'agit de la validation de connaissances à partir de croyances idéologiques, d'idées et de normes consensuelles, souvent définies par les acteur·rices les plus influents. Pour Stevenson, la

gouvernance globale souffre d'un manque de diversité cognitive et épistémique. Pour réaliser une réelle « démocratie épistémique », il faudrait non pas augmenter le nombre de voix sur la scène globale, mais également s'assurer de la diversité de ces voix (Stevenson, 2016), incluant celle des citoyens (Jasanoff, 2013). Les réseaux sociaux sont décrits comme importants pour renverser les rapports de pouvoir dans la valorisation et l'utilisation des connaissances pour les décisions, mais cela ne semble pas encore tout à fait suffisant pour une réelle démocratie épistémique (Padovani et Pavan, 2016).

Si de nombreuses catégories d'acteur·rices participent aux débats et aux décisions de la gouvernance globale, de nombreux enjeux de pouvoir sont observés. Parfois, ces enjeux sont illustrés par des actions volontaires des acteur·rices, comme diffuser des informations de façon à servir des intérêts politiques. Parfois, ces enjeux sont moins visibles. La notion « d'épistémè » et les adjectifs s'y rattachant permettent de comprendre que les connaissances sont ancrées dans les structurations sociales et que la confrontation des différents systèmes de connaissances sous-tend une confrontation d'acteur·rices de différentes classes sociales.

Problématique 3 : Les « technologies » de la gouvernance globale : un ensemble de techniques pour mesurer, comparer et surveiller à distance

Le corpus de texte présenté dans cette section traite des techniques de quantification et plus spécifiquement des indicateurs quantitatifs utilisés pour traduire des phénomènes sociaux en entités comparables entre les différents pays. Il s'agit par exemple du programme PISA ou des objectifs du développement durable qui utilisent des cibles dont l'atteinte est définie en fonction d'indicateurs quantitatifs (pourcentage de scolarisation, pourcentage d'utilisation de la contraception moderne, etc.).

Le lien entre gouvernance globale et connaissances, ici les indicateurs quantitatifs, est analysé à travers le concept de « technologie de la gouvernance ». Ces technologies sont définies dans le sens des « technologies du pouvoir » de Michel Foucault, c'est-à-dire qu'il s'agit de procédés créés à partir d'un ensemble de techniques (ici les outils visant à quantifier la réalité sociale) qui influencent les relations de pouvoir entre les parties prenantes de la gouvernance globale. L'idée

défendue par les auteur·rices est que les indicateurs sont créés pour traduire des phénomènes sociaux en entités objectives et comparables au niveau mondial ; ces indicateurs étant utilisés pour délibérer ou prendre des décisions (Davis et al., 2012; Löwenheim, 2008; Muhlen-Schulte, 2012). Löwenheim critique spécifiquement la définition de la gouvernance globale comme un ensemble de normes préétablies par des acteur·rices dominants que doivent atteindre l'ensemble des pays du monde. Les indicateurs peuvent influencer les processus par lesquels les normes sont définies et opérationnalisées. Selon Huelss (Huelss, 2017), les indicateurs quantitatifs permettent d'opérationnaliser, de mettre en œuvre les normes de la gouvernance globale qui sont définies comme des objectifs à atteindre tels que l'égalité homme-femme, toujours définis par des acteur·rices de la scène mondiale dominants (Merry, 2016).

Trois des textes de ce corpus s'appuient sur la théorie de la gouvernementalité définie comme « l'ensemble formé par les institutions, les procédures, les analyses et réflexions, les calculs et les tactiques, qui permettent l'exercice de ce pouvoir très spécifique, bien que complexe, qui a la population pour cible, l'économie politique comme sa principale forme de connaissance, et les appareils de sécurité comme ses instruments techniques essentiels » (Foucault cité par (Huelss, 2017) : 387 , Traduction libre). Dans le cas des indicateurs, les auteur·rices (Huelss, 2017; Löwenheim, 2008; Muhlen-Schulte, 2012) postulent que ces derniers font partie d'un système d'examen qui mesure, compare, établit des normes tout en établissant et en réaffirmant les structures de pouvoir déjà existantes dans le système mondial dominées par le marché.

Problématique 4 : Les différentes approches de l'étude des connaissances dans la gouvernance globale : d'une approche positiviste à une approche critique

Ce dernier corpus de textes décrit des courants théoriques ou des champs de recherche différents pour étudier l'utilisation des connaissances scientifiques, qui sont une catégorie de connaissances explicites, dans la gouvernance globale (Kamradt-Scott, 2012; Legrand et Stone, 2018; Plamondon et Pemberton, 2019; Quark, 2012).

Plamondon et Pemberton (2019), Kamradt-Scott (2012) et Legrand et Stone (2018) évoquent trois processus qui encouragent l'utilisation des connaissances scientifiques dans les décisions ou

actions sanitaires : le mouvement de la « médecine basée sur les données probantes » (*evidence-based medicine*), le « transfert de connaissances intégré » et la « diplomatie scientifique ». Le mouvement de médecine basée sur les données probantes, qui a donné lieu au mouvement de décision politique informée par les données probantes, encourage à utiliser les données probantes pour orienter des décisions. Le transfert de connaissances est un processus de plus en plus développé pour rapprocher les milieux de production des connaissances et les milieux de décision politique. Le transfert de connaissances intégré vise à définir des stratégies pour rassembler des perspectives diverses afin de comprendre et répondre aux problèmes par des processus de production et de travail autour de connaissances. La diplomatie scientifique est un type de coopération scientifique entre les nations. Ces trois approches sont ancrées dans des disciplines et intérêts différents. Alors que le mouvement de la médecine basée sur les données probantes vise à améliorer les pratiques médicales, le transfert de connaissance vise davantage à améliorer les processus de partage, de dissémination et d'échange des connaissances entre les parties prenantes grâce à des stratégies spécifiques. La diplomatie scientifique est beaucoup plus spécifique dans la mesure où elle s'intéresse à l'aspect politique des connaissances dans le cadre international.

Quark (2012) utilise trois approches théoriques pour étudier la « scientisation » des décisions, un processus à visée moins normative qu'explicative: l'approche de la politique mondiale (*world polity approach*), l'approche des systèmes mondiaux (*world-systems approach*) et la sociologie politique des sciences (*political sociology of science*). La première consiste à penser que les connaissances scientifiques sont objectives, neutres et des bases légitimes pour les décisions politiques. La deuxième consiste à remettre en cause cette première vision en attribuant à la culture scientifique les mêmes problèmes de structuration en matière de pouvoir et d'inégalité. Ainsi, les connaissances scientifiques sont dites universelles alors qu'elles reflètent un monde occidental-centré. La sociologie politique des sciences permet une approche plus fine de l'analyse de la manière dont le pouvoir prend place à travers la science (Quark, 2012).

Discussion

Cette revue de portée des écrits a permis d'identifier quatre approches pour étudier les liens entre la gouvernance globale et les connaissances. Premièrement, à travers la gouvernance des organisations internationales, les connaissances influencent les pensées, les valeurs, les discours et les pratiques. Les activités de production et d'utilisation des connaissances donnent la possibilité aux organisations de définir ce qui compte pour un domaine. Elles sont des lieux, au sens symbolique, privilégiés pour créer, orienter des débats et des discussions sur un sujet. Deuxièmement, les autres acteur·rices de la gouvernance globale tels que les experts et les gouvernements ont des rôles dans la valorisation et l'utilisation des connaissances. Des enjeux de pouvoir entre ces derniers existent lorsque les différents systèmes de connaissances sont confrontés au sein de débats ou de décisions collectives. Ces enjeux sont souvent non conscientisés, car ils sont ancrés dans les structures sociales, c'est-à-dire que les confrontations peuvent donner lieu à l'écrasement d'un système de connaissances par un autre, et la démocratie épistémique se trouve réduite. Troisièmement, à travers la définition des phénomènes ou objectifs de la gouvernance globale, des auteur·rices étudient le processus de production et d'utilisation des indicateurs quantitatifs. Ils peuvent renforcer des formes de pouvoir existantes dans la gouvernance globale. Pour finir, des auteur·rices ont proposé différentes approches théoriques ou champs de recherche pour étudier la place que peuvent avoir les connaissances scientifiques (qui font partie des connaissances explicites) dans les actions collectives.

À partir de ces résultats, nous allons discuter deux points : i) la difficulté à travailler sur le terme de gouvernance globale dans une perspective interdisciplinaire malgré sa pertinence pragmatique, ii) l'importance des déterminants « invisibles » dans les activités de production et d'utilisation des connaissances.

La définition de la gouvernance globale et les difficultés de l'interdisciplinarité

Malgré l'analyse, il n'a pas été possible de proposer une définition de la gouvernance globale par catégorie de problématique. Pourtant, dans notre conception, ce concept est utile, car il permet de regrouper plusieurs thèmes comme les enjeux de pouvoir, la diversité des acteur·rices, le niveau supranational, les acteur·rices hybrides. Toutefois, sa définition est galvaudée, car « il y a presque autant d'idées de la gouvernance qu'il y a de scientifiques dans le domaine » (Björk et Johansson, 2001 : 2, Traduction libre). Certain·es auteur·rices ont tenté de créer une théorie de la gouvernance, sans que cela soit réussi, comme ils l'expliquent eux-mêmes (Rhodes, 2007; Stoker, 1998). La profusion de sens donnés à ce concept n'est pas forcément négative, elle révèle seulement la complexité du monde dans lequel nous évoluons, à la fois en tant que citoyen qu'en tant que scientifique. Il n'est tout simplement pas possible de proposer une définition consensuelle, surtout dans une perspective interdisciplinaire. Toutefois, nous observons dans les résultats que la définition normative de la gouvernance globale est la plupart du temps remise en question au profit de sa version analytique. Plutôt que de chercher à rassembler les attributs de la gouvernance dans une définition unique, il pourrait être plus pertinent de choisir un attribut et de l'étudier en détail. Par exemple, il est possible de travailler spécifiquement sur les acteur·rices de la gouvernance globale (les organisations internationales, les gouvernements, les communautés épistémiques, etc.), ou bien sur les décisions dans un système polycentrique, ou encore sur les normes collectives de la gouvernance globale, tout en considérant la présence des autres attributs. En effet, ce concept est pertinent afin d'appréhender un ensemble de composants de l'action publique qui caractérisent l'évolution de celle-ci depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale (Bénichi, 2006; Graz, 2013; Pinson, 2015; Weiss et Wilkinson, 2014). Alors que l'interdisciplinarité est très valorisée aujourd'hui, notamment dans les disciplines visant à lier la production de connaissances à l'action, en pratique, le processus présente des embuches. En effet, penser le lien entre des méthodes et des concepts sans perdre la substance de chaque approche, ou sans heurter la tradition disciplinaire ou théorique dans laquelle s'ancre un auteur (MacLeod et Nagatsu, 2018; Nature, 2017), est parfois impossible.

Il faut également prendre en compte l'influence de sa propre discipline et la formation de sa cognition par rapport aux normes de sa discipline d'origine. Par exemple, d'un point de vue de la

santé publique, les cadres conceptuels et méthodes en sciences de l'éducation sont plus faciles à comprendre que les raisonnements sociologiques. Toutefois, il est absolument nécessaire, dans une période où les connaissances scientifiques sont de plus en plus nombreuses, de multiplier les ponts entre les disciplines et les approches théoriques afin d'éviter les redondances et d'enrichir la vision d'origine des sujets de recherche, quelle que soit la discipline.

L'utilisation des connaissances pour les décisions politiques : tenir compte des déterminants invisibles

Comme nous l'avons vu, les connaissances explicites, scientifiques ou non, peuvent véhiculer des valeurs, des normes servant les intérêts des acteur·rices. On parle ainsi d'utilisation persuasive ou stratégique des connaissances (Beyer et Trice, 1982), ou, dans le domaine des sciences politiques, de la politisation des connaissances (Boussaguet et al., 2019; Maroy et Mangez, 2008), c'est-à-dire que des acteur·rices peuvent utiliser des connaissances pour argumenter une décision en fonction de leurs propres orientations normatives ou politiques préexistantes (Gautier et al., 2019; Maroy et Mangez, 2008). De nombreux travaux montrent la mince frontière entre *evidence-based policy* et *policy-based evidence* (Behague et al., 2009; Marmot, 2004; Oliver et Pearce, 2017; Parkhurst, 2017). En santé publique, par exemple, non seulement les connaissances scientifiques peuvent se contredire, mais elles peuvent aussi être ancrées dans des valeurs politico-sociales différentes. Très récemment, la crise du COVID-19 nous a rappelé que le choix des traitements, des interventions, voire des choix dans les seuils statistiques pour les essais cliniques étaient dépendants des choix politiques. Mais, cela avait déjà été observé avec les choix pour réduire le tabagisme et la consommation d'alcool (Sparks, 2010; Weishaar et al., 2012). Les stratégies nationales diffèrent selon les considérations économiques et la place faite à la justice sociale (hausse des prix, éducation des populations, interdictions, incitations, etc.) (Marmot, 2004). Van Olmen et al. (2012) ont également montré, à travers l'étude des différentes conceptualisations des systèmes de santé à travers les époques, leurs dépendances aux différents agendas institutionnels et sociopolitiques.

Les raisonnements et les choix qui mènent à la production, la valorisation et l'utilisation de certaines connaissances sont complexes. Ils sont imbriqués dans des déterminants de différents niveaux, plus ou moins proches des décisions individuelles à la manière des déterminants sociaux

de la santé qui sont souvent classés en trois catégories : les déterminants individuels, intermédiaires et structureux (CSDH, 2008) (figure 4).

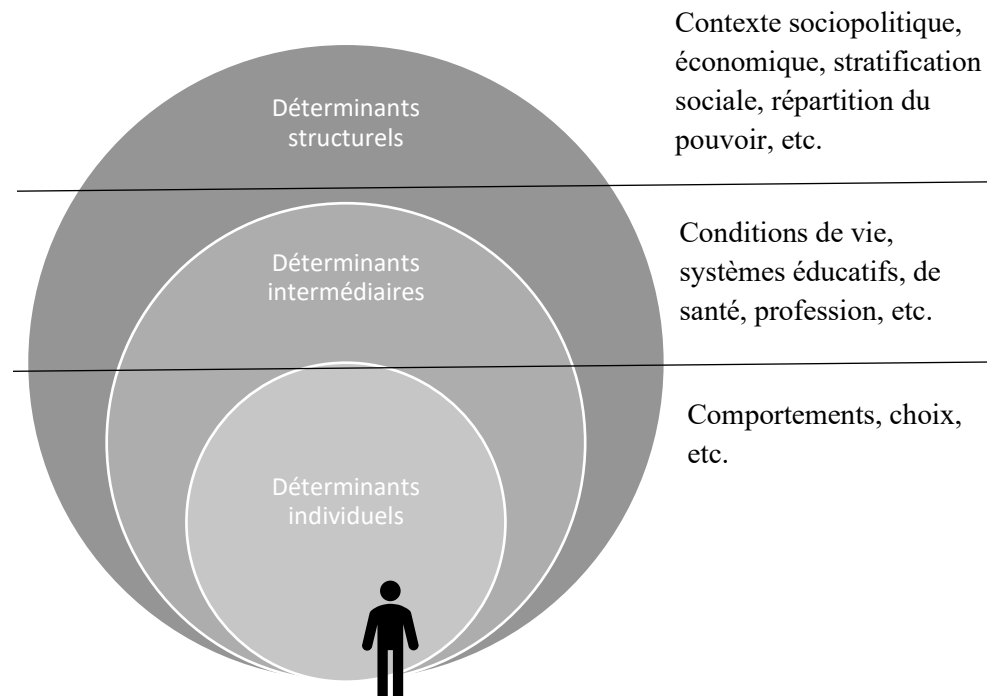


Figure 4. - Modèle de déterminants imbriqués

Ce que les différentes approches relevées dans l'étude de portée des écrits nous ont permis d'observer, c'est que les processus de production et d'utilisation des connaissances sont souvent influencés par les contextes, les normes, la stratification sociale, qui font plutôt partie des déterminants structurels et donc peu visibles ou formalisables.

Par exemple, la légitimation des connaissances explicites est moins guidée par des critères de qualité que par un système de valorisation de certaines connaissances par rapport à d'autres (Bourdieu, 1979; Engebretsen et Heggen, 2015; Shiffman, 2014, 2015) ; cette valorisation pouvant être parfois guidée par l'influence du marché. Les solutions médicamenteuses commercialisées par les industries pharmaceutiques ont, par exemple, depuis longtemps, pris le dessus sur les interventions qui souhaitent agir sur les conditions de vie et le renforcement des systèmes de santé (Yoon, 2010) ou les traitements dits « traditionnels », surtout en situation d'urgence. Mais cette

valorisation est parfois guidée par d'autres déterminants. Par exemple, le fait que les auteur·rices recensés dans cette revue de la portée des écrits soient en grande majorité anglophones et issus de pays à hauts revenus est symptomatique d'une fracture sociale dans la production des connaissances. Les sujets de recherche ayant le plus de chance d'être financés répondent à des intérêts définis par des acteur·rices appartenant aux mêmes classes sociales (Engebretsen et Heggen, 2015; Shiffman, 2014). Il peut être pertinent de s'intéresser à la manière dont les projets de recherche sont soumis à des processus de validité ou de légitimité épistémique et comment les scientifiques y participent.

Conclusion

Les processus de production et d'utilisation des connaissances dans les actions collectives de la gouvernance globale sont influencés par des déterminants dits souples (*soft*), pas toujours observables. Ils ne sont ni seulement individuels ni seulement collectifs, ils sont un mélange de structures et de comportements des individus (Shiffman, 2015). L'étude de l'interaction de ces déterminants pourrait être bénéfique pour améliorer les approches et l'efficacité de l'utilisation des données probantes pour les décisions collectives.

Bibliographie

Addey, C. (2017). Golden Relics & Historical Standards: How the OECD is Expanding Global Education Governance through PISA for Development. *Critical Studies in Education*, 58(3), 311–325. <http://dx.doi.org/10.1080/17508487.2017.1352006>

Adler, E. et Bernstein, S. (2004). Knowledge in power: The epistemic construction of global governance. Dans M. Barnett et R. Duvall, *Power in Global Governance* (pp.294–318). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.013>

Allan, B. (2017). Producing the Climate: States, Scientists, and the Constitution of Global Governance Objects. *International Organization*, 71(1), 131–162. <https://doi.org/10.1017/S0020818316000321>

- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
- Atlani-Duault, L. et Vidal, L. (2013). Le moment de la santé globale. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 7–16.
- Badie, B. et Smouts, M.-C. (1992). Le retournement du monde : Sociologie de la scène internationale. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Bain, C., Ransom, E. et Worosz, M. R. (2010). Constructing credibility: Using technoscience to legitimate strategies in agrifood governance. (Special Issue: Theorizing the global agrifood system: contributions of the Michigan School of Agrifood Studies in Global Governance and Technoscience.). *Journal of Rural Social Sciences*, 25(3), 160–192.
- Balme, R. et Chabanet, D. (2002). Introduction: Action collective et gouvernance de l'Union européenne. Dans R. Balme, *L'action collective en Europe. Collective Action in Europe* (pp. 21-120). Presses de Sciences Po.
- Behague, D., Tawiah, C., Rosato, M., Some, T. et Morrison, J. (2009). Evidence-based policymaking: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social Science & Medicine*, 69(10), 1539–1546. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.006>
- Bénichi, R. (2006). *Histoire de la mondialisation* (2^e éd.). Vuibert.
- Beyer, J. M. et Trice, H. M. (1982). The Utilization Process: A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591–622. <https://doi.org/10.2307/2392533>
- Björk, P. G. et Johansson, H. S. H. (2001). *Towards governance theory: In search for a common ground*. IPSA Papers.
- Bonell, C., Meiksin, R., Mays, N., Petticrew, M. et McKee, M. (2018). Defending evidence informed policy making from ideological attack. *BMJ*, 362. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3827>
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction : Critique sociale du jugement*. Les Éditions de Minuit.
- Boussaguet, L., Jacquot, S. et Ravinet, P. (2019). *Dictionnaire des politiques publiques* (5^e éd.). Presses de Sciences Po.
- Bruno, I. (2015). Défaire l'arbitraire des faits. De l'art de gouverner (et de résister) par les « données probantes ». *Revue Française de Socio-Économie*, Hors-série (2), 213–227.
- Cairney, P. et Oliver, K. (2017). Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy? *Health Research Policy and Systems*, 15, 35. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0192-x>
- Chan, J. (2007). Between efficiency, capability and recognition: Competing epistemes in global governance reforms. *Comparative Education*, 43(3), 359–376. <http://dx.doi.org/10.1080/03050060701556307>

Connell, N. a. D., Klein, J. H. et Powell, P. L. (2003). It's tacit knowledge but not as we know it: Redirecting the search for knowledge. *Journal of the Operational Research Society*, 54(2), 140–152. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601444>

Cookson, R. (2005). Evidence-based policy making in health care: What it is and what it isn't. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 118–121. <https://doi.org/10.1258/1355819053559083>

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.

Dagenais, C. et Ridde, V. (2018). Policy brief as a knowledge transfer tool: To “make a splash”, your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*, 32 (3). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.003>

DalGLISH, S. L., Rodriguez, D. C., Harouna, A. et Surkan, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social Science & Medicine*, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.056>

Daniels, K. et Lewin, S. (2008). Translating research into maternal health care policy: A qualitative case study of the use of evidence in policies for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, 6(12).

Davis, K. E., Kingsbury, B. et Merry, S. E. (2012). Indicators as a Technology of Global Governance. *Law & Society Review*, 46(1), 71–104. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2012.00473.x>

Dodgson, R., Lee, K. et Drager, N. (2002). *Global health governance. A conceptual review*. WHO, London school of hygiene and tropical medicine.

El-Jardali, F., Ataya, N., Jamal, D. et Jaafar, M. (2012). A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries: Climate for evidence-informed policy. *Health Research Policy and Systems*, 10, 15. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-15>

Engelbrechtsen, E., et Heggen, K. (2015). Powerful concepts in global health Comment on “Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health”. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 115–117. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.19>

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Gautier, L., De Allegri, M. et Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>

Graz, J.-C. (2013). *La gouvernance de la mondialisation*. La découverte.

Heimer, C. A. (2018). The uses of disorder in negotiated information orders: Information leveraging and changing norms in global public health governance. *The British Journal of Sociology*, 69(4). <http://dx.doi.org/10.1111/1468-4446.12495>

- Huelss, H. (2017). After decision-making: The operationalization of norms in International Relations. *International Theory*, 9(3), 381–409. <http://dx.doi.org/10.1017/S1752971917000069>
- Jacobson, N. (2007). Social Epistemology: Theory for the “Fourth Wave” of Knowledge Transfer and Exchange Research. *Science Communication*, 29(1), 116–127.
- Jasanoff, S. (2013). Epistemic subsidiarity—Coexistence, cosmopolitanism, constitutionalism. *European Journal of Risk Regulation*, 4(2), 133–142.
- Kamradt-Scott, A. (2012). Evidence-based medicine and the governance of pandemic influenza. *Global Public Health*, 7(Supp.2), S111–S126.
- Lee, R. P. (2009). Agri-food governance and expertise: The production of international food standards. *Sociologia Ruralis*, 49(4), 415. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9523.2009.00493.x>
- Legrand, T. et Stone, D. (2018). Science diplomacy and transnational governance impact. *British Politics*, 13(3), 392–408.
- Löwenheim, O. (2008). Examining the state: A Foucauldian perspective on international “governance indicators”. *Third World Quarterly*, 29(2), 255–274. <http://dx.doi.org/10.1080/01436590701806814>
- MacLeod, M. et Nagatsu, M. (2018). What does interdisciplinarity look like in practice: Mapping interdisciplinarity and its limits in the environmental sciences. *Studies in History and Philosophy of Science*, 67, 74–84. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2018.01.001>
- Mahon, R. et McBride, S. (2009). Standardizing and disseminating knowledge: The role of the OECD in global governance. *European Political Science Review*, 1(1), 83–101.
- Marmot, M. G. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ*, 328(7445), 906–907. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7445.906>
- Maroy, C. et Mangez, C. (2008). “Rationalisation de l’action publique ou politisation de la connaissance ?” *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 164, 87–90. <https://doi.org/10.4000/rfp.2136>
- Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C. et Ridde, V. (2018). A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso: A mixed-method evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0388-8>
- McMichael, C., Waters, E. et Volmink, J. (2005). Evidence-based public health: What does it offer developing countries? *Journal of Public Health* (Oxford, England), 27(2), 215–221. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi024>
- Merry, S. E. (2016). Cultural Dimensions of Power/Knowledge: The Challenges of Measuring Violence against Women. *Sociologie Du Travail*, 58(4).
- Miller, C. A. (2007). Democratization, international knowledge institutions, and global governance. *Governance*, 20(2), 325–357.
- Moat, K. A., Lavis, J. N., Clancy, S. J., El-Jardali, F. et Pantoja, T. (2014). Evidence briefs and deliberative dialogues: Perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 20–28. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.116806>

- Morgan, C. et Shahjahan, R. A. (2014). The legitimation of OECD's global educational governance: Examining PISA and AHELO test production. *Comparative Education*, 50(2), 192–205. <http://dx.doi.org/10.1080/03050068.2013.834559>
- Muhlen-Schulte, A. (2012). Full faith in credit? The power of numbers in rating frontier sovereigns and the global governance of development by the UNDP. *Journal of International Relations and Development*, 15(4), 466–485. <http://dx.doi.org/10.1057/jird.2012.3>
- Nature. (2017). How to avoid glib interdisciplinarity. *Nature*, 552(7684), 148–148. <https://doi.org/10.1038/d41586-017-08465-1>
- Oliver, K. et Pearce, W. (2017). Three lessons from evidence-based medicine and policy: Increase transparency, balance inputs and understand power. *Palgrave Communications*, 3(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0045-9>
- Ongolo-Zogo, P., Lavis, J. N., Tomson, G. et Sewankambo, N. K. (2018). Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: A comparative case study. *Health Policy and Planning*, 33(4), 539–554. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx194>
- Oxman, A. D., Lavis, J. N., Lewin, S. et Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S1>
- Padovani, C. et Pavan, E. (2016). Global governance and ICTs: Exploring online governance networks around gender and media. *Global Networks*, 16(3), 350–371. <http://dx.doi.org/10.1111/glob.12119>
- Pang, T. (2007). Evidence to action in the developing world: What evidence is needed? *Bulletin of the World Health Organization*, 85(4), 247.
- Parkhurst, J. O. (2017). *The politics of evidence: From evidence-based policy to the good governance of evidence*. Routledge.
- Pinson, G. (2015). Gouvernance et sociologie de l'action organisée. Action publique, coordination et théorie de l'État. *L'Année sociologique*, Vol. 65(2), 483–516.
- Plamondon, K. M. et Pemberton, J. (2019). Blending integrated knowledge translation with global health governance: An approach for advancing action on a wicked problem. *Health Research Policy and Systems*, 17(24). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0424-3>
- Quark, A. A. (2012). Scientized politics and global governance in the cotton trade: Evaluating divergent theories of scientization. *Review of International Political Economy*, 19(5), 895–917.
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28(8), 1243–1264. <https://doi.org/10.1177/0170840607076586>
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2017). What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*, 2(4), e000432. <https://doi.org/courat>

- Rousselin, M. (2016). The Power of Legitimation: The Role of Expert Networks in Global Environmental Governance. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 18(2), 197–213. <https://doi.org/10.1080/1523908X.2015.1065719>
- Rowley, J. (2007). The wisdom hierarchy: Representations of the DIKW hierarchy. *Journal of Information Science*, 33(2), 163–180. <https://doi.org/10.1177/0165551506070706>
- Sellar, S. et Lingard, B. (2013). The OECD and the Expansion of PISA: New Global Modes of Governance in Education. *British Educational Research Journal*, 40(6), 917–936. <http://dx.doi.org/10.1002/berj.3120>
- Sengupta, P. (2020). Open access publication: Academic colonialism or knowledge philanthropy? *Geoforum*. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2020.04.001>
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297–299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
- Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497–499. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.104>
- Shroff, Z., Aulakh, B., Gilson, L., Agyepong, I. A., El-Jardali, F. et Ghaffar, A. (2015). Incorporating research evidence into decision-making processes: Researcher and decision-maker perceptions from five low- and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 13(70).
- Sparks, M. (2010). Governance beyond governments: the role of NGOs in the implementation of the FCTC. *Global Health Promotion*, 17(1_suppl), 67–72.
- Stevenson, H. (2016). The Wisdom of the Many in Global Governance: An Epistemic-Democratic Defense of Diversity and Inclusion. *International Studies Quarterly*, 60(3), 400–412. <https://doi.org/10.1093/isq/sqw027>
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: Five propositions. *International Social Science Journal*, 50(155), 17–28. <https://doi.org/10.1111/1468-2451.00106>
- Sutcliffe, S. et Court, J. (2005). Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries? Department of international development of United Kingdom (DFID).
- Syed, S. B. et Hyder, A. A. (2007). Evidence to action needs research. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 732–732. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862007000900020>
- Thakur, R. et Van Langenhove, L. (2006). Enhancing Global Governance Through Regional Integration. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, 12(3), 233–240. <https://doi.org/10.1163/19426720-01203002>
- Tomson, G., Paphassarang, C., Jönsson, K., Houamboun, K., Akkhavong, K. et Wahlström, R. (2005). Decision-makers and the usefulness of research evidence in policy implementation—A case study from Lao PDR. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1291–1299. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.014>

Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G. et Hill, P. S. (2012). Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*, 12, 774. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>

Weishaar, H., Collin, J., Smith, K., Grüning, T., Mandal, S. et Gilmore, A. (2012). Global health governance and the commercial sector: a documentary analysis of tobacco company strategies to influence the WHO framework convention on tobacco control. *PLoS medicine*, 9(6), e1001249.

Weiss, T. G. (2009). What Happened to the Idea of World Government. *International Studies Quarterly*, 53(2), 253–271. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2009.00533.x>

Weiss, T. G. et Wilkinson, R. (2014). Rethinking Global Governance? Complexity, Authority, Power, Change. *International Studies Quarterly*, 58(1), 207–215. <https://doi.org/10.1111/isqu.12082>

World Bank (1992), *Governance and Development*, World Bank, Washington, D.C.

Yoon, S. (2010). Ideas, institutions, and interests in the global governance of epidemics in Asia. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1010539510373131>

Zapp, M. (2017). The World Bank and Education: Governing (through) knowledge. *International Journal of Educational Development*, 53, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2016.11.007>

3 Chapitre 3 – Démarche scientifique, fondements théoriques et problématique

Ce chapitre présente la démarche que nous avons utilisée pour définir les fondements théoriques de la thèse. Nous avons tout d'abord réalisé un travail de réduction des données obtenues grâce à la revue des écrits présentée dans le chapitre 2. À partir de cette réduction, nous avons défini une problématique qui s'intègre dans l'épistémologie sociale, considérée par certains auteur·rices comme la quatrième vague de recherche sur le K*.

3.1 Démarche scientifique pour situer la problématique

3.1.1 Réduction des données obtenues dans la revue des écrits

Le choix des recherches présentées dans cette thèse a été réalisé en considérant les concepts décrits dans la revue des écrits systématique présentée dans le deuxième chapitre dont la synthèse est présentée ci-dessous (tableau 3). Les idées clés des concepts ont été identifiées afin de faire des regroupements et ainsi avoir une vision d'ensemble des problématiques soulevées par la production, la valorisation et l'utilisation des connaissances dans la gouvernance globale. Deux pistes d'analyses issues des regroupements d'idées ont donc été recensées : i) des acteur·rices de la gouvernance globale, et surtout les organisations internationales, ont la capacité d'influencer la production, la valorisation et l'utilisation des connaissances pour diffuser et favoriser l'acceptation d'idées en fonction de leurs intérêts, que ce soit par des processus et activités diverses ou des outils, et ii) les connaissances ont des fondements épistémiques et épistémologiques qui influencent la façon dont les connaissances sont produites, valorisées ou utilisées dans la gouvernance globale.

Alors que la première piste d'analyse est déjà traitée dans de nombreuses disciplines telles que les sciences de l'éducation (Addey, 2017; Zapp, 2017), la santé publique (Heimer, 2018; Yoon, 2010) ou en sciences politiques (Nay, 2014; Parkhurst, 2017), la deuxième l'est beaucoup moins. En santé publique mondiale notamment, peu d'études existent sur les fondements épistémologiques et épistémiques des connaissances produites, valorisées et utilisées dans le cadre de la gouvernance globale en santé (*global health governance*) alors que le K* est de plus en plus documenté et pratiqué. C'est pourquoi nous avons suivi cette piste d'analyse dans le cadre de cette thèse, d'autant plus qu'elle peut proposer des pistes d'explication pour comprendre pourquoi et comment les acteur·rices de la gouvernance globale ont la possibilité d'influencer les activités de production, valorisation ou utilisation des connaissances.

Tableau 3. - Synthèse des concepts mobilisés dans la revue des écrits sur les liens entre gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action politique

Titre du corpus de texte de la revue des écrits*	Concepts	Définitions	Idées par rapport à l'objet connaissance	Regroupement des idées
Problématique 1 : Les organisations internationales : produire des connaissances ... et influencer les discours et les pratiques	Gouvernance infrastructurelle, épistémologique, épistémique	Processus de production et d'utilisation des connaissances par les organisations internationales visant à faire passer des idées et en lien avec des intérêts	Activités/processus autour des connaissances pour faire passer des idées et des intérêts	Activités, règles et processus de la gouvernance globale qui visent à produire, et/ou valoriser et/ou utiliser certaines connaissances par rapport à d'autres pour faire passer des idées en fonction des intérêts
	Mécanisme de régulation engagé, abstrait	Règles pour modeler et surveiller les systèmes mondiaux et pour déployer les données probantes dans les débats politiques mondiaux	Règles qui reflètent une mise en avant de certaines connaissances par rapport à d'autres	
	Normes de connaissances internationales	Faire naître de nouveaux cadres, classifications qui façonnent les fondements conceptuels des délibérations globales	Activités/processus autour des fondements conceptuels utilisés pour la définition des phénomènes sociaux dans les délibérations collectives globales	
	Faire les objets globaux (Making global kinds)	Manière dont les connaissances sont créées et les façonnements conceptuels sous-jacents à la définition des phénomènes sociaux	Fondements conceptuels des définitions des phénomènes sociaux		Approche des connaissances par leur fondements épistémologiques et épistémiques et reconnaissance de leur ancrage dans des systèmes de pensée influencés

Problématique 2 : Les décisions de la gouvernance globale : entre orientation des connaissances et (faible) démocratie épistémique	Validité épistémique	Connaissances légitimées, considérées comme valides pour une collectivité de sujets	Manière de reconnaître des connaissances considérées comme légitimes	par la socialisation et les rapports de pouvoir
	Épistémès / Contestation des épistémès	Systèmes de vérité des individus influencés par la socialisation et dont les confrontations sont ancrées dans des rapports de pouvoir sociaux	Ancrage des connaissances dans des systèmes de vérité eux-mêmes influencés par la socialisation	
	Démocratie épistémique			
Problématique 3 : Les « technologies » de la gouvernance globale : un ensemble de techniques pour mesurer, comparer et surveiller à distance	Technologies de la gouvernance	Reproduction des rapports de pouvoir grâce à l'utilisation d'objets (les indicateurs) en apparence objectifs	Utilisation d'une forme de connaissances pour faire surveiller et faire passer des idées	Outils de la gouvernance globale qui visent à produire, et/ou valoriser et/ou utiliser des connaissances pour faire passer des idées

** La problématique 4 (Les différentes approches de l'étude des connaissances dans la gouvernance globale : d'une approche positiviste à une approche critique) n'est pas représentée dans le tableau, car elle ne comprend pas des concepts, mais des disciplines*

3.1.2 Épistémè, épistémique, épistémologique : un point sur les différentes notions

Dans une perspective restreinte, la notion d'épistémè peut se référer à son étymologie grecque qui signifie savoir ou connaissance. Dans le sens de Foucault (1969, 1966), l'épistémè constitue un « a priori historique » (Foucault, 1969 : 166), un « système de règles invisibles » (Vuillemin, 2012 : 2) qui instaure un ordre dans les connaissances qu'il est possible de produire, ou même juste de penser dans le cadre d'une époque (Vuillemin, 2012). Dans sa conception, la transformation des connaissances s'observe à travers l'intérieur du domaine de la science (horizontal), mais aussi à l'intérieur du domaine de la société (vertical) (Juignet, 2015). Plusieurs auteur·rices (Adler & Bernstein, 2004; Juignet, 2015) font le lien avec la notion d'habitus de Bourdieu, dans le sens où au lieu de contraindre l'individu, l'épistémè contraint les sociétés.

« À l'instar de l'habitus de Pierre Bourdieu – mais un habitus qui contraindrait l'ensemble de la société davantage que ses individus –, l'épistémè de Foucault conditionne les paradigmes de l'existence de telle manière que, pour emprunter à Spinoza, “les hommes se croient libres pour la seule raison qu'ils sont conscients de leurs actions et ignorants des causes par lesquelles ils sont déterminés” (Spinoza, 1677 : 186). Dévoilant les déterminismes qui commandent une partie considérable des idées et des actions, la notion d'épistémè fait apparaître les comportements prétendument libres et raisonnés comme relevant en définitive bien davantage du simple réflexe que de la réflexion proprement dite. » (Vuillemin, 2012 : 2)

La notion épistémique réfère ainsi directement à l'épistémè, que nous définirons de façon simple comme un système de connaissances relatif à une époque et un contexte, alors que la notion épistémologique réfère à l'épistémologie qui est une discipline scientifique, souvent définie comme la théorie de la connaissance. Les deux notions sont interreliées puisque la première conditionne les possibilités d'existence de la seconde.

3.1.3 De la notion de gouvernance globale (global governance) à la gouvernance globale en santé (global health governance)

Comme nous l'avons soulevé dans la revue des écrits (chapitre 2, article 2A), la notion de gouvernance globale avait été choisie pour être une « porte d'entrée conceptuelle pour aborder la question de la place des connaissances dans les actions collectives supranationales » (Filloi & Ridde, 2020 : 3). Mais cette notion s'est révélée finalement peu pertinente en tant que concept. En effet, un concept est composé de trois dimensions : le sens, le terme et le référent (Daigneault & Jacob, 2012) (figure 5).

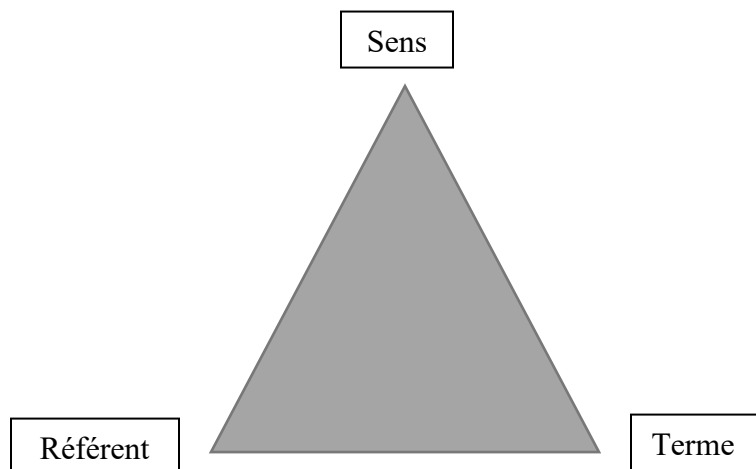


Figure 5. - La conception tripartite du concept (adapté de (Daigneault & Jacob, 2012))

En premier lieu, le sens désigne l'idée du concept et permet sa compréhension. En deuxième lieu, le terme ou le mot est un symbole qui permet de désigner une unité de sens. En troisième lieu, la dimension référentielle du concept est le fait de référer à des objets du monde réel. Lors de la revue des écrits, nous avons pu observer que la notion de gouvernance globale peut être comprise de plusieurs manières, avoir plusieurs sens, et référer à des réalités différentes selon la perspective d'où on se place.

Si l'on considère la gouvernance globale en santé (global health governance), ce même problème conceptuel se recense. Lee et Kamradt-Scott (2014) ont défini trois utilisations de la notion de gouvernance globale en santé (global health governance).

La première réfère à la mondialisation et la gouvernance en santé (*globalisation and health governance*). Elle concerne :

« [Les] acteur·rices institutionnel·les, [les] arrangements et [les] processus d'élaboration des politiques qui régissent les questions de santé dans un monde de plus en plus globalisé [...] ce concept [...] s'intéresse principalement aux institutions liées à la santé qui régissent les réponses collectives à ces questions » (Lee & Kamradt-Scott, 2014 : 5, Traduction libre)

La deuxième réfère à la gouvernance globale et la santé (*global governance and health*). Elle désigne :

« La manière dont les institutions de gouvernance globale extérieures au secteur de la santé ont influencé les déterminants sociaux de la santé au sens large » (Lee & Kamradt-Scott, 2014 : 6, Traduction libre)

La troisième réfère à la gouvernance pour la santé mondiale (*governance for global health*). Elle concerne :

« Les arrangements de la gouvernance nécessaires pour faire avancer les objectifs de santé mondiaux convenus. Cette utilisation du terme est plus normative, car elle ne se contente pas de répondre aux effets de la mondialisation sur la santé, mais cherche à atteindre des objectifs particuliers tels que l'accès aux médicaments, l'équité en matière de santé ou les soins de santé primaires, ou des principes tels que les droits de l'homme et la justice sociale. » (Lee & Kamradt-Scott, 2014 : 6, Traduction libre)

Dans le cadre de cette thèse, nous considérons la gouvernance globale en santé comme un contexte plutôt que comme un concept clé. Nous souhaitons considérer ce contexte dans le sens de la deuxième version mentionnée, c'est-à-dire comme la gouvernance globale et la santé afin de mettre l'accent sur l'étude des déterminants structurels qui ne sont pas spécifiques à la santé.

Alors que l'objectif général de cette thèse est de comprendre la manière dont les déterminants structurels influencent les systèmes de production et d'utilisation des connaissances en santé mondiale, nous choisissons de circoncrire notre analyse aux fondements épistémiques et épistémologiques des connaissances dans le contexte de la gouvernance globale en santé.

3.2 Ancrage théorique et conceptuel

3.2.1 L'épistémologie sociale comme la quatrième vague de recherche sur le K*

3.2.1.1 Les quatre vagues de la recherche sur le K*

Jacobson (2007) a décrit quatre vagues historiques de la recherche sur le K*. De 1920 à 1960, la première vague a consisté à comprendre comment les technologies et les pratiques de l'innovation étaient acceptées et comprises par les individus, notamment dans les domaines de l'éducation et de l'agriculture. De 1960 à 1980, les recherches de la deuxième vague ont porté sur la façon dont les individus et les organisations utilisaient et adoptaient les innovations. À partir des années 1990, la troisième vague correspond à l'accent mis sur les pratiques des agences des gouvernements et organes décisionnels en matière de dissémination et d'utilisation des connaissances basées sur la recherche. La quatrième vague, qui est décrite par Jacobson (2007) est définie par l'entrée de l'épistémologie sociale dans le champ de la recherche sur le K*.

3.2.1.2 Définition de l'épistémologie : la « théorie de la connaissance »

L'épistémologie, ou la théorie de la connaissance, est définie différemment selon les courants et les traditions disciplinaires. Pour certains, il s'agit d'une branche de la philosophie des sciences qui a pour objet la validité des sciences, considérées comme des réalités que l'on observe, décrit et analyse. Elle traite des problématiques telles que l'objectivité des sciences, la nature des lois scientifiques, la définition du progrès scientifique (Bouvier & Conein, 2007). Pour d'autres, elle a pour objet la manière dont les individus devraient s'y prendre pour trouver la vérité, dans une perspective individuelle, que ce soit par les connaissances scientifiques ou non (Goldman & O'Connor, 2019). L'épistémologie, selon ces deux approches, se focalise sur les sources considérées comme directes des connaissances, c'est-à-dire celles auxquelles l'individu a accès comme sa perception, sa raison, sa mémoire. Elle s'appuie sur la tradition des philosophes des

Lumières, soit « l'appel pur et simple à penser par soi-même » (Bouvier & Conein, 2007 : 18), et la prédominance des processus cognitifs dans la recherche de la vérité des individus.

3.2.1.3 Définition de l'épistémologie sociale

3.2.1.3.1 Étudier les caractéristiques sociales des connaissances

L'épistémologie sociale a pour objet l'étude des sources indirectes de connaissances telles que le *témoignage* au sens large, et prend en compte le fait que la plupart des informations sont transmises aux individus par une personne (par oral ou par écrit) (Bouvier & Conein, 2007; Goldman & O'Connor, 2019). La plupart du temps, en épistémologie sociale, la définition de la connaissance est celle de Platon, c'est-à-dire l'intersection de la vérité et des croyances : la connaissance est une croyance vraie justifiée (*justified true belief*). L'individu a une croyance qu'il pense vraie, obtenue par n'importe quelle méthode, fiable ou non, qu'il est capable de *justifier*, d'expliquer pourquoi elle est vraie. Le témoignage est la première source indirecte d'acquisition de connaissances, au sens de croyances vraies justifiées. Une immense partie des connaissances est basée sur des preuves dites sociales, c'est-à-dire les témoignages d'autres personnes. Pour déterminer si une proposition est vraie, un individu sollicite son expérience, les opinions d'autres personnes, en allant directement demander à des proches, des personnes considérées comme compétentes ou en réalisant des recherches sur internet ou à la bibliothèque. Ce témoignage est considéré par les épistémologistes sociaux comme une source de justification de ces croyances vraies. L'individu évalue ces témoignages afin de considérer la véracité de la proposition. Pour les épistémologistes constructivistes, cette justification est influencée par les relations sociales étendues à l'ensemble de la société :

« Une alternative à l'épistémologie naturaliste a été posée avec l'apparition, à la fin des années 1980, de "l'épistémologie sociale". L'épistémologie sociale critique le point de vue individualiste du logicisme et du naturalisme. Elle met en avant l'idée que les hommes collaborent dans la production des connaissances, même les plus ordinaires. Elle insiste sur le fait que chaque individu n'est dépositaire que d'une part infime de savoir, dont la plus grande partie lui vient de l'extérieur : le témoignage des sens n'est rien face au témoignage d'autrui, rapporté dans les discussions, les livres, les cours, les journaux » (Berthelot, 2008 : 203)

Intégrer l'épistémologie sociale dans la recherche sur le K* est ainsi décrit comme un moyen d'approfondir certains sujets qui sont encore peu traités dans les écrits actuels. Il s'agit de comprendre comment les caractéristiques sociales des individus, leurs relations, les contextes sociaux et économiques et les institutions influencent les connaissances (Jacobson, 2007; Oliver & Pearce, 2017). La majorité des épistémologistes sociaux reconnaissent que les préoccupations de l'épistémologie sociale chevauchent les préoccupations de la sociologie de la connaissance et des sciences, l'histoire et la philosophie des sciences, et les études sociales des sciences (Jacobson, 2007). C'est pourquoi elle est interdisciplinaire par nature.

3.2.1.3.2 Les différentes approches en épistémologie sociale

Il existe, d'une part, une approche classique de l'épistémologie sociale, que son principal précurseur Goldman appelle véristique (Goldman & Whitcomb, 2011); et d'autre part, une approche constructiviste.

Les approches classiques de l'épistémologie sociale sont centrées sur la recherche de vérité, de rationalité et d'objectivité. Il y a deux courants dans ces approches classiques : d'une part, l'objectif est de comprendre quelles sont les pratiques sociales qui peuvent maximiser la quantité de connaissances vraies justifiées ; d'autre part, plus en lien avec les traditions philosophiques, il s'agit de s'intéresser au témoignage, et sa valeur de vérité.

Dans l'approche constructiviste, il est moins utile de savoir si la connaissance est vraie ou non, mais il est essentiel de comprendre si elle est acceptée ou non, et pourquoi, quand et comment elle est appliquée dans des contextes spécifiques. Les sociologues des sciences ont participé à l'évolution de cette approche, notamment en démontrant la construction sociale de la légitimité des faits scientifiques (Latour et al., 2006), ou en développant la théorie du programme fort qui postule que la science n'est qu'une production symbolique parmi d'autre qui ne se distingue en rien des croyances ordinaires (Bloor, 1991).

3.2.1.3.3 *Les différentes branches de l'épistémologie sociale*

Il existe trois branches de l'épistémologie sociale. En premier lieu, il s'agit de l'étude des interactions épistémiques entre les individus. La fiabilité des connaissances dépend de la nature des interactions sociales et de notre capacité à croire une personne. Cela correspond au niveau d'étude de *l'agent doxastique individuel*, c'est-à-dire la logique de l'agent individuel et son rapport à la preuve sociale (Goldman & Whitcomb, 2011). En deuxième lieu, une branche de l'épistémologie sociale a pour objet les groupes et questionne leur rapport aux processus épistémiques : comment les connaissances se forment-elles et se transmettent-elles dans les groupes ? En troisième lieu, une branche de ce champ de recherche concerne l'étude des systèmes (systèmes juridiques, sociaux, systèmes de révision par les pairs pour les scientifiques) et/ou les institutions (école, université). Il s'agit de comprendre comment, au-delà des interactions individuelles et des processus de groupe, les conditions de possibilités de production et d'utilisation des connaissances sont possibles.

Pour résumer, l'épistémologie sociale est une discipline permettant de comprendre comment un individu obtient des connaissances par des témoignages et comment cela influence le processus de justification pour que ce témoignage passe du statut de croyance à une croyance vraie justifiée (figure 6).

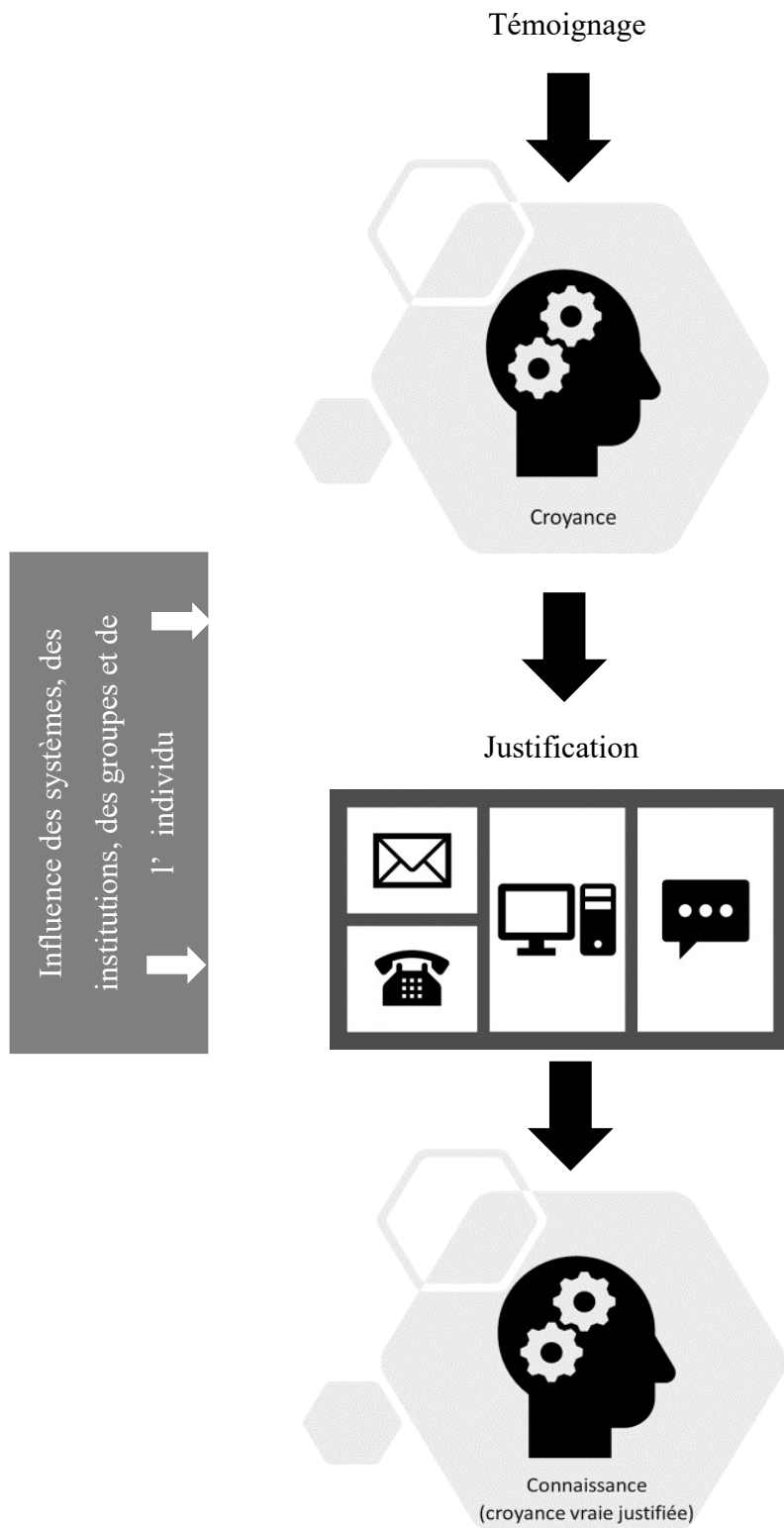


Figure 6. - Synthèse illustrée des objectifs de l'épistémologie sociale

3.2.2 Les caractéristiques sociales des connaissances

Les individus sont socialement liés aux connaissances du fait de deux déterminants : i) leur positionnement social et donc la nature située des connaissances (Haraway, 1988; Harding, 2003), ii) l'interdépendance des ressources épistémiques, c'est-à-dire les outils tels que le langage ou les concepts que chacun mobilise pour traduire les expériences ressenties en mots pour les partager à son entourage ou à une communauté donnée. Ce sont les épistémologies sociales féministes et décoloniales qui ont permis de comprendre le mieux les caractéristiques sociales des connaissances. En effet, elles ont marqué l'initiation d'une réflexion sur la façon dont les dynamiques sociales dans les groupes sociaux conditionnent la production des connaissances (Godrie et Dos Santos, 2017). Ces épistémologies visent à comprendre comment les normes et les pratiques des activités liées aux connaissances affectent les vies des femmes et des populations des anciennes colonies et comment elles participent à des systèmes d'oppression. Ce concept est aujourd'hui utilisé pour étudier toutes les formes d'oppression et pas seulement le sexisme ou le racisme (Godrie et Dos Santos, 2017).

Pour Haraway (1988) et Harding (2003), pionnières des épistémologies du point de vue féministes (*feminist standpoint*), la représentation universelle et objective des activités scientifiques ne fait que dissimuler les relations de pouvoir et la domination masculine présentes dans la production des connaissances, du fait de l'absence de reconnaissance de leur nature située. En effet, elles postulent que les conditions de vie, les expériences, le rapport aux normes, l'époque ont un effet sur le rapport à l'analyse des faits scientifiques et plus largement sur le système de production des connaissances. Les scientifiques réfléchissent, analysent et font des choix en fonction d'un point de vue, qui est, à tort, considéré comme neutre. Comme Haraway l'écrit, la métaphore de la vision permet de comprendre qu'un individu ne peut tout voir du fait de son caractère « incorporé (*embodied*) » et que « seule une perspective partielle assure une vision objective » (Haraway, 1988 : 118). La création de ressources épistémiques communes devrait ainsi être un ensemble de points de vue partiels pour augmenter leur efficacité et leur pertinence.

3.2.3 Des injustices à l'oppression épistémique

3.2.3.1 Les injustices épistémiques

Parfois, il arrive qu'une personne ne puisse pas être considérée comme « connaisseuse » à cause de son groupe social d'appartenance (genre, origine géographique, classe sociale). Sa capacité à faire valoir son expérience et sa participation à la production commune des ressources épistémiques est donc diminuée. Il s'agit d'une *injustice épistémique*.

Fricker (2007), philosophe anglaise, est la première à avoir formalisé ce concept même si les réflexions étaient depuis longtemps présentes dans les épistémologies sociales féministes. Les interactions avec les autres sont basées sur la capacité de chacun à rendre compte des faits et des observations de la réalité. C'est sur la base de la sincérité et/ou de la compétence que l'on établit la *crédibilité* des propos ou de la personne qui parle. Normalement, l'*autorité épistémique* de X est retirée lorsque X ment de façon répétée ou commet des fautes systématiques. Dans le cas des injustices épistémiques, cette autorité est ôtée, non pas à cause d'un comportement individuel, mais à cause de stéréotypes de celui·celle qui écoute par rapport au groupe social d'appartenance de X. Fricker a mis en exergue deux types d'injustices épistémiques : les injustices liées au témoignage (*testimonial injustice*) et les injustices herméneutiques (*hermeneutical injustice*).

Dans le premier cas, les témoignages de personnes faisant partie de groupes historiquement opprimés ou vulnérables sont décrédibilisés (Fricker, 2007). Par exemple aux États-Unis d'Amérique, les personnes noires peuvent ne pas être crues lorsqu'elles sont entendues par les forces de l'ordre (le préjugé serait que toutes les personnes noires mentent). Ces injustices se produisent également dans le quotidien des relations soignants-soignés. En effet, l'endométriose, qui n'a été reconnue que récemment, a montré une tendance des professionnels de santé à sous-estimer les douleurs évoquées par les femmes en consultation, du fait de préjugés sur la fragilité des femmes, voire de leur nature hystérique (Macphee, 2019). Cela se produit également entre les professionnels de santé d'un pays d'accueil et les migrants. À Montréal par exemple, discrimination et racisme sont largement vécus par ces derniers lors de leur recherche de soins (Cloos et al., 2020). Il a également été montré que l'on a attribué moins de crédibilités aux expert·es africain·es par rapport aux autres expert·es dans les médias occidentaux lors de la dernière

épidémie d'Ebola (Lauer, 2017). Cette même injustice a été observée lors de la pandémie de COVID-19, alors que peu d'États occidentaux, à qui l'on confère généralement une plus grande expertise, ont réussi à faire face de manière juste, transparente et démocratique (Dalglish, 2020; Ridde & Ba, 2020).

Dans le deuxième cas, les injustices herméneutiques réfèrent au fait que des personnes sont dépourvues de ressources épistémiques pour exprimer leur propre expérience en regard des ressources épistémiques dominantes. Un exemple concerne le concept de harcèlement sexuel qui n'est apparu que relativement récemment, empêchant les victimes de mettre en avant le caractère inadmissible des actions des agresseurs (Fricker, 2007). Ce sont aussi des problématiques qui touchent les personnes migrantes, qui ne maîtrisent pas le langage ou les codes du pays d'accueil. On pourrait par exemple citer l'exemple du traumatisme, qui est un concept qui n'existe pas dans toutes les cultures, même si la réalité vécue par chacun présente des similarités.

Les injustices épistémiques sont essentielles à reconnaître lorsque l'on s'intéresse à la justice sociale. Elles rendent les groupes les plus vulnérables, incapables de résister à l'oppression, car elles les rendent moins intelligibles et moins crédibles. Pour Fricker, ces injustices sont uniquement épistémiques et ne sont pas analysables comme des résultats des effets cumulatifs des déterminants sociaux et politiques, même si cette limite floue lui a été reprochée (Bernal, 2018; Coady, 2010; Hookway, 2010; Medina, 2013). Coady (2010) défend l'importance du caractère « distributif » des biens épistémiques dans la mesure où des individus peuvent être considérés comme moins connaisseurs du fait d'un manque de distribution des biens épistémiques tels que l'instruction. En réponse aux différents débats sur ses écrits, Fricker (2010) propose de se concentrer sur le versant discriminatoire des injustices épistémiques qui est ensuite approfondi par Anderson (2012). Cette dernière propose le terme « d'injustice liée à la compétence conceptuelle » qui est en fait le manque de reconnaissance attribué à un individu porteur d'une vision alternative d'une même expérience. Du fait de préjugés, une personne ne pourra pas accepter un concept ou un langage différent de celui qu'elle a l'habitude d'utiliser pour décrire une expérience et dévaluera la proposition de son interlocuteur·rice (Bernal, 2018). Hookway (2010) propose d'ajouter à la conceptualisation de Fricker le caractère subjectif de la perception d'une injustice :

« Les processus d'injustices épistémiques se caractérisent par des dynamiques interpersonnelles ou structurelles qui s'étendent dans le temps, sapant ainsi de manière cumulative les individus en tant qu'agents épistémiques et façonnent la vie épistémique collective et structurelle » (Bernal, 2018 : 10)

3.2.3.2 L'oppression et les trois degrés d'exclusion épistémique

Dotson (2018) conceptualise l'oppression épistémique comme une forme durable d'exclusion épistémique, qui permet d'aborder le versant plus structurel des injustices épistémiques. S'inspirant d'Adadevoh (2011), philosophe nigériane, Dotson définit l'exclusion épistémique comme « une violation induite de l'agentivité des sujets connaissant qui réduit leur capacité de participer à la production des savoirs » (Dotson, 2018 : 9), c'est-à-dire leur aptitude à utiliser des ressources épistémiques propres à une communauté donnée de sujets. L'agentivité peut prendre plusieurs formes comme le fait d'être capable d'utiliser ses ressources pour échanger et communiquer, le fait de mobiliser un ensemble de ressources pour donner un sens compréhensible par les autres individus à ses émotions et ses sensations ou ses expériences.

Il serait aisé d'imaginer que les formes d'oppressions sont volontaires, mais elles sont la plupart du temps le fruit de structures et de pratiques quotidiennes (Dick, 2018), elles sont donc systémiques.

Dotson conceptualise les exclusions épistémiques selon trois degrés en y intégrant la caractéristique « d'(ir)réductibilité » aux autres formes d'oppression politiques et sociales. Pour elle, le caractère irréductible de l'exclusion consiste dans le fait que le système épistémique dominant ne peut pas offrir des ressources pour résoudre ces exclusions. Il s'agit d'une exclusion épistémique de troisième degré. Lorsqu'au contraire, il est possible de lutter contre les exclusions au sein du système, les exclusions sont réductibles. Il s'agit des exclusions de second et premier degré.

3.2.3.2.1 L'exclusion épistémique de troisième degré

L'exclusion de troisième degré limite l'agentivité épistémique des individus du fait du caractère « inadéquat » des ressources épistémiques dominantes communes. Cette exclusion existe lorsque

le mode de vie épistémique (*epistemic lifeway*) est dirigé par un groupe d'individus dominants qui limite, consciemment ou non, l'agentivité épistémique d'autres individus ou groupes d'individus. Ce sont les groupes dominants qui décident des connaissances crédibles ou légitimes qui guident les modes de vie épistémiques. Dans ce cas, les ressources épistémiques communes sont inadéquates puisque dominées par une partie des individus à la vision partielle du monde.

En santé publique, on peut illustrer cette exclusion de troisième degré avec la santé qui est majoritairement cadrée par une approche médicale biologique. Une grande partie des écrits en santé ne traite de ce sujet que par le prisme des relations professionnel·les de santé / patient·es (que nous aborderons ci-dessous pour les injustices de second et premier degrés) (Kidd & Carel, 2017; Wardrope, 2015). Ce sont des philosophes comme Foucault qui ont permis de comprendre de façon plus systémique l'influence de la médicalisation de la santé. À travers l'histoire de la folie à l'âge classique (Foucault, 1976a) et celle des punitions et des sanctions (Foucault, 1975) et de la sexualité (Foucault, 1976b), Foucault va à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle les patients et les prisonniers sont de mieux en mieux traités, au fur et à mesure de l'avancée des connaissances et de l'évolution des législations. Selon lui, le « biopouvoir » montre l'évolution d'une société disciplinaire (« faire mourir et laisser vivre ») à des sociétés de contrôle où il est explicitement demandé aux populations d'adopter certains comportements pour contribuer à préserver leur vie (« faire vivre et laisser mourir »). Le biopouvoir, dans sa définition, transforme la vie en objet de pouvoir. Il estime que la santé publique est une preuve formelle de la volonté des pouvoirs en place de gagner de l'emprise sur les populations, notamment par la montée en puissance de certaines mesures comme la régulation des naissances, le recueil systématique des données médicales et biologiques, les politiques de vaccination (Foucault, 1979). Alors que dès 1920, l'une des premières définitions formelle de la santé publique faisait mention des « efforts organisés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, [...], l'organisation des services de médecine et d'infirmierie [...] et le développement d'une machinerie sociale qui peut assurer un niveau de vie adéquat à tous les individus » (Winslow, 1920), le discours biomédical a peu à peu pris l'apanage de la santé publique. La découverte de la pénicilline et les antibiotiques ont participé à une modification de la place du médicament dans la relation thérapeutique et dans la conception de la santé. On assiste à une standardisation des traitements : un médicament n'est plus fabriqué pour un patient, mais pour une maladie ou un symptôme (Baxerres, 2014). La professionnalisation du soin écarte peu à peu les fonctions sociales des acteur·rices de la santé,

telles qu'elles étaient (et sont encore parfois) conçues par les guérisseurs ou les matrones (Jaffré, 2018; Olivier de Sardan & Jaffré, 2003). On conçoit peu à peu le patient par rapport à ses symptômes ou son tableau clinique plutôt que dans sa globalité, en lien avec le système dans lequel il évolue. Dans la santé publique actuelle, les connaissances qui ne concordent pas avec une approche médicale biologique occidentale de la santé n'ont pas de place dans l'arène globale : à titre d'exemple, l'inclusion de connaissances de populations qui ont une approche plus globale de la santé est encore peu développée (Ansloos & Peltier, 2021; Desclaux & Lévy, 2003; Gewin, 2021). Alors que le concept de « une seule santé » est en plein essor dans la gouvernance globale, notamment depuis la pandémie de COVID-19, les liens entre les animaux, la nature et les êtres humains sont depuis longtemps considérés par certaines populations comme la base du bien-être (Brand et al., 2021). Toutefois, certain·es pensent que l'approche sécuritaire dans laquelle est ancrée le concept « d'une seule santé » ne permet pas de réellement prendre en compte les approches dissidentes de la santé proposées par les acteur·rices non dominant·es de la gouvernance globale (Baquero et al., 2021). Une des preuves de ce constat est l'accent mis sur les propositions de solutions basées sur des connaissances biomédicales à chaque nouvelle crise sanitaire (Yoon, 2010, Paul et al., 2020).

3.2.3.2.2 L'exclusion épistémique de second degré

L'exclusion épistémique de second degré concerne le caractère « insuffisant » des ressources épistémiques au sein d'un système. Les individus victimes d'exclusion épistémique ne peuvent pas utiliser leurs ressources épistémiques. Ils doivent user de ressources inadéquates pour eux, pour pouvoir participer à la construction de nouvelles ressources communes dans ce système. On peut par exemple faire le lien avec les injustices herméneutiques ou liées à la compétence conceptuelle.

Par exemple, Fitzpatrick (2020) montrait comment, dans la santé publique actuelle, la majorité des campagnes de prévention contre le suicide, bien qu'elles soient de plus en plus participatives, utilisaient les témoignages des survivants pour appuyer leur propre conception de la prévention. En effet, ces campagnes mettent en avant les moyens de surmonter les pensées suicidaires, la disponibilité des services et des ressources, la nécessité de persévérer, et l'encouragement des individus à demander de l'aide. Les discours font appel à des mots et des concepts classiques pour

les professionnel·les de la santé, mais peu de prise en compte des émotions et de la réalité que vivent les patient·es ou les survivant·es. En outre, ces campagnes ne permettent pas d'aborder le rôle des déterminants sociaux (niveau de vie, discrimination, culture) dans les possibilités de rétablissement ou l'impact des politiques d'austérité dans les pays occidentaux sur les taux de suicide (Fitzpatrick, 2020). Ainsi l'apport des patient·es ou des survivant·es peut parfois être vécu comme plus symbolique que réellement fondateur pour faire évoluer les connaissances sur le suicide et les moyens de prévention. Finalement, les patient·es ou survivant·es s'adaptent à ce qu'on attend d'eux plutôt que de faire part de leur approche de la maladie, axée sur leur contexte et leur émotion (Fitzpatrick, 2020). Dans un tout autre contexte, on assiste également à des éditoriaux dans les revues scientifiques de plus en plus vindicatifs pour vaincre le racisme en santé (Del Pozo & Rich, 2021; Olusanya, 2021), notamment en offrant davantage d'espace de participation aux minorités. Mais « donner une place » n'est souvent pas suffisant. Il a par exemple été montré que les groupes sociaux minoritaires ou au faible niveau socio-économique adoptent des comportements plus néfastes pour la santé que les groupes sociaux non minoritaires ou socioéconomiquement dominants de leur société (Danaei et al., 2009; Kawachi et al., 2005; Williams & Mohammed, 2013). Ces comportements, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, les conduites à risque sur la route ou sexuelles, peuvent être compris comme une manière d'opposer une résistance sociale à un climat ambiant qui est défavorable pour eux, de par une sensation de racisme ou de discrimination économique (Factor et al., 2013; Scott, 1985). Ces stratégies de résistance, qu'elles soient conscientes ou non, ont comme conséquences de nombreux problèmes de santé mentale et physique (Carr et al., 2014; Sosoo et al., 2019; Williams & Mohammed, 2013). Elles nous permettent également d'observer que pour certaines personnes victimes d'oppression sociale, il existe une impossibilité de reconnaître, conceptualiser ou partager la sensation de discrimination. Ce qui les conduit à développer d'autres stratégies en parallèle.

3.2.3.2.3 L'exclusion épistémique de premier degré

L'exclusion épistémique de premier degré concerne l'impossibilité pour des individus subissant déjà des oppressions sociales de contribuer à la production de connaissances du fait de « l'inefficacité » des ressources épistémiques communes existantes. Ces ressources sont

« inefficaces », car elles créent des déficits de crédibilité parmi certains individus/groupes et participent à produire des identités « épistémiquement défavorisées » (Dotson, 2018), du fait de l'existence de préjugés sociaux. L'injustice épistémique de témoignage peut être considérée comme une exclusion épistémique de premier degré. L'injustice de témoignage consiste en l'impossibilité pour ces patients de contribuer à participer au renouvellement de la compréhension d'un phénomène (par exemple d'une maladie) malgré leur point de vue unique sur celui-ci. Leur contribution n'est pas considérée en tant que telle, mais à travers l'interprétation d'une tierce personne (le·la professionnel·le), considérée comme compétente au niveau épistémique.

Dans le contexte des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité, par exemple, des stéréotypes négatifs peuvent être associés à « l'étiquetage » lié au diagnostic (Scheff, 1975). Lewis et Appleby (1988) ont montré que, comparé à des cas témoins n'ayant reçu aucun diagnostic, les cas auxquels on associait le diagnostic de trouble de la personnalité étaient considérés par les professionnel·es de santé comme « manipulateurs, recherchant l'attention, ennuyeux et contrôlant leurs pulsions suicidaires » (Lewis & Appleby, 1988). Ces stéréotypes peuvent influencer les modes d'interaction entre les patients et les professionnels de santé et déséquilibrer la relation thérapeutique en devenant le mode d'explication attribué d'office à tous les comportements passés ou futurs du patient (Kyratsous & Sanati, 2017). Cela peut aussi participer à expliquer le manque de considération des connaissances expérientielles des patient·es (Grim et al., 2019). En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, on observe que des discriminations surviennent envers les patients en minorité ethnique (Cloos et al., 2020). Ces personnes consultent moins en cas de besoin et lorsqu'elles le font, elles peuvent subir des différences de traitement par rapport à leurs pairs non discriminés. Par exemple, aux États-Unis, les personnes afro-américaines et latino-américaines sont moins traitées pour la douleur que les personnes blanches, pour des symptômes ou maladies équivalentes (Meghani et al., 2012).

3.3 Problématique

Le constat de départ de cette thèse est l'existence et la persistance d'injustices sociales dans la santé des populations dans le monde et l'influence des déterminants structurels sur ces injustices, mais

également dans la manière dont on s'organise pour lutter contre elles. Nous n'avons pas pour prétention d'expliquer l'entièreté des injustices sociales et de leurs mécanismes de répétition et de reproduction. Nous souhaitons plus modestement centrer notre analyse sur un processus en particulier : le K* en santé mondiale. Alors qu'il vise à promouvoir des décisions politiques informées par les meilleures données probantes disponibles, il peut participer à la reproduction des modèles qui créent les injustices sociales du fait de son inscription dans des structures injustes. Nous circonscivons notre analyse à l'étude d'un concept clé qui permet de comprendre l'influence des déterminants structurels sur la production et l'utilisation des connaissances : l'oppression épistémique. Cette thèse vise à analyser comment les pratiques quotidiennes et le contexte de la santé mondiale favorisent une oppression épistémique.

4 Chapitre 4 – Cadre conceptuel, objectifs et méthodes

Ce chapitre présente un cadre conceptuel permettant d'explicitier le lien entre le K* en santé mondiale, objet principal de cette thèse, et les concepts d'oppression et d'exclusions épistémiques qui permettent d'introduire l'étude des déterminants structurels dans les fondements épistémiques et épistémologiques des connaissances dans le contexte de la gouvernance globale en santé. Ce chapitre présente également les objectifs spécifiques de la thèse et les méthodes utilisées pour les atteindre.

4.1 Cadre conceptuel

Nous avons vu, à travers différents exemples dans la santé, que l'oppression épistémique pouvait s'analyser à travers trois niveaux :

- Le mode de vie épistémique et le caractère « inadapté » (Dotson, 2018) des ressources qui le constitue du fait de leur constitution autour d'une seule vision du monde (exclusion de troisième degré) ;
- L'interdépendance des ressources épistémiques existantes dans les modes de vie épistémiques et leurs caractères « insuffisants » (Dotson, 2018) du fait de l'impossibilité pour certains individus d'utiliser leurs propres ressources pour participer à la construction de nouvelles (exclusion épistémique de second degré) ;
- L'identité épistémique et le caractère « inefficace » (Dotson, 2018) des ressources épistémiques communes du fait de l'attribution des préjugés à la connaissance produite ou transmise par un individu selon son positionnement social (exclusion de premier degré).

Pour comprendre comment les pratiques quotidiennes et le contexte de la santé mondiale favorisent une oppression épistémique, nous étudions trois phénomènes correspondant aux trois degrés d'exclusion épistémique, en suivant une échelle d'analyse à trois niveaux (macroscopique, mésoscopique, microscopique) qui rappellent les trois branches de l'épistémologie sociale (système, groupe, individus).

Pour cela, nous étudions en premier lieu la construction d'une ressource épistémique commune en santé mondiale à un niveau macroscopique. En santé mondiale, ce sont les programmes et objectifs mondiaux qui constituent le quotidien pour guider les pratiques et les recherches. Une ressource épistémique commune, en tant qu'outil communément utilisé par une communauté donnée pour définir une réalité sociale, est fortement utile pour s'accorder dans l'action collective. Nous étudions donc une ressource en particulier : la couverture sanitaire universelle (CSU) qui est un concept utilisé par une grande partie des acteur·rices en santé mondiale et qui guident de nombreuses initiatives. Elle vise à garantir que tout le monde puisse utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans risquer un appauvrissement ou une ruine financière parce qu'ils ont dû payer pour ces services (Étienne et al., 2010). La CSU fait partie des objectifs du développement

durable. Nous analysons l'avènement de la CSU dans la gouvernance globale à partir d'un concept en particulier : le pouvoir productif que nous développons ci-dessous (4.1.1.). Il s'agit d'analyser l'avènement de la CSU comme une étude de cas afin de mieux comprendre le mode de vie épistémique de la santé mondiale.

Nous étudions en deuxième lieu l'appropriation de cette ressource épistémique à un niveau mésoscopique, et la manière dont un groupe, en l'occurrence un programme de recherches interventionnelles, permet ou non de prendre en compte des voix dissidentes, promouvant une définition différente de la CSU. En effet, même s'il existe des objectifs guidés par des niveaux décisionnels de haut niveau, il existe une possibilité au niveau organisationnel de se réapproprier ces ressources épistémiques. Nous analysons l'appropriation de la CSU par un programme de recherches comme une étude de cas afin d'étudier les conditions permettant ou bloquant la dissidence dans la production de connaissances scientifiques. Pour cela, nous utilisons le concept de diversité épistémique que nous développons ci-dessous (4.1.2). Ce concept permet de comprendre comment l'organisation d'un collectif influence l'émergence et la mise en œuvre des idées.

Nous étudions en troisième lieu l'évaluation des connaissances et notamment la façon dont les individus jugent de la qualité de ces dernières en fonction des personnalités ou des organisations qui les présentent. Cette étude concerne le niveau microscopique et donc la manière dont les individus réagissent face à des connaissances. Nous analysons ce niveau grâce à une expérimentation qui permet d'observer l'effet d'une organisation autrice d'un document sur les qualités attribuées aux connaissances contenues dans ce dernier et l'intention de les utiliser. Pour cela, nous nous centrons sur les critères d'évaluation des connaissances, que nous développons ci-dessous (4.1.3).

4.1.1 Exclusion de troisième degré et pouvoir productif

Ce degré d'exclusion est le plus difficile à illustrer de façon concrète du fait de son inscription dans un contexte macroscopique. Il est compliqué, par exemple, de comprendre qui est responsable de la diffusion de certaines idées et comment cela se produit dans la santé publique. Barnett et Duval

(2005) ont mis en évidence différentes formes de pouvoir dans la gouvernance globale : le pouvoir coercitif (*compulsory*), le pouvoir institutionnel, le pouvoir structurel et le pouvoir productif. Le pouvoir productif est par nature diffus. Il s'agit d'une manière de considérer des systèmes de ressources épistémiques (langages, concepts, outils, etc.) comme normaux ou universels alors qu'ils correspondent à des visions du monde d'une partie de la population. Ces ressources servent à définir des phénomènes sociaux et rendre ces définitions universellement utilisées, guident les pratiques de la santé mondiale.

La production des indicateurs est particulièrement illustrative de ce processus (Tichenor, 2020). Par exemple, Merry (2016) compare quatre approches pour mesurer les violences faites aux femmes : l'égalité de genre, les droits humains, la justice criminelle, les statistiques nationales. Les systèmes de mesure diffèrent dans ces quatre cadres. Pour le premier, les violences faites aux femmes sont le produit des inégalités de genre et il s'agira de mesurer les inégalités et les discriminations, alors que pour le second, on mesurera toutes les formes de violence (y compris celles de l'État, des groupes armés ou de la police). Chaque cadre est porté par des institutions différentes et a plus ou moins de pouvoir et de moyens pour porter sa cause. Un autre exemple concerne l'utilisation presque généralisée des indicateurs de la gouvernance globale qui servent notamment à décider si l'on peut, ou non, octroyer des fonds pour l'aide au développement et surtout, comment le faire. Ces indicateurs sont produits par une équipe d'experts qui gèrent et analysent de façon routinière les pratiques et capacités d'un large nombre d'États à partir de méthodologies et de critères standardisés. Ces experts déterminent ce qui est rationnel et correct et ainsi de la façon dont les pays doivent évoluer vers une « bonne gouvernance » (Löwenheim, 2008 : 256). « Plutôt que de révéler la réalité, les indicateurs la créent » (Merry, 2016 : 371, Traduction libre). La notion de pouvoir productif est ainsi, non pas un pouvoir « négatif », qui restreint, mais un pouvoir qui crée, produit des systèmes de signification.

4.1.2 Exclusion de second degré et diversité épistémique

La diversité épistémique est une manière de considérer un objet d'étude de différentes manières. Il s'agit à la fois de la façon dont un objet va devenir un objet d'étude, de la façon de définir des

questions qui vont y être associées et des réponses que l'on va y apporter. Tous les sujets ne méritent pas d'être traités pour faire avancer les connaissances scientifiques et toutes les questions ne méritent pas d'être posées. Mais les sociologues des sciences ont permis de comprendre que la façon dont on légitime certaines questions par rapport à d'autres est le résultat de processus sociaux (Latour, 2005; Latour et al., 1979). Il y a deux courants de pensée par rapport à la notion de diversité épistémique. Le premier est celui du « laissez-faire » ou de la « main invisible » qui postule que la diversité épistémique est toujours présente de façon naturelle. Le deuxième courant est porté par les épistémologies féministes qui postulent qu'il faut augmenter la diversité épistémique, notamment dans les activités scientifiques. En se basant sur les épistémologies des sciences physiques et biologiques, Keller et Longino (1985; 1990) ont affirmé que les préférences pour modéliser le monde étaient tournées vers les théories linéaires, qu'elles décrivent comme associées à une pensée hiérarchisée masculiniste, les théories complexes seraient davantage associées à une pensée féminine. Pour elles, améliorer la diversité épistémique est une manière de favoriser l'émancipation des femmes et des hommes, mais pas seulement. Outre le genre, d'autres caractéristiques sociales telles que l'appartenance à un pays, ou encore la classe sociale influence la façon dont se produit l'activité scientifique (Santos, 2007; Dübgen & Skupien, 2019). Améliorer la diversité épistémique serait aussi un critère pour faire progresser la science (Solomon, 2006). En effet, la dissidence et la créativité sont deux caractéristiques révélatrices de la diversité épistémique (Coutellec, 2013). Elles permettent d'observer si un sujet est approprié de façon originale, à l'encontre de ce qui est habituellement réalisé et en remettant en cause l'ordre social et épistémique établi. Elles interrogent le rapport aux normes.

4.1.3 Exclusion de premier degré et système d'évaluation des connaissances

La crédibilité est au cœur de la définition de l'injustice épistémique de témoignage (qui fait partie des exclusions de premier degré) puisque c'est par la décrédibilisation induite qu'elle se manifeste. L'influence de la source (auteur·rice ou organisation autrice) de connaissances sur la crédibilité attribuée à ces dernières est particulièrement étudiée depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale alors que les États-Unis réalisaient des campagnes de propagande pour influencer les opinions publiques sur les efforts de guerre (Umeogu, 2012). La crédibilité réfère à la perception d'une

personne de la vérité d'une information (Umeogu, 2012). Dès 1953, Hovland et al. (1953) proposaient leur théorie de la crédibilité de la source qui postule que les individus sont plus à même d'adhérer à une information lorsque sa source leur paraît crédible, indépendamment du type d'information. Selon la définition d'Aristote, les moyens de persuasion se déclinent en trois catégories : i) *ethos*, par le caractère, la morale, la façon de susciter l'attention d'un public, la réputation, ii) *logos*, par le discours, le raisonnement logique, les arguments en tant que tels, iii) *pathos*, par l'expérience personnelle, l'évocation des émotions, des sentiments (Umeogu, 2012). L'évaluation de la crédibilité d'une information se fait généralement à partir de trois principales caractéristiques : l'exactitude (*accurate*), l'authenticité (*authentic*) et la vraisemblance (*believable*) (Appelman & Sundar, 2016). Dès les années 1980, d'autres caractéristiques avaient été proposées : le sentiment de compétence, la sociabilité, le caractère extraverti de la source (McCroskey et al., 1974), sa sympathie, sa confiance, son dynamisme (Berlo et al., 1969); le justesse, la présence de biais, l'exhaustivité, la précision, la confiance (Gaziano & McGrath, 1986; Meyer, 1988). Plus récemment, des scientifiques, en s'appuyant sur l'ensemble de ces caractéristiques, ont proposé un système de qualités attribuées aux informations, nécessaires pour favoriser l'acceptation et l'utilisation par les lecteur·rices (Böcher, 2017; Cash et al., 2002; Kunseler et al., 2015) : la pertinence (*salience*), la crédibilité (*credibility*) et la légitimité (*legitimity*). La pertinence réfère à l'importance que l'information a pour un individu, au regard des décisions qu'il·elle a à prendre. Cette qualité dépend de l'interaction entre le sujet et le contenu des connaissances (Cash et al., 2002). La crédibilité, comme nous l'avons vu, est un attribut très traité dans la littérature, notamment en épistémologie sociale. Elle réfère à la perception d'une personne de la vérité d'une connaissance et peut s'observer en évaluant à la fois l'exactitude (*accurate*), l'authenticité (*authentic*) et la vraisemblance (*believable*). La légitimité implique une perception d'équité dans la manière dont sont présentées les connaissances. C'est-à-dire, qu'un ensemble de points de vue est représenté et pas seulement celui de la personne qui présente l'information. Peu d'études concerne les trois attributs simultanément. Pourtant, nous pensons qu'il est utile de s'intéresser, non seulement à la manière dont les individus établissent la crédibilité d'une information, mais aussi à ce qui influence la légitimité et la pertinence perçue.

4.2 Objectifs et méthodes

4.2.1 Objectif 1

Afin de comprendre comment peut se produire ou pas une exclusion de troisième degré dans la construction d'une ressource épistémique commune en santé mondiale (la CSU), nous analysons la manière dont le pouvoir productif se met à l'œuvre dans un tel processus. Le premier objectif (O1) de la thèse vise à analyser l'avènement de la CSU dans la gouvernance globale en santé.

La méthode est une revue des écrits critique qui fait suite à la première revue des écrits présentée dans le chapitre 1. La méthode est plus amplement détaillée dans l'article dédié à cet objectif (Chapitre 5, Article 2B).

4.2.2 Objectif 2

Afin de comprendre comment de nouvelles voix peuvent ou pas se faire entendre dans l'appropriation d'une ressource épistémique à un niveau organisationnel, et donc comment des exclusions de second degré peuvent ou non se produire, nous étudions la manière dont la diversité épistémique est à l'œuvre ou pas dans un programme de recherches interventionnelles qui vise à produire de nouvelles connaissances.

La démarche méthodologique est une étude de cas d'un programme de recherches en santé mondiale. Une ethnographie participante a été réalisée durant les deux premières années du programme, soit 24 mois. La méthode est plus amplement détaillée dans l'article dédié à cet objectif (Chapitre 5, Article 3).

4.2.3 Objectif 3

Afin de comprendre comment les connaissances peuvent être évaluées à partir du positionnement social des individus qui les transmettent, et donc comment des exclusions de premier degré peuvent ou non se produire, nous étudions l'effet de la source de connaissances sur leur perception.

La méthode est une étude expérimentale. Sept notes de politiques, aux organisations autrices différents, mais au même contenu, ont été proposées de façon aléatoire à des acteur·rices de la santé mondiale afin d'évaluer les différences de qualité attribuée au document et d'utilisation potentielle selon les différents auteur·rices.

Les liens entre le cadre conceptuel et les objectifs de la thèse sont présentés dans la figure 7.

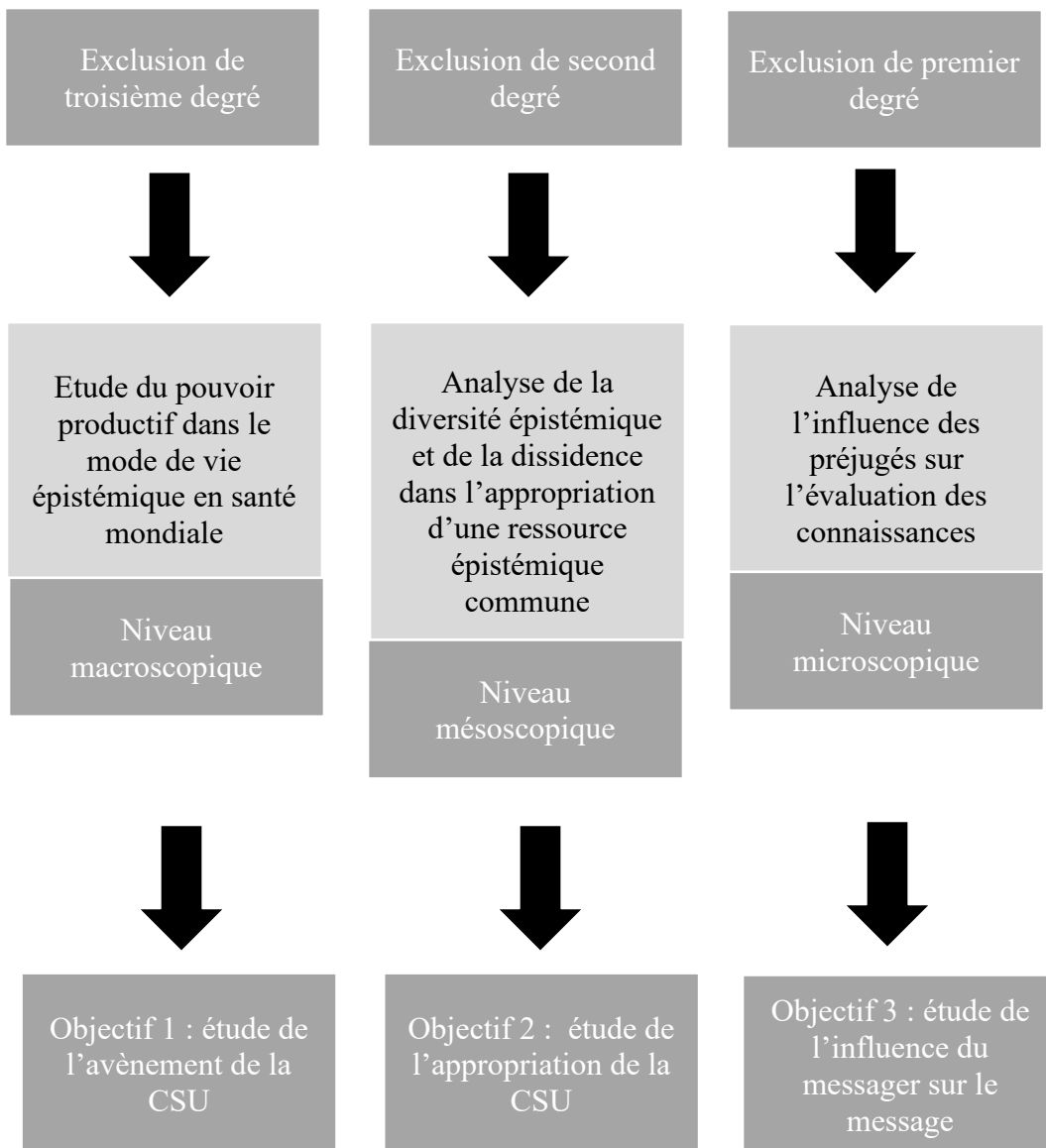


Figure 7. - Cadre conceptuel et objectifs de la thèse

4.3 Considérations éthiques

Le protocole de thèse a été soumis trois fois au comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal du fait de plusieurs modifications. Le certificat final a été obtenu le 17 juin 2020 (CERES-18-127-D) (Annexe 3).

En ce qui concerne l'objectif 2 sur l'étude de cas du programme de santé mondiale, du fait de l'arrivée de la pandémie de COVID19, les entretiens ont été réalisés par voie numérique. Deux méthodes ont été utilisées pour obtenir le consentement libre éclairé. D'une part, un courriel contenant le formulaire d'information et de consentement a été envoyé en même temps que la proposition de participer à un entretien avec l'étudiante-chercheuse. Il est disponible en annexe 4. En vertu du conseil du comité d'éthique pour cette période exceptionnelle, la réponse suivante écrite a été considérée comme un accord de la part du participant : « J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées ». D'autre part, un consentement oral a pu être donné lors de l'entretien, mais l'étudiante-chercheuse avait tout de même envoyé les formulaires d'information et de consentement en même temps que la proposition de participation à l'entretien par courriel. Lors de l'entretien, l'étudiante-chercheuse a noté que le participant a donné son accord par voie orale. Au moment de l'analyse, les fichiers contenant les noms, prénoms ou fonctions importantes des personnes ont été codés et anonymisés, afin de protéger l'ensemble des informations. Les fichiers contenant des éléments permettant l'identification des participants étaient dans un dossier protégé par un mot de passe.

En ce qui concerne l'objectif 3, la modalité de collecte des données a été en ligne puisqu'il s'agissait d'un questionnaire. Lors de l'envoi par courriel de l'invitation à participer à l'enquête, il y avait un lien pour lire l'outil présenté et répondre un questionnaire (sur la plateforme WIX). Cette plateforme permet de sécuriser les données en lien avec le Règlement général sur la Protection des Données (RGPD). Le RGPD - qui est entré en vigueur le 25 mai 2018 en France - vise à protéger le droit fondamental à la vie privée et à la protection des données personnelles des citoyens de l'Union européenne (UE). Pour ne pas biaiser l'expérience, deux formulaires d'informations et de

consentement ont été présentés au début et à la fin de l'expérience, ce dernier mentionnant le lien vers la note de politique de base, sans modification des auteur·rices. Les formulaires d'information et de consentement sont disponibles en annexe 5. Les participants pouvaient cliquer sur « accepter » ou « refuser » que les données soient utilisées pour l'enquête à la fin de l'enquête. S'ils refusaient, les données le concernant étaient détruites.

5 Chapitre 5 – Résultats

Ce chapitre vise à présenter les trois principaux résultats de cette thèse. En premier lieu, la construction d'une ressource épistémique commune de la santé mondiale au niveau de la gouvernance globale : la couverture sanitaire universelle (CSU). En deuxième lieu, la réappropriation de cette ressource épistémique commune au niveau mésoscopique grâce à l'étude de cas d'un programme de recherche interventionnelle portée sur la CSU. En troisième lieu, l'influence du positionnement social de la source des connaissances sur la perception de ces dernières.

Article 2B. L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale

Amandine Fillol, Lara Gautier, Valéry Ridde

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est publié dans la revue internationale des études du développement.

Référence complète :

Fillol, A.^{ab}, Gautier, L.^{ab} et Ridde, V.^b (2021). L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale. *Revue internationale des études du développement*, 247, 139-172. <https://doi.org/10.3917/ried.247.0139>

^a École de santé publique, Université de Montréal, Montréal, Canada

^b Centre population et développement, Institut de recherche pour le développement, Université Sorbonne Paris Cité, ERL INSERM SAGESUD, Paris, France

Cet article est disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-etudes-du-developpement-2021-3-page-139.htm>

Contribution des auteur·rices: L'idée de l'article a été émise par Amandine Fillol et proposée aux deux co-auteur·rices. L'idée a émergé à partir d'un atelier réalisé dans le cadre de la Chaire Réalisme sur la réflexivité en santé mondiale². La première version a été rédigée par Amandine Fillol et relue et commentée par Lara Gautier et Valéry Ridde à plusieurs reprises avant la soumission finale à la revue.

² Un cahier contenant les différentes expériences a été réalisé et est disponible sur le lien suivant : <http://www.equitesante.org/reflexivite-sante-mondiale/>

Résumé

Le contexte de la santé mondiale est propice au processus de co-production des connaissances scientifiques et d'un ordre social et économique du fait de la proximité des différent·es acteur·rices (recherche, politique, expertise). Ils·elles sont encouragé·es à se rapprocher afin de produire des connaissances pour l'action et de favoriser les politiques informées par les données probantes. Cela donne lieu à une organisation « centre-périphéries » qui favorise la diffusion d'idées d'un centre économiquement intégré à des périphéries dépendantes de ce centre. Ainsi, nous voyons à travers la fabrique de la couverture sanitaire universelle (CSU) que, sous couvert d'un objectif considéré comme dépolitisé et technocratique pour atteindre la justice sociale, ce sont des considérations marchandes de la santé qui sont véhiculées.

Mots-clés

Santé mondiale, gouvernance globale, pouvoir productif, science périphérique, CSU

Abstract

The global health context is favourable to the process of co-production of scientific knowledge and socio-economic order because of the proximity of the different actors (research, policy, and expertise). These actors are encouraged to collectively produce knowledge for action and to promote evidence-informed policies. This leads to a "centre-periphery" organization that promotes the diffusion of ideas from an economically integrated centre to peripheries dependent on that centre. We argue that even through the centre shapes universal health coverage (UHC) as a depoliticized and technocratic objective to achieve social justice, the emergence of this governance object conveys market considerations of health.

Key words

Global health, global governance, productive power, peripheral science, UHC

Introduction

Les actualités sanitaires liées au Covid-19 ont plus que jamais marqué l'importance de comprendre les processus de production et d'utilisation des connaissances scientifiques pour la prise de décision politique dans un contexte mondialisé. En effet, nombreux·ses sont les auteur·rices ayant déjà dénoncé les formes de pouvoir symbolique, culturel et social dans la gouvernance globale en santé, mais les études sur ce sujet restent encore rares, particulièrement lorsqu'elles questionnent le rôle des scientifiques (François et al., 2018 ; Shiffman, 2014, 2015). Ces formes de pouvoir s'illustrent particulièrement dans l'établissement des priorités mondiales en santé. Elles s'observent aussi dans les interventions concrètes mises en œuvre pour résoudre un problème de santé. Par exemple, durant l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en Asie en 2005, ce sont les idées et les intérêts liés aux considérations sécuritaires et biomédicales des pays à haut revenu et du secteur privé qui ont guidé les actions mondiales et nationales mises en œuvre (Kamradt-Scott, 2012 ; Yoon, 2010). Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'épidémie de Covid-19, mais il ne serait pas étonnant que de telles conclusions en émanent (Rajan et al., 2020). Il est en effet plus facile de « créer un consensus entre plusieurs scientifiques qu'un consensus scientifique » (St Clair, 2006: 60, traduction des auteur·rices) : rallier des individus à une cause pour produire et/ou légitimer des connaissances ne représente pas le même processus que d'utiliser des connaissances pour informer en toute transparence les multiples possibilités face à un problème (Oliver & Pearce, 2017).

L'organisation politique, comprise comme un système de règles et d'institutions qui gouvernent les ressources et les problèmes communs (Corry, 2013), prend un tournant inédit depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. En effet, la fin de la bipolarité « Est-Ouest » du monde, la crise de l'État souverain et la mondialisation économique et culturelle sont trois des principales caractéristiques qui ont amené la conceptualisation d'un « espace mondial » (Badie & Smouts, 1992). On parle ainsi de la gouvernance globale comme un moyen d'organiser et de diriger cet espace, qui n'est plus délimité au sens géographique par des territoires, mais au sens symbolique par des interactions entre les différentes entités politiques. La gouvernance globale prend la forme d'une gouvernance multicentrique, c'est-à-dire une implication de plusieurs entités de gouvernement telles que les organisations internationales, les États, les villes qui définissent l'organisation politique à travers des actions aux niveaux local, national, régional et global

(Cairney, 2019). Corry (2013) définit les politiques de la gouvernance globale comme des structures fondées non pas sur des acteur·rices, mais sur des « objets », qui sont la raison d'être de ces politiques. Ces objets sont des entités commandables ou gouvernables, au centre des préoccupations d'acteur·rices divers dans l'espace mondial. À titre d'exemple, des objets actuels de la gouvernance globale sont le climat (Allan, 2017), la pauvreté (St Clair, 2006), les violences faites aux femmes (Merry, 2016), la Covid-19 (Paul et al., 2020) ou encore la couverture sanitaire universelle (CSU) qui est l'objet d'intérêt de cet article.

En l'absence d'autorité juridique et coercitive reconnue à ce niveau, les modes d'exercice du pouvoir dans cette gouvernance globale polycentrique sont indirects et diffus (Barnett & Duvall, 2004 ; Nguyen, 2018). Barnett et Duval ont mis en évidence le concept de « pouvoir productif », c'est-à-dire le fait de définir et construire ces objets de la gouvernance globale à partir de grilles de lectures subjectives qui sont considérés par les parties prenantes comme relevant de l'acquis et du « normal » (Barnett & Duvall, 2004 ; Moon, 2019 ; Nguyen, 2018). Ces objets sont à la fois issus et parents du pouvoir productif, car ils influencent les discours, les pratiques et les façons de penser un phénomène social. Le présent article a pour objectif d'analyser la manière dont l'objet CSU est construit dans la gouvernance globale à travers le cadrage discursif (framing) de la conception marchande de la santé alors qu'elle est présentée dans la gouvernance globale comme un objectif neutre et technocratique de la santé mondiale.

L'idée de cet article est issue d'une revue des écrits en santé mondiale. Cette revue a donné lieu à une première analyse descriptive et à une deuxième analyse critique, laquelle est présentée dans cet article. La première analyse visait à recenser et à synthétiser les concepts permettant d'étudier les processus de production, de valorisation, de légitimation et d'utilisation des connaissances pour informer les décisions collectives dans la gouvernance globale en santé, mais aussi dans les autres secteurs. La deuxième analyse utilise des articles de la première, mais dans une perspective critique. Elle est ainsi appuyée par des références supplémentaires en sciences sociales qui traitent de la CSU en intégrant les questions de pouvoir et de connaissances. Moon (2019) a réalisé une typologie des pouvoirs en santé mondiale de laquelle nous nous sommes inspiré·es pour désigner la nature diffuse des relations entre les acteur·rices de la gouvernance globale. Elle évoquait notamment le pouvoir productif, concept mobilisé par Barnett et Duvall (2004) qui permet de considérer à la fois les pouvoirs moraux, d'expertises et discursifs. L'approche de ces auteurs nous a paru la plus pertinente du fait qu'elle permet de désigner non seulement le caractère diffus des

relations, mais également le caractère structurel et non intentionnel dans l'exercice d'un pouvoir à travers les processus de création, de valorisation, de légitimation et d'utilisation des connaissances. Barnett et Duvall définissent quatre formes de pouvoir dans la gouvernance globale : le pouvoir coercitif (compulsory), institutionnel, structurel et productif. Le pouvoir coercitif, ou pouvoir direct, est le contrôle d'un ou des acteur·rices par rapport à un autre à travers les interactions sociales. Le pouvoir institutionnel, ou pouvoir indirect, s'exprime à travers les institutions formelles ou informelles – les acteur·rices, en respectant les règles de ces dernières, orientent et limitent les actions d'autres acteur·rices (par exemple, les institutions internationales qui définissent qui peut ou non participer aux débats et prendre des décisions). Le pouvoir structurel est la perception de la position sociale des acteur·rices et son influence sur la représentation de leurs capacités, de leurs intérêts et de leur compréhension d'eux-mêmes par rapport aux autres. Enfin, le pouvoir productif se manifeste dans le développement de systèmes 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. Un exemple est celui de la classification des pays selon le respect des principes de « bonne » gouvernance – souvent définis par les organisations internationales (lutte contre la corruption, redevabilité, transparence, etc.) – et les pratiques, notamment en matière de financement de l'aide au développement, qui en découlent (Löwenheim, 2008).

Notre analyse des processus sociaux participant au pouvoir productif s'inscrit dans le champ d'études sur l'émergence (ou mise à l'agenda) (Gilbert & Henry, 2009) des « objets » de la gouvernance globale en santé. Ces derniers se réfèrent à des entités distinctes, malléables et politiquement pertinentes dans le cadre de la gouvernance globale en santé (Corry, 2013). De la même manière qu'Allan (2017), nous appliquons la définition de « l'objet » pour définir trois moments, imbriqués et non linéaires, participant à la fabrique de l'objet « CSU » dans la gouvernance globale en santé : la désignation des objets – à travers l'observation et la catégorisation des phénomènes naturels et sociaux –, leur traduction en entité abstraite, globale et adaptable partout, et leur problématisation par rapport au contexte sociopolitique (Allan, 2017 ; Boussaguet et al., 2019 ; Latour, 2005). Cette approche de la fabrique des objets exploite les apports des théories des relations internationales, de la sociologie, de l'action publique et de la sociologie des sciences et met en exergue la complexité des processus de fabrique des objets dans l'arène mondiale.

Ainsi, la première partie de notre analyse traite du contexte spécifique de la santé mondiale dans lequel la proximité des rôles des acteur·rices participant à la production et à l'utilisation des connaissances pour les décisions collectives est favorable au processus de co-production (Jasanoff, 2004). La co-production, qui signifie la production concomitante des connaissances et d'un ordre social et économique, permet d'expliquer comment le pouvoir productif peut se (re) produire en santé mondiale. La deuxième partie traite des processus de construction de l'objet CSU dans la gouvernance globale en regard de cette co-production et propose d'observer les fondations du cadrage discursif (*framing*) de la CSU dans la gouvernance globale en santé.

La santé mondiale : des acteur·rices hégémoniques et un cadrage discursif (*framing*) politisé

L'idiome de la co-production, tel que conçu dans les études des sciences et des technologies, postule que la production des connaissances est concomitante à l'établissement d'un ordre social (Jasanoff, 2004). Ce dernier se définit comme une structure stable impliquant une hiérarchie entre les individus. Comme les sociologues des sciences l'ont bien montré, la production des connaissances scientifiques est ancrée dans un contexte social, qui se traduit par des conventions, des normes, des discours, des instruments (*ibid.* ; Latour, 2005). L'idiome de la co-production ne considère pas la science comme uniquement constituée des intérêts, mais il ne la considère pas non plus comme un miroir objectif de la nature. Il permet de comprendre comment les acteur·rices de différents secteurs collaborent en créant à la fois des priorités, des politiques, et des connaissances. Ce phénomène est particulièrement observable en santé mondiale où les frontières entre les différents secteurs (recherche, politique, expertise) sont floues et où les acteur·rices occupent souvent plusieurs positions simultanées, pouvant influencer plusieurs secteurs. Nous allons voir dans cette section que l'organisation du champ de la santé mondiale peut s'observer à travers le modèle « centre-périphéries », qui favorise l'influence d'un « noyau dur » du néolibéralisme dans la co-production de connaissances en santé mondiale.

Des rôles et des autorités qui se confondent

Dans la gouvernance globale en santé, plusieurs catégories d'acteur·rices coexistent. Une récente cartographie systémique a permis de mettre en évidence neuf types d'acteur·rices (Hoffman & Cole, 2018) : les banques de développement multilatérales, les organisations philanthropiques, les institutions académiques, l'industrie privée, le système des Nations unies et les organisations intergouvernementales, les gouvernements, les partenariats publics-privés, les associations de professionnels, les organisations non gouvernementales (ONG) et de la société civile. Ils·elles sont caractérisé·es par différents rôles et différentes autorités : financière, morale, scientifique et d'expertise. Parfois, des personnes spécifiques cumulent des autorités et sont capables de participer à la diffusion des idées (Gautier et al., 2018). D'un point de vue structurel, les évolutions des rôles des différentes organisations ou corporations amènent à une proximité de plus en plus importante des secteurs de la production de connaissances et de la décision politique, ainsi qu'à un cumul des différentes autorités. L'autorité financière est principalement détenue par les États-Unis d'Amérique, les gouvernements et les organisations philanthropiques qui financent non seulement des actions en leur nom propre, mais passent aussi par d'autres canaux (OMS, banques de développement, ONG) (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2021). Les organisations philanthropiques concentrent à elles seules plus que l'ensemble des financements en santé mondiale des pays européens (ibid.). Certains auteur·rices parlent même de « l'approche Gates » de la santé mondiale (Storeng, 2014), qui favorise une approche biomédicale basée sur le développement de vaccins plutôt que sur une approche large de la santé publique, notamment grâce à la formalisation des partenariats public-privés (Birn, 2013). Elles ont un rôle plus diffus, mais tout aussi central, car elles pèsent dans les processus de transformation des données probantes en politiques publiques (Harman, 2016).

L'autorité morale est principalement détenue par le système des Nations unies, les organisations intergouvernementales et les ONG. Ces organisations tendent toutefois de plus en plus à cumuler une autorité morale, scientifique et d'expertise. En effet, celles-ci ont un rôle particulier, car elles sont considérées comme neutres dans la société – étant censés représenter un intérêt public commun – et ont une double capacité à être dans les mondes de l'action : par leur implication dans l'établissement des priorités et l'orientation qu'elles donnent aux politiques globales et dans la production des connaissances et de l'expertise. Par exemple, la feuille de route de l'OMS établit

des priorités de recherche (dont la majorité concerne les recherches biomédicales et épidémiologiques) pour la lutte contre la Covid-19 qui visent à orienter les financements des bailleurs de fonds, et donc indirectement les pratiques et recherches sur le sujet (WHO, 2020). En parallèle, l'OMS, mais également la plupart des organisations intergouvernementales, sont très présentes dans la production de connaissances, que ce soit de l'expertise technique ou des connaissances scientifiques (Klein et al., 2015). Zapp (2018) donne l'exemple de la Banque mondiale qui a devancé la London School of Economics and Political Science avec plus de 4 000 articles en sciences sociales et économiques, et de l'Unesco qui est ex aequo avec l'Institute of Education London avec environ 5 300 articles. Ces activités et l'espace apparemment neutre qu'elles offrent renforcent leur légitimité à choisir ce qui compte dans les objets de la gouvernance globale. Elles ont développé de façon concomitante une autorité d'expertise et une autorité morale, ancrées dans un fonctionnement bureaucratique moderne ayant guidé leur évolution depuis la seconde moitié du XXe siècle (Barnett & Finnemore, 2004 ; Nguyen, 2018). Dans la définition wébérienne, il s'agit d'une forme d'organisation qui promeut les règles de droit, l'impersonnalité des fonctions, la compétence, et la hiérarchie (Weber, 1995). Cela favorise l'utilisation des connaissances scientifiques et des données probantes comme principe organisationnel, ainsi que le renforcement de l'autorité légale rationnelle des acteur·rices. Sous couvert de promouvoir un ordre social basé sur l'intérêt commun, les organisations intergouvernementales, grâce à leur capacité d'expertise et à l'espace considéré comme neutre qu'elles offrent, orientent un ordre épistémique de la gouvernance globale basé sur leurs propres cultures institutionnelles et leurs systèmes de représentation (Miller, 2007). Elles guident l'établissement des normes, la définition et la traduction des phénomènes sociaux et orientent les débats et délibérations mondiales. Par exemple, la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ont participé à la transformation du concept « d'État fragile » en une norme globale (Nay, 2014). L'autorité scientifique, représentée par les institutions académiques, tend elle aussi à évoluer. Si le lien entre la société, les scientifiques et les experts a déjà été au centre de préoccupations, il est aujourd'hui de plus en plus institutionnalisé. En santé, il est marqué par l'émergence du mouvement d'action politique informée par les données probantes (evidence-informed policy making) (Oliver et al., 2014 ; Oliver & Pearce, 2017). La recherche sur le transfert de connaissances et les études sur l'utilisation des connaissances scientifiques sont également en plein essor (Dagenais et al., 2013 ; Langer et al., 2016). Il s'agit principalement d'analyser les stratégies pour améliorer l'accessibilité

des données probantes et ainsi leur utilisation pour éclairer les décisions politiques (Cambon & Alla, 2014). Cela implique un changement dans le rôle des scientifiques dans le domaine de la santé qui doivent s'adapter à de nouveaux défis.

Ainsi, les scientifiques sont, tout comme les autres acteur·rices, des acteur·rices hybrides prenant part aux espaces des connaissances et de l'action. Ils·elles sont influencé·es par un ordre social et économique qui s'observe dans l'établissement des priorités déterminées grâce aux définitions et aux cadrages discursifs, qu'ils·elles contribuent à créer par la production des connaissances. Par exemple, alors qu'il existe un manque de consensus sur la conceptualisation du système de santé, Van Olmen et al. ont mis en perspective que les différents modèles produits au cours des époques étaient moins les fruits d'une accumulation d'idées que les illustrations des intérêts (conscients ou non) de leurs concepteurs (Van Olmen et al., 2012). Les scientifiques sont, et d'autant plus depuis la crise du Covid-19, porteur·ses d'une autorité morale (Demortain & Joly, 2020) qui renforce l'appel à la science pour résoudre des problèmes, mais aussi pour légitimer des arguments ou opinions.

Le « centre » en santé mondiale

Le modèle « centre-périphérie » des sciences sociales est issu de l'histoire et de la sociologie classique des sciences qui considèrent que « historiquement, le système-monde des sciences a été organisé autour de centres mouvants et de pays périphériques qui les imitaient et/ou leur faisaient concurrence » (Mosbah-Natanson & Gingras, 2014: 628, traduction des auteurs). En intégrant les caractéristiques de la dépendance économique à ce modèle, Keim (2010) a introduit trois caractéristiques qui décrivent les pays ou ensemble de pays centraux et périphériques : le développement/sous-développement, l'autonomie/dépendance et la marginalité/centralité. Les communautés scientifiques constituent donc dans ce modèle les noyaux de la fabrique du savoir, car elles sont considérées comme crédibles et légitimes au niveau mondial. Le centre crée les nouvelles connaissances, les connaissances dites « développées » : des théories, des connaissances généralisables au reste du monde, alors que les périphéries produisent des connaissances adaptées au contexte, au faible niveau d'abstraction, dites « sous-développées » (ibid.). Ces dernières construisent généralement des connaissances selon des normes et des besoins d'acteur·rices

extérieurs, ce qui illustre et renforce une dépendance multidimensionnelle : aux idées, aux médias, aux technologies et finances, aux normes édictées par le centre. La reconnaissance internationale des productions du centre est largement observable par l'origine géographique de la majorité des revues scientifiques et celle des auteur·rices, mais aussi dans les citations qui mettent en avant les productions nord-américaines ou européennes (Mosbah-Natanson & Gingras, 2014). Le centre est constitué d'acteur·rices occidentaux·ales ou économiquement dominant·es (Holst, 2020 ; Taylor, 2018). À titre d'exemple, 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 (Abimbola et al., 2021 ; Global Health 50/50, 2020). La distinction territoriale n'est pas la seule. En effet, nombreux sont les scientifiques issus de pays dits à faibles et moyens revenus migrant vers les universités des pays dits à hauts revenus, ou les étudiants cherchant à réaliser leur thèse dans ces dernières. À l'inverse, des étudiants des pays à hauts revenus issus de classes sociales non dominantes peuvent éprouver des difficultés à accéder à une université prestigieuse. Cela renforce l'idée d'un centre constitué d'acteur·rices économiquement intégré·es plus que de géographiquement intégré·es au « centre ».

La santé mondiale est semblable à un champ dans le sens de Bourdieu, c'est-à-dire un microcosme régi par des règles propres, qui n'échappe pas aux structurations sociales définies par la hiérarchie induite par les différents capitaux économiques, culturels et sociaux des acteur·rices (Bourdieu, 1979 ; Passeron & Bourdieu, 1964). Adler et Bernstein (2004), dans leur théorie de la gouvernance globale, évoquent le concept d'« épistémè » (episteme), qu'ils définissent comme le « bagage de savoirs intersubjectif » (background intersubjective knowledge), lequel est façonné par la culture générale, les connaissances scientifiques, les normes et qui est utilisé par les individus pour donner un sens au monde. L'épistémè, dans ce sens, est lié à l'habitus, ou la bulle sociale, dans laquelle les individus évoluent. Ce sont les relations sociales, le capital culturel et le capital financier des acteur·rices dominants (G20, G7, universités prestigieuses, fondations philanthropiques), qui, s'autorenforçant, amènent la formation des réseaux dominants en santé mondiale qui cumulent plusieurs types d'autorités. Ceux-ci créent les règles de la gouvernance globale et autorenforcent leur légitimité, mais aussi celle des acteur·rices avec qui ils·elles entretiennent des liens, formels ou informels (Birn, 2013 ; Harman, 2016). Ces réseaux s'autoentretiennent grâce à la légitimation de sources de connaissances mondiales telles que les universités américaines et européennes

anglophones, les revues scientifiques telles que The Lancet, les documents de référence tels que la classification internationale des maladies (CIM-11) (Hanefeld & Walt, 2015 ; Shiffman, 2014, 2018). Et ceci sans compter les influences commerciales des organisations philanthropiques et leur implication dans l'édiction des priorités et de la conception biomédicale de la santé (Birn, 20134). La crise de la Covid-19 a pourtant permis d'observer que ce n'est pas parce que des sources sont légitimées qu'elles sont porteuses de connaissances de bonne qualité. En effet, les interventions mises en valeur sur la scène mondiale ont moins concerné celles réalisées en Afrique, en dépit de dispositifs innovants, dont auraient pu s'inspirer les acteur·rices traditionnellement dominant·es de la santé mondiale (Dalglish, 2020 ; Ridde & Ba, 2020).

La co-production d'une santé mondiale cadrée par le « noyau dur » du néolibéralisme

La présence d'un centre constitué d'acteur·rices économiquement dominant·es aux fonctions multiples favorise moins une augmentation de la diversité des idées que la diffusion des idées du centre vers les périphéries. Les acteur·rices de la santé mondiale sont hybrides dans le sens où ils·elles participent aux espaces d'actions et de connaissances (Gautier et al., 2021). Cette hybridité est une occasion pour lier les connaissances et l'action. Mais elle est aussi un mécanisme de renforcement d'un ordre social basé sur les règles d'acteur·rices économiquement dominant·es, qui créent un « centre » déterminant les priorités mondiales, finançant les interventions, la production de connaissances, et légitimant les idées diffusées dans le monde. Par exemple, les paiements directs dans les structures de soins de santé, système de financement majeur en Afrique et en Asie, ont été fortement encouragés par une action conjointe entre les organisations internationales et des réseaux transnationaux d'experts et d'universitaires, alors qu'ils ont des conséquences catastrophiques sur la santé des populations (Lee et al., 2002 ; Robert, 2015). L'un des problèmes de la santé mondiale est le manque de considération du rôle des structures par rapport à celui des agents (Rushton & Williams, 2012 ; Shiffman, 2018). Les réseaux dominants de l'arène de gouvernance globale favorisent la privatisation de la santé en ancrant les problèmes dans un cadrage discursif économique néolibéral. Autrement dit, il s'agit d'une approche de la santé qui défend la privatisation du secteur public, la diminution du rôle de l'État dans les affaires sociales et la dérégulation des marchés. Alors que les organismes privés sont souvent les grands gagnants

de la privatisation des systèmes de santé, leur inclusion dans la gouvernance sanitaire internationale depuis les années 1980 a profondément influencé le fonctionnement et les principes des organisations internationales et notamment l'OMS (Guilbaud, 2015). Les partenariats publics-privés qui deviennent une norme, l'évolution d'un nouveau vocabulaire lié aux besoins de performance et de rentabilité, et l'accent mis sur la responsabilité individuelle plutôt que sur la régulation du marché participent à cadrer la façon dont la santé est considérée. Par exemple, les traumatismes dus aux accidents de la route, qui représentent l'un des plus gros fardeaux de morbidité et de mortalité en Afrique de l'Ouest (WHO, 2018), sont en grande partie dus à des environnements délétères et des véhicules en mauvais état (sans contrôle sur leurs importations) alors que les actions de prévention sont souvent axées sur le port du casque et les conduites individuelles. De même, les produits transformés, responsables d'un fardeau important de maladies cardiovasculaires ne font l'objet que de très peu de régulation au niveau global, et leur commercialisation est souvent accompagnée de mesures de communication très convaincantes, laissant les individus responsables de leur choix (Lencucha & Thow, 2019). Dans cette perspective, l'objectif est moins de remettre en cause un système ayant produit la prospérité des acteur·rices les plus dominant·es que de limiter ses conséquences négatives sur la santé des populations (Holst, 2020). Par exemple, le financement basé sur les résultats, qui par définition associe les soins de santé à des prestations « marchandisables », est largement diffusé en Afrique subsaharienne (Gautier et al., 2018, 2021) alors que peu de données probantes sur son efficacité sont disponibles.

La construction de la CSU dans la gouvernance globale

Le passage de la santé internationale à la santé mondiale était censé limiter le renforcement d'une hiérarchie économique et politique déjà présente dans l'ordre social global avec les interventions en santé (Chen et al., 2020). La CSU, objet symbolique de ce passage, visait à renouveler les politiques globales pour mener à plus d'équité en santé. Alors que les liens entre les politiques néolibérales et la détérioration de l'état de santé des populations sont de plus en plus établis, notamment à cause de l'augmentation des inégalités économiques, de l'insécurité, de la précarité et de la pauvreté (Giovanella et al., 2018 ; Schrecker, 2016), nous allons observer que la CSU, bien qu'elle soit conçue comme un objet dépolitisé et technocratique, est également ancrée dans ce cadrage discursif néolibéral mettant en avant l'aspect financier de la santé. La désignation, la

traduction et la problématisation permettent de comprendre les différents processus amenant une entité à sa construction en tant qu'objet de la gouvernance globale. Du fait du manque de consensus sur ce que signifie réellement la CSU et les difficultés déjà éprouvées par d'autres auteurs pour définir ce concept (Abihiro & De Allegri, 2015 ; Bump, 2010), nous nous intéressons uniquement à la façon dont cet objet est construit de façon « explicite », c'est-à-dire par les documents des organisations internationales et des scientifiques à un niveau macroscopique.

La désignation de la CSU : un processus qui illustre une limitation de la vision de la santé

La désignation consiste à définir un phénomène ou un ensemble de phénomènes afin de délimiter une frontière par rapport aux autres entités. Pour être désigné, le phénomène doit se démarquer des autres. Cela se produit par une catégorisation et un classement en ordre de priorité et/ou d'intérêt. Nous distinguons, par exemple, ce qui relève du climat par rapport au temps, ou du genre par rapport au sexe (Allan, 2017). En ce qui concerne la CSU, son inscription dans les priorités de la gouvernance globale prend place dans un long historique de politiques définissant différentes conceptions de la santé dans les relations internationales.

C'est en 2005 que les États membres de l'OMS se sont officiellement engagés à renforcer leurs systèmes de santé « afin que les populations puissent avoir un accès aux soins de santé sans risquer un appauvrissement financier » (Étienne et al., 2010: 9, traduction des auteur·rices). À ce moment, l'atteinte de la CSU a été décrite comme le fruit d'un consensus. Elle a été considérée comme étant « le concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir » (Chan, 2012) ou encore comme la « troisième transition de la santé mondiale » (Rodin & De Ferranti, 2012) qui permettrait de prévoir des réformes du financement de la santé plus justes et durables (Odoch et al., 2021).

La CSU rappelle le besoin de « protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde » déjà acté par la déclaration d'Alma-Ata de 1978 (OMS, 1978), qui était, elle-même, l'aboutissement d'autres processus internationaux tels que la conférence de Bandoeng en 1937 (Litsios, 2008). Si cette dernière manifestation est moins connue que celle d'Alma-Ata, elle a tout de même marqué un tournant dans la volonté d'institutionnalisation d'une vision plus large de la santé que le permettait l'approche clinique et biomédicale. Cette vision a surtout été portée par un petit collectif de personnes, dont Selskar Gunn, vice-président de l'époque de la Fondation Rockefeller qui, dès 1913, travaillait déjà dans plus de 80 pays dans le monde (ibid.). Ce dernier

soutenait deux changements dans la conception de la santé publique, soit l'inclusion de la santé dans un ensemble de déterminants sociaux plus larges tels que l'agriculture ou l'éducation, et la participation des communautés à l'identification des besoins de santé et la mise en œuvre d'interventions (Bump, 2010). Le contexte économique et social a donné lieu à une reconfiguration des relations internationales et cette approche a été abandonnée au profit de perspectives moins ambitieuses et plus faciles à mettre en œuvre telles que les interventions verticales. Pour certains historiens, cet élan a toutefois marqué la naissance historique de la stratégie des soins primaires de l'OMS et de la déclaration d'Alma-Ata qui l'a actée (ibid.). De la même façon qu'après la conférence de Bandoeng, cette vision a été plus ou moins délaissée au profit de stratégies plus facilement gouvernables par les structures centralisées habituelles. Sans oublier l'impact destructeur de l'initiative de Bamako, laquelle, en promouvant les paiements directs pour assurer la survie financière des centres de santé, n'a fait que faire perdurer le renoncement aux soins de santé jusqu'à l'exclusion de certaines populations du système de santé (Ridde & Girard, 2004 ; Ridde, 2012). Finalement, l'arrivée de la CSU dans l'arène globale est, pour certains auteurs, au mieux un renouvellement d'idées déjà présentes dans les débats collectifs depuis le début du XIXe siècle, au pire un retour en arrière par rapport à la déclaration d'Alma-Ata (Sanders et al., 2019). Cette déclaration évoquait non seulement un accès aux soins de santé primaires, mais encourageait aussi des principes tels que la prévention des maladies et la promotion de la santé, la participation de la société civile aux décisions, l'intersectorialité des politiques et des actions sur les déterminants sociaux de la santé (ibid.). La CSU a restreint les ambitions en matière de santé publique d'une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé à l'atteinte d'une « couverture » sanitaire et donc principalement une adhésion à une assurance ou un système de mutualisation des risques. Cela restreint également les débats à des considérations financières.

La traduction : « harmoniser » et dépolitiser les objectifs avec la couverture santé universelle et ses indicateurs

Le concept de traduction est issu de la sociologie des sciences (Callon, 1986). Il s'agit d'un processus de construction de nouvelles significations pour des individus, en mettant en perspective le rôle des acteur·rices et les dimensions techniques ou matérielles de cette construction. Ce phénomène de traduction dans l'analyse des objets de la gouvernance globale permet de rassembler

les intérêts de parties prenantes très distincts, aux référentiels différents, et de représenter de façon homogène des enjeux mouvants et multidimensionnels (ibid.). Pour les politiques publiques, ce processus a été étudié pour mettre en avant non seulement la place des acteur·rices et des stratégies, mais aussi des objets tels que les documents dans les décisions politiques (Boussaguet et al., 2019 ; Lascoumes, 1994).

Dans les objectifs de développement durable (ODD) qui guident une grande partie des interventions et stratégies en santé, la CSU est traduite en indicateurs pour mesurer son atteinte :

« 3.8.1 : Couverture des services de santé essentiels (définis comme la couverture moyenne des services essentiels [...] qui incluent la santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés, et des enfants, des maladies infectieuses, non transmissibles, et la capacité et l'accès aux services de santé, parmi la population générale et la population la plus défavorisée) ;

3.8.2 : Proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux des ménages »³

En théorie, les indicateurs permettent d'harmoniser les objectifs pour atteindre un niveau de santé optimal, de la même manière que cela se fait dans les autres secteurs publics tels que l'éducation (Addey, 2017 ; Mahon & McBride, 2009). Mais ils ont déjà fait l'objet de nombreuses critiques scientifiques dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour le cas de la santé sexuelle et reproductive (Yamin & Boulanger, 2014) puis dans les objectifs du développement durable (ODD). Les indicateurs de la CSU ne permettent pas de prendre en compte les mesures de l'équité et ne considèrent pas la prévention des maladies et la promotion de la santé (Chapman, 2016 ; Lei Ravelo, 2016), ce qui renforce la vision restreinte de la santé portée par la CSU. Malgré des débats et des propositions différentes, elles n'ont pas été retenues pour la définition finale des indicateurs de la CSU (Chapman, 2016 ; United Nations, 2017).

Les chiffres acquièrent une certaine légitimité dans la gouvernance globale, car ils sont considérés comme stables, mobiles, transférables et adaptables partout et dans tous les contextes, même si les conflits d'intérêts de ceux qui les produisent ou les analysent, comme Lurton (2020), ne sont pas souvent explicités. Ils permettent aussi de calculer des probabilités (Huelss, 2017 ; Kelley & Simmons, 2015). Ils sont d'autant plus utiles pour informer des politiques dans un contexte où le contrôle territorial est moins important du fait d'un changement des modes de gouvernance du national au mondial (Badie, 2014 ; Davis et al., 2012). En santé, l'utilisation des indicateurs, mais

³ United Nations, 2017. Traduction des auteur·rices

surtout des données probantes, avec l'institutionnalisation du mouvement d'action politique informée par les données probantes (evidence-informed policy-making) a incarné une vision linéaire et technocratique des décisions politiques (Hunsmann, 2016). Le cas de Cuba est par exemple révélateur du défaut des indicateurs quantitatifs qui ne montrent que l'arbre devant la forêt. Malgré des indicateurs souvent considérés comme exemplaires (Gómez-Dantés, 2018), de nombreux débats existent sur la réalité du respect des droits humains dans les processus permettant d'obtenir ces résultats (McNeil, 2012).

Les indicateurs de la CSU incarnent des objectifs « clé en main ». Mais leur production révèle des hiérarchies de pouvoir qui se renforcent par leur utilisation, à la manière d'un cercle vicieux. Ils sont produits par une équipe d'experts, évoluant dans les référentiels « du centre », qui gèrent et analysent de façon routinière les pratiques et capacités d'un large nombre d'États à partir de méthodologies et de critères standardisés, qui peuvent parfois participer à une sous-estimation de l'ampleur globale d'un problème (Hickel, 2016). L'utilisation de concepts ou d'outils convenant à un intérêt commun, « universel », traduit un processus de dépolitisation et de technicisation des enjeux de santé, la santé étant de nature complexe et politique (Gautier & Ridde, 2018). Le développement d'indicateurs est utilisé pour façonner n'importe quel sujet par rapport à un cadrage discursif déterminé par les valeurs, les normes et les objectifs préexistants des acteur·rices (ibid.). Alors que les indicateurs sont perçus comme des outils objectifs, l'objet CSU est bien ancré dans des contextes économiques, sociaux et politiques comme nous allons le voir ci-dessous dans le processus de problématisation.

Problématisation : la CSU entre droit humain et considération marchande de la santé

La problématisation correspond à la mise en relation entre l'entité désignée et traduite avec les intérêts publics et politiques. Une des perspectives d'analyse est de considérer les acteur·rices et leurs stratégies pour influencer les décisions : les entrepreneurs de normes, de politiques, de diffusion (Boussaguet et al., 2019 ; Gautier et al., 2019), les « coalitions plaidantes » (Sabatier, 2007). Ces approches s'intéressent aussi aux processus cognitifs qui orientent les représentations des acteur·rices d'un phénomène (Muller, 2000) et leur influence sur les processus de problématisation. Une autre perspective est celle de la multiplicité des causes qui prend en compte

les conditions internes et externes des politiques publiques comme les crises ou l'amélioration des connaissances sur un sujet (Kingdon, 1984).

Si la mondialisation et ses conséquences semblent être les déclencheurs de la transformation de la « santé internationale » en « santé mondiale » et de l'émergence du thème de l'universel (Gautier et al., 2020), il convient de reconnaître la coexistence de plusieurs phénomènes tels que l'émergence de menaces internationales (épidémies, terrorisme, changement climatique, catastrophes naturelles), l'avancée des connaissances scientifiques sur les causes et conséquences globales de certains problèmes (tel que le changement climatique), ou encore la montée des groupes militant pour les droits humains (Evans, 2014).

Dans son ensemble, la santé mondiale est associée à six grands cadrages discursifs (non excluants) qui dépendent tant des événements contextuels que des intérêts des acteur·rices ou des valeurs institutionnelles (Amaya et al., 2015 ; Suárez-Herrera & Blain, 2012) : le besoin sécuritaire mondial, le progrès économique (la notion de développement notamment), le bien public mondial, le marché, les droits humains et l'éthique. Les différentes conceptions de la santé sont généralement liées aux institutions et à leurs orientations politiques.

L'idée de la CSU comme moyen d'unifier les efforts en santé mondiale a suscité un fort soutien de la part de la Banque mondiale, de l'OMS et de la fondation Rockefeller (Evans & Pablos-Méndez, 2020 ; Garrett et al., 2009 ; Giovanella et al., 2018) – qui joue un rôle de fond dans la gouvernance sanitaire depuis de nombreuses décennies –, de même qu'un ensemble d'organismes privés (Guilbaud, 2015). Pour l'OMS, la CSU est décrite comme « une expression concrète du souci d'équité en matière de santé et du droit à la santé » (WHO, 2012: 3, traduction des auteur·rices). Malgré une présence des discours valorisant l'approche de la santé par les droits humains, ce sont les cadrages discursifs économiques orthodoxes qui entourent la définition et la mise en œuvre de la CSU dans la gouvernance globale (Ooms et al., 2014 ; Summers, 2015). Au sein même de l'OMS, les conflits idéologiques et politiques sont nombreux. Lors de la commission « Macroéconomie et Santé de l'OMS » en 2002 (OMS, 2002), qui a été une des bases de discussion pour le cadrage de la CSU (Birn & Nervi, 2019), la santé est décrite en tant que frein à la productivité économique. Si la commission des déterminants sociaux de 2003 à 2008 de l'OMS aurait pu être une manière de mettre à l'ordre du jour le rôle des structures et des injustices systémiques dans la santé, les retombées de cette commission sont restées à un niveau

technocratique (ibid.). Les contours de la CSU se sont également dessinés à partir des expériences de réformes de financements de la santé en Amérique latine qui étaient basées sur les modèles d'assurance universelle et sur une conception des soins comme des biens privés (ibid. ; Giovanella et al., 2018 ; Sengupta, 2013). Malgré des résultats ne faisant pas l'unanimité (Homedes & Ugalde, 2005 ; Sengupta, 2013), la Banque mondiale a su jouer un rôle clé dans la construction d'un consensus autour de ces réformes précurseuses de la CSU. Dans la CSU, il y a non seulement l'idée de focaliser les efforts sur l'aspect financier de la protection sociale, mais aussi celle de formaliser l'entrée du secteur privé dans la santé (Birn & Nervi, 2019), qui avait déjà commencé. En effet, la définition de la CSU est illustrée par le fameux cube aux trois dimensions – augmentation des personnes couvertes, augmentation des services compris dans la couverture, augmentation des fonds communs pour le financement des soins de santé (Étienne et al., 2010) – qui peut être perçu comme une séparation entre les fonctions « d'acheteurs » et de « prestataires » de soins de santé (Sengupta, 2013). Alors que le financement doit être fourni par des systèmes publics, on observe l'inclusion et la normalisation du secteur privé dans les prestataires : « Il appartient aux gouvernements de veiller à ce que tous les prestataires, publics et privés, opèrent correctement et se chargent des besoins des patients de manière coût-efficace et efficiente » (Étienne et al., 2010: xx).

Si une orientation globale est donnée par ces définitions, l'appropriation de la CSU est à géométrie variable. Chaque pays choisit ses propres stratégies et il n'existe pas un seul modèle plus efficace ou pertinent que les autres (Lagomarsino et al., 2012). Les experts eux-mêmes ne trouvent que peu de consensus sur les meilleures stratégies, même dans un contexte donné (Paul et al., 2018). Nauleau et al. (2013) ont montré que la conception de la santé comme un produit marchand, un droit civique ou un capital, a des effets différenciés sur les interventions mises en œuvre dans les pays. Ces différentes conceptions influencent la place du marché, la prise en compte des populations vulnérables, mais aussi le rôle des structures publiques et la responsabilité individuelle dans la santé des populations. Il est clairement montré que l'approche de la santé comme un produit marchand accroît les inégalités de santé, comme dans des pays d'Amérique latine (Homedes & Ugalde, 2005). Il existe toutefois quelques exemples de pays qui ont résisté à cette approche en soutenant leur système de santé universel comme au Costa Rica (Birn et al., 2016). Des avancées notables en matière d'équité sont observées dans des pays qui ont choisi de considérer la santé comme un droit civique. La Thaïlande, qui est souvent considérée comme un succès, a mis en place

un système de santé universel basé sur des taxes fiscales et met l'accent non seulement sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, mais aussi sur les activités de prévention (Sen, 2015 ; Tangcharoensathien et al., 2018). Dans l'État du Kerala en Inde, le système de santé universel comprend également des actions sur les autres déterminants de la santé tels que l'accès à de la nourriture de qualité pour les élèves (Chathukulam & Tharamangalam, 2021 ; Sen, 2015). L'absence de problématisation de la santé dans les politiques publiques (ou leur « non-design » (Kadio et al., 2018)) comme dans certains pays d'Afrique de l'Ouest conduit également à des résultats catastrophiques. Au Sénégal, par exemple, l'influence des acteur·rices extérieur·es et le manque de leadership politique conduisent à une « querelle des chapelles » (Ridde, 2021) et le paysage des dispositifs visant à atteindre la CSU est ainsi fragmenté. Si dans certains pays comme le Japon, les partenariats publics-privés ont permis d'obtenir un bon compromis pour améliorer la santé des populations, la gouvernance et le rôle des États sont primordiaux pour réguler et négocier les offres de soins du secteur privé (Greer & Méndez, 2015 ; Kittelsen et al., 2019). Dans les pays où la gouvernance est plus fragile, certaines parties prenantes craignent que les fonds publics soient ainsi moins focalisés sur la volonté de renforcer les systèmes de santé publique que sur celle de générer du profit via les prestataires privés (ibid.).

Conclusion

L'analyse de la construction de la CSU dans la gouvernance globale en santé a permis d'observer la présence d'un pouvoir qui, contrairement à d'autres types de pouvoir, ne fait pas qu'empêcher, mais « fait faire » par la diffusion des idées et des significations. Il participe à la production de politiques et d'interventions dans le monde entier. Cette diffusion, aidée par un système de co-production des actions et des connaissances de la santé mondiale, se fait généralement d'un centre constitué d'acteur·rices économiquement intégré·es vers les périphéries. Le pouvoir productif et le pouvoir structurel sont intimement liés. Les processus qui expliquent ce lien, mais aussi la complémentarité entre l'agence et la structure dans ces processus sont encore peu étudiés de façon empirique en santé mondiale (Engebretsen & Heggen, 2015 ; Lee & Crosbie, 2020 ; Shiffman, 2015). Cette analyse est à destination des parties prenantes de la santé mondiale. En effet, elle vise à montrer que malgré des débats et des décisions qui semblent souvent se prendre à des niveaux

macroscopiques, les scientifiques, en produisant des connaissances sur un sujet, notamment quand elles ont une visée politique, participent au pouvoir productif. Nous souhaitons contribuer au débat sur le pouvoir en santé mondiale et sur la possibilité d'actions individuelles et collectives pour modifier les pratiques quotidiennes en santé mondiale (Lee & Crosbie, 2020 ; Shiffman, 2018). Par exemple, le concept d'injustice épistémique (attribuer un défaut de crédibilité à un individu en raison de préjugés, conscients ou non, sur un groupe social) pourrait être utile pour comprendre comment les relations entre le centre et les périphéries en santé mondiale se perpétuent et pour avoir une approche réflexive de la recherche partenariale. Il est aujourd'hui autant question de coopération entre les différents secteurs (sciences, politiques, interventions en santé) que de combler le fossé entre les acteurs centraux, liés au système économique dominant, et les acteur·rices périphériques, qu'ils·elles soient contre ce système ou juste non intégrés·es dans celui-ci. Il s'agit d'aller au-delà des concepts normatifs promouvant un partenariat entre des acteur·rices au pouvoir politico-économique différent qui est tout aussi inégalitaire qu'idéaliste (Turshen, 2014), et même de dépasser l'utilisation instrumentale des principes qui ne servent qu'à cacher une réalité ancrée dans des relations de domination économique, sociale et culturelle (Cornwall & Brock, 2006 ; Lencucha & Thow, 2019).

Bibliographie

- Abihiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal Health Coverage from Multiple Perspectives: A Synthesis of Conceptual Literature and Global Debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Abimbola, S., Asthana, S., Montenegro, C., Guinto, R. R., Jumbam, D. T., Louskieter, L., *et al.* (2021). Addressing Power Asymmetries in Global Health: Imperatives in the Wake of the COVID-19 Pandemic. *PLOS Medicine*, 18(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003604>
- Addey, C. (2017). Golden Relics & Historical Standards: How the OECD is Expanding Global Education Governance through PISA for Development. *Critical Studies in Education*, 58(3), 311-325. <http://dx.doi.org/10.1080/17508487.2017.1352006>
- Adler, E., & Bernstein, S. (2004). Knowledge in Power: The Epistemic Construction of Global Governance. In Barnett, M., & Duvall, R., (Eds.), *Power in Global Governance* (294-318). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.013>

- Allan, B. B. (2017). Producing the Climate: States, Scientists, and the Constitution of Global Governance Objects. *International Organization*, 71(1), 131-162. <http://dx.doi.org/10.1017/S0020818316000321>
- Amaya, A. B., Rollet, V., & Kingah, S. (2015). What's in a Word? The Framing of Health at the Regional Level: ASEAN, EU, SADC and UNASUR. *Global Social Policy*, 15(3), 229-260. <https://doi.org/10.1177/1468018115599816>
- Badie, B. (Ed.) (2014). *La fin des territoires. Essai sur le désordre international et sur l'utilité sociale du respect*. Fayard.
- Badie, B., & Smouts, M.-C. (Eds.) (1992). *Le retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Barnett, M., & Duvall, R. (2004). Power in Global Governance. In Barnett, M., & Duvall, R. (Eds.), *Power in Global Governance* (1-32). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.001>
- Barnett, M., & Finnemore, M. (Eds.) (2004). *Rules for the World: International Organizations in Global Politics*. Cornell University Press.
- Bertrand, G. (2004). Ordre international, ordre mondial, ordre global. *Revue internationale et stratégique*, 54(2), 99-107. <https://doi.org/10.3917/ris.054.0099>
- Birn, Anne-Emanuelle and Fee, Elizabeth, "The Rockefeller Foundation: Setting the International Health Agenda," *The Lancet*, May 11, 2013, 381:1618-1619.
- Birn, A.-E., & Nervi, L. (2019). What Matters in Health (Care) Universes: Delusions, Dilutions, and Ways towards Universal Health Justice. *Globalization and Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0521-7>
- Birn, A.-E., Nervi, L., & Siqueira, E. (2016). Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*, 47(4), 734-759. <https://doi.org/10.1111/dech.12247>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Minuit.
- Boussaguet, L., Jacquot, S., & Ravinet, P. (2019). *Dictionnaire des politiques publiques*. 5^e édition entièrement mise à jour et augmentée. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01>
- Bump, J. B. (2010). *The Long Road to Universal Health Coverage: A century of lessons for development strategy*. PATH, Fondation Rockefeller. <https://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/DIM-The-Long-Road-to-UHC.pdf>
- Cairney, P. (2019). *Multi-level Governance and Multi-centric Policymaking*. In Cairney, P. (Ed.). *Understanding Public Policy: Theories and Issues*. Red Globe Press. 154-173.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36. <https://www.jstor.org/stable/27889913>

Cambon, L., & Alla, F. (2014). Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Les défis français de l'innovation. *Institut de Recherche en Santé Publique*, 27. https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/Web_QSPn--27.web_.pdf

Chan, M. (2012) 'Universal coverage is the ultimate expression of fairness'. Acceptance speech at the 65th World Health Assembly, 23 May. Geneva: World Health Organization.

Chapman, A. (2016). The Problems with the Proposed Indicators for Monitoring Universal Health Coverage in the Sustainable Development Goals. *Health and Human Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2016/03/the-problems-with-the-proposed-indicators-for-monitoring-universal-health-coverage-in-the-sustainable-development-goals/>

Chathukulam, J., & Tharamangalam, J. (2021). The Kerala model in the time of COVID19: Rethinking state, society and democracy. *World Development*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105207>

Chen, X., Li, H., Lucero-Priso, D. E., Abdullah, A. S., Huang, J., Laurence, C., Liang, X., et al. (2020). What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00142-7>

Cornwall, A., & Brock, K. (2006). *What do Buzzwords do for Development Policy? A critical look at "Poverty Reduction", "Participation" and "Empowerment"*. *Third World Quarterly*, 26(7). . <https://doi.org/10.1080/01436590500235603>

Corry, O. (2013). *Constructing a Global Polity*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137313652>

Dagenais, C., Malo, M., Robert, É., Ouimet, M., Berthelette, D., & Ridde, V. (2013). Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: A Scoping Study. *PLOS ONE*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080233>

DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*, 395(10231), 1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)

Davis, K. E., Kingsbury, B., & Merry, S. E. (2012). Indicators as a Technology of Global Governance. *Law & Society Review*, 46(1), 71-104. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2012.00473.x>

Demortain, D., & Joly, P.-B. (2020). Urgence thérapeutique, controverses et production de la preuve dans l'espace public – à propos de l'hydroxychloroquine. AOC. <https://aoc.media/analyse/2020/05/17/urgence-therapeutique-controverses-et-production-de-la-preuve-dans-lespace-public-a-propos-de-lhydroxychloroquine/>

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 1981-2004. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)

Engelbrechtsen, E., & Heggen, K. (2015). Powerful Concepts in Global Health; Comment on "Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 115-117. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.19>

Étienne, C., & Asamoah-Baah, A. (Eds.). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization. https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf

Evans, T. (2014). *Global health*. In Currie-Alder, B., Kanbur, R., Malone, D. M., & Medhora, R. (Eds.). *International development: Ideas, experience, and prospects*. Oxford University Press. 511–529. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199671656.003.0031>

Evans, T., & Pablos-Méndez, A. (2020). Negotiating Universal Health Coverage into the global health mainstream: The promise and perils of multilateral consensus. *Global Social Policy*, 20(2), 220-224. <https://doi.org/10.1177/1468018120920245>

François, L., Gautier, L., Lagrange, S., Mc Sween-Cadieux, E., & Seppey, M. (2018). La pratique réflexive en santé mondiale : expériences et leçons apprises de jeunes chercheurs et intervenants. *Cahiers Réalisme*. <http://www.equitesante.org/reflexivite-sante-mondiale/>

Garrett, L., Chowdhury, A. M. R., & Pablos-Méndez, A. (2009). All for universal health coverage. *The Lancet*, 374(9697), 1294-1299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61503-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61503-8)

Gautier, L., De Allegri, M., & Ridde, V. (2021). Transnational Networks' Contribution to Health Policy Diffusion: A Mixed Method Study of the Performance-Based Financing Community of Practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(6), 310-323. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>

Gautier, L., Karambé, Y., Dossou, J.-P., & Samb, O. M. (2020). Rethinking development interventions through the lens of decoloniality in sub-Saharan Africa: The case of global health. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1858134>

Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>

Gautier, L., & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the world bank-administrated health results innovation trust fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>

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 Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>

Gilbert, C., & Henry, E. (2009). Comment se construisent les problèmes de santé publique. *La Découverte*.

Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. de C. A., Rosa, M. C. da, Martins, G. B., Santos, I. S., et al. (2018). Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763-1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

Global Health 50/50. (2020). The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities. Global Health 50/50 initiative.

- Gómez-Dantés, O. (2018). Cuba's health system: Hardly an example to follow. *Health Policy and Planning*, 33(6), 760-761. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy035>
- Greer, S. L., & Méndez, C. A. (2015). Universal Health Coverage: A Political Struggle and Governance Challenge. *American Journal of Public Health*, 105 (5), S637-S639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302733>
- Guilbaud, A. (2015). L'ouverture de la santé mondiale aux acteurs marchands. In *Business partners. Firmes privées et gouvernance mondiale de la santé* (87-114). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.guilb.2015.01>
- Hanefeld, J., & Walt, G. (2015). Knowledge and Networks – Key Sources of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 119-121. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.25>
- Harman, S. (2016). The Bill and Melinda Gates Foundation and Legitimacy in Global Health Governance. *Global Governance*, 22(3), 349-368. <https://www.jstor.org/stable/44860965>
- Hickel, J. (2016). The true extent of global poverty and hunger: Questioning the good news narrative of the Millennium Development Goals. *Third World Quarterly*, 37(5), 749-767. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1109439>
- Hoffman, S. J., & Cole, C. B. (2018). Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Globalization and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
- Holst, J. (2020). Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. *Globalization and Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00573-4>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Huelss, H. (2017). After decision-making: The operationalization of norms in International Relations. *International Theory*, 9(3), 381-409. <http://doi.org/10.1017/S1752971917000069>
- Hunsmann, M. (2016). Le « plaidoyer fondé sur des preuves » dans l'action sanitaire internationale. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 10(2), 219-243. <https://doi.org/10.3917/rac.031.0219>
- Jasanoff, S. (2004). *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. Routledge.
- Kadio, K., Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale. Un cas de « non-design » au Burkina Faso. *International Development Policy/Revue internationale de politique de développement*, 10.1. <https://doi.org/10.4000/poldev.2782>
- Kamradt-Scott, A. (2012). Evidence-based medicine and the governance of pandemic influenza. *Global Public Health*, 7(2), S111-S126. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.728239>
- Keim, W. (2010). Pour un modèle centre-périphérie dans les sciences sociales. Aspects problématiques des relations internationales en sciences sociales. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(3), 570-598. <https://doi.org/10.3917/rac.011.0570>

- Kelley, J. G., & Simmons, B. A. (2015). Politics by Number: Indicators as Social Pressure in International Relations. *American Journal of Political Science*, 59 (1), 55-70. <http://dx.doi.org/10.1111/ajps.12119>
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown.
- Kittelsen, S. K., Fukuda-Parr, S., & Storeng, K. T. (2019). Editorial: The political determinants of health inequities and universal health coverage. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0514-6>
- Klein, A., Laporte, C., & Saiget, M. (2015). *Les bonnes pratiques des organisations internationales*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.klein.2015.01>
- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), 933-943. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7)
- Langer, L., Tripney, J., & Gough, D. (2016). *The Science of Using Science: Researching the Use of research Evidence in Decision-Making*. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
- Lascoumes, P. (1994). *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*. La Découverte.
- Latour, B. (2005). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. La Découverte.
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press.
- Lee, K., & Crosbie, E. (2020). Understanding Structure and Agency as Commercial Determinants of Health Comment on “How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention”. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(7), 315-318. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.127>
- Lei Ravelo, J. (2016). How should we measure access to health care? *Universal Health Coverage Partnership*. <https://www.uhpartnership.net/how-should-we-measure-access-to-health-care/>
- Lencucha, R., & Thow, A. M. (2019). How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(9), 514-520. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.56>
- Litsios, S. (2008). Bandoeng conference of 1937. *American Journal of Public Health*, 98 (5), 777. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.135194>
- Löwenheim, O. (2008). Examining the State: A Foucauldian Perspective on International “Governance Indicators”. *Third World Quarterly*, 29(2), 255-274. <http://doi.org/10.1080/01436590701806814>
- Lurton, G. (2020). Santé Globale et mesure. Un nouveau paradigme pour de nouveaux acteurs. *Les Cahiers du comité pour l'histoire de l'Inserm*, 1, 73-80. <http://hdl.handle.net/10608/10068>
- Mahon, R., & McBride, S. (2009). Standardizing and Disseminating Knowledge: The Role of the OECD in Global Governance. *European Political Science Review*, 1(1), 83-101.

- McNeil, J. (2012, May). Cuba's Fortresses Against a Viral Foe. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2012/05/08/health/cubas-aids-sanitariums-fortresses-against-a-viral-foe.html>
- Merry, S. E. (2016). Cultural Dimensions of Power/Knowledge: The Challenges of Measuring Violence against Women. *Sociologie du Travail*, 58(4). <https://search.proquest.com/ibss/docview/1953363045/E25AFF29F94045DFPQ/228>
- Miller, C. A. (2007). Democratization, International Knowledge Institutions, and Global Governance. *Governance*, 20(2), 325-357. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00359.x>
- Moon, S. (2019). Power in global governance: An expanded typology from global health. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0515-5>
- Mosbah-Natanson, S., & Gingras, Y. (2014). The globalisation of social sciences? Evidence from a quantitative analysis of 30 years of production, collaboration and citations in the social sciences (1980–2009). *Current Sociology*, 62(5), 626-646. <https://doi.org/10.1177/0011392113498866>
- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques. Vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50(2), 189-208. <https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464>
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129-148. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0129>
- Nay, O. (2014). International Organisations and the Production of Hegemonic Knowledge: How the World Bank and the OECD helped invent the Fragile State Concept. *Third World Quarterly*, 35(2), 210-231. <https://doi.org/10.1080/01436597.2014.878128>
- Nguyen, H. N. T. (2018). Repenser le pouvoir dans les théories des relations internationales : du pouvoir productif de la Francophonie à la socialisation du Vietnam au Conseil de Sécurité des Nations Unies. Thèse de doctorat, Université Jean-Moulin. https://scd-resnum.univ-lyon3.fr/out/theses/2018_out_nguyen_h_n.pdf
- Odoch, W. D., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2021). How has sustainable development goals declaration influenced health financing reforms for universal health coverage at the country level? A scoping review of literature. *Globalization and Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00703-6>
- Oliver, K., Lorenc, T., & Innvær, S. (2014). New directions in evidence-based policy research: A critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 12. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-34>
- Oliver, K., & Pearce, W. (2017). Three lessons from evidence-based medicine and policy: Increase transparency, balance inputs and understand power. *Palgrave Communications*, 3. <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0045-9>
- Ooms, G., Latif, L. A., Waris, A., Brolan, C. E., Hammonds, R., Friedman, E. A., Mulumba, M., & Forman, L. (2014). Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC International Health and Human Rights*, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-3>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). *Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS*. OMS

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1978). *Alma-Ata 1978, les soins de santé primaires pour tous*. OMS.

Passeron, J.-C., & Bourdieu, P. (1964). *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Minuit.

Paul, E., Brown, G. W., & Ridde, V. (2020). COVID-19: Time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002622>

Paul, E., Fecher, F., Meloni, R., & van Lerberghe, W. (2018). Universal Health Coverage in Francophone Sub-Saharan Africa: Assessment of Global Health Experts' Confidence in Policy Options. *Global Health: Science and Practice*, 6(2), 260-271. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00001>

Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M., Nicod, M., Ridde, V., & Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: A call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>

Ridde, V. (Ed.) (2021). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

Ridde, V., & Ba, M. P. (2020). La pandémie du Covid-19 vue d'Afrique. *AOC*. <https://aoc.media/analyse/2020/04/26/la-pandemie-du-covid-19-vue-dafrique/>

Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37-51. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Presses universitaires de Montréal.

Robert, É. (2015). *Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne. Débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Rodin, J., & de Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet*, 380(9845), 861-862. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3)

Rushton, S., & Williams, O. D. (2012). Frames, Paradigms and Power: Global Health Policy-Making under Neoliberalism. *Global Society*, 26(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/13600826.2012.656266>

Sabatier, P. A. (Ed.). (2007). *Theories of the policy process*. Westview Press.

Sanders, D., Nandi, S., Labonté, R., Vance, C., & Van Damme, W. (2019). From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. *The Lancet*, 394(10199), 619-621. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)

- Schrecker, T. (2016). Neoliberalism and Health: The Linkages and the Dangers. *Sociology Compass*, 10(10), 952-971. <https://doi.org/10.1111/soc4.12408>
- Sen, A. (2015, January 6). Universal healthcare: The affordable dream. *The Guardian*. <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>
- Sengupta, A. (2013). *Couverture sanitaire universelle. Par-delà la rhétorique*. Centre de recherches pour le développement international (CRDI). https://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Couverture_Sanitaire_Universelle_Par_dela_la_rhetorique_Nov2013.pdf
- Shiffman, J. (2018). Agency, Structure and the Power of Global Health Networks. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(10), 879-884. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.71>
- Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497-499. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.104>
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297-299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
- St Clair, A. L. (2006). Global Poverty: The Co-Production of Knowledge and Politics. *Global Social Policy*, 6(1), 57-77. <https://doi.org/10.1177/1468018106061392>
- Storeng, K. T. (2014). The GAVI Alliance and the “Gates approach” to health system strengthening. *Global Public Health*, 9(8), 865-879. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.940362>
- Suárez-Herrera, J. C., & Blain, M.-J. (2012). *La recherche en santé mondiale. Perspectives socio-anthropologiques*. Association francophone pour le savoir (Acfas).
- Summers, L. H. (2015). Economists’ declaration on universal health coverage. *The Lancet*, 386(10008), 2112-2113. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00242-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00242-1)
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Taylor, S. (2018). “Global health”: Meaning what? *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000843>
- Turshen, M. (2014). A global partnership for development and other unfulfilled promises of the millennium project. *Third World Quarterly*, 35(3), 345-357. <https://doi.org/10.1080/01436597.2014.893481>
- United Nations (2017). Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. In *Work of the Statistical Commission*

pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>

Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P. S. (2012). Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>

Weber, M. (1995). *Économie et société. Les catégories de la sociologie*. Plon.

World Health Organization (WHO) (2020). *A coordinated global research roadmap : 2019 Novel coronavirus*. WHO.

World Health Organization (WHO) (2018). *Global status report on road safety 2018*. WHO.

World Health Organization (WHO) (2012). *Positioning Health in the Post-2015 development Agenda*. WHO. https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf

Yamin, A. E., & Boulanger, V. M. (2014). Why Global Goals and Indicators Matter: The Experience of Sexual and Reproductive Health and Rights in the Millennium Development Goals. *Journal of Human Development and Capabilities*, 15(2-3), 218-231. <https://doi.org/10.1080/19452829.2014.896322>

Yoon, S. (2010). Ideas, Institutions, and Interests in the Global Governance of Epidemics in Asia. *Journal of Public Health*, 22(3), 125S-131S. <https://doi.org/10.1177/1010539510373131>

Zapp, M. (2018). The scientization of the world polity: International organisations and the production of scientific knowledge, 1950-2015. *International Sociology*, 33(1), 3-26. <http://dx.doi.org/10.1177/0268580917742003>

Article 3. Quand une collaboration internationale se produit sur fond d'inégalités: « être autour de la table » ne suffit pas toujours

Au moment du dépôt de la thèse, cet article n'est pas encore publié pour des raisons éthiques et stratégiques. Il sera soumis à la publication lors de la fin du programme de l'étude de cas en décembre 2022.

Résumé

Les écrits évoquent de plus en plus le besoin de « décoloniser » le champ de la santé mondiale. Toutefois, il existe peu d'études empiriques permettant d'observer comment la production des connaissances se fait dans le quotidien de la santé mondiale et comment les enjeux de pouvoir matériels et sociaux influencent les enjeux épistémiques. Cet article vise à analyser la manière dont, au sein d'un programme de recherches sur la couverture santé universelle (CSU), l'appropriation d'un objet de la gouvernance globale laisse la place ou non à une diversité épistémique. Nous avons observé que l'émergence du programme de recherches a principalement concerné des acteur·rices du pays financeur et a été influencée par les objectifs du développement durable sans qu'il n'y ait d'expert·es sur ce sujet dans l'organisme de recherche qui a pris la direction du programme. La gouvernance du programme comprenait des acteur·rices de différents secteurs, de différentes disciplines et de différents pays. Toutefois, cela n'a pas donné lieu à une réelle mise en commun des ressources pour créer un programme collectif. En premier lieu, les scientifiques ont tous travaillé sur la CMU et non pas la CSU, qui correspond principalement à l'accès financier aux soins de santé. Ensuite, plusieurs alliances épistémiques, c'est-à-dire des affiliations entre membres partageant la même orientation des études pour analyser la CMU sont apparues : une alliance santé publique, une alliance économique, une alliance anthropologique et une alliance critique. Trois principaux résultats peuvent être décrits. La première est la confirmation de l'orientation de la définition globale de la CSU sur la façon dont les scientifiques se sont approprié la CSU, en se restreignant notamment à la CMU. La deuxième est que l'appropriation de l'objet CMU a moins donné lieu à une diversité épistémique qu'à une sédition qui a provoqué quatre approches parallèles qui ne se sont pas rencontrées. La troisième est que l'alliance critique, qui proposait une réflexion globale sur la déconstruction et la gouvernance de la CMU et son lien avec la CSU, a été manquée du fait d'un ensemble d'inégalités qui existent dans des systèmes complexes. Finalement, la diversité épistémique n'a pas eu lieu malgré la présence d'un ensemble d'acteur·rices diversifié « autour de la table ».

Mots-clés

Théorie de l'acteur-réseau, Pouvoir, Santé mondiale, Participation

Abstract

There is growing literature on the need to "decolonize" the field of global health. However, few empirical studies have dealt with how material and social power issues influence epistemic issues. This article aims to analyze how the appropriation of a global governance object (universal health coverage (UHC)) within a research program on UHC allows or does not allow epistemic diversity. We observed that the governance of the program included actors from different sectors, disciplines, countries, and genders. However, this collaboration did not lead to a real pooling of resources (especially human resources and ideas) to create a shared objective and a collective redefinition of the study object. First, the scientists all worked on universal health insurance and not on universal health coverage, which primarily focus on financial access to health care. Second, several epistemic alliances (i.e., affiliations between members sharing the same definition of UHC in their studies) emerged: a public health alliance, an economic alliance, an anthropological alliance and a critical alliance. There were three main results. The first is the confirmation of the orientation of the overall definition of UHC which focuses on financial access to health. The second is that the appropriation of the UHC object didn't result in epistemic diversity but in a sedition of different approaches. The third is that the critical alliance, which proposed a global reflection on the deconstruction and governance of the UHC was missed because of a set of inequalities that exist in complex systems. Finally, epistemic diversity did not take place despite the presence of a diverse set of actors "around the table".

Key word

Actor–Network theory, Power, Global Health, Participation

Introduction

En santé mondiale, un consensus sur la nécessité de décoloniser les savoirs et les pratiques émerge (Abimbola, 2019; Büyüm et al., 2020; Chandanabhumma & Narasimhan, 2020; Horton, 2013; Khan et al., 2021; Olusanya, 2021). On observe, de façon générale, un manque de diversité sociale dans les institutions, programmes et activités de la santé mondiale (Global Health 50/50, 2020; Ridde et al., 2021; Velin et al., 2021) qui se déroulent dans les pays à hauts revenus ou dans les organisations internationales alors qu'elles concernent les pays à faibles ou moyens revenus (Abimbola et al., 2021; Matenga et al., 2019; Ridde & Capelle, 2011). L'approche décoloniale de la santé mondiale a pour objectif de prendre en compte ces enjeux de pouvoir visibles, mais aussi l'influence des modèles de pensée sur la construction des objets de la santé (Affun-Adegbulu & Adegbulu, 2020). En effet, la façon dont un objet est vu, pensé et étudié est influencé par des déterminants macroscopiques (comme les intérêts politiques) mais aussi par des déterminants organisationnels et individuels (comme le positionnement social, professionnel) (Haraway, 1988; Harding, 1986). A un niveau macroscopique, Van Olmen (2012) avait par exemple montré que la façon de conceptualiser les systèmes de santé au cours du temps était moins liée à une accumulation des connaissances qu'à l'évolution des intérêts, des valeurs et des conceptions politiques de la santé des auteur·rice·s. Les cadres favorisant le renforcement des capacités des systèmes de santé ont été très largement diffusés dans la gouvernance globale en santé. Cette approche, qui a été réapproprié de façon instrumentale en concevant des interventions bien ciblées et spécifiques, est tout à faire différente d'une approche qui valoriserait une conception d'un système de santé comme une institution sociale ou comme un miroir de la société (Van Olmen et al., 2012).

Dans cette analyse, nous nous intéressons particulièrement à la manière dont les dynamiques du quotidien (les interactions, les débats ou négociations) influencent la compréhension d'un objet d'étude. Les analyses des collaborations internationales ont permis d'observer depuis longtemps les enjeux de pouvoir liés à l'appartenance à des pays aux différents revenus au niveau des organisations (Gogognon & Godard, 2015; Matenga et al., 2019; Ouattara & Ridde, 2013; Plamondon, 2021; Ridde & Capelle, 2011; Yarmoshuk et al., 2020), mais peu permettent de comprendre l'influence de ces enjeux sur la construction des objets d'études et particulièrement le développement d'une diversité épistémique dans cette construction. La diversité épistémique

permet « d'ouvrir de nouvelles directions de recherche aptes à accroître notre connaissance du monde naturel » (Bedessem, 2018 : 124). Concrètement, il s'agit de considérer différents modes de production des connaissances scientifiques en questionnant les valeurs et les normes qui sous-tendent ce processus, et de favoriser des qualités comme la dissidence et la créativité (Coutellec, 2013). Alors que les systèmes de connaissances sont hiérarchisés selon la structure sociale à laquelle ils font référence (Nixon, 2019; Quijano, 2000; Santos, 2015) ; la façon dont des connaissances sont légitimées et écoutées par rapport à d'autres reste peu étudié (Affun-Adegbulu & Adegbulu, 2020), notamment au niveau organisationnel. Les études en sciences sociales permettent d'observer plusieurs phénomènes qui limitent la contribution intellectuelle de certains scientifiques au sein des organisations : les injustices épistémiques de témoignage (c'est à dire l'attribution d'une moindre crédibilité à la parole de quelqu'un du fait de préjugés sur une de ses caractéristiques sociales) (Fricker, 2007; Lauer, 2017), les micro-agressions (qui sont des propos en apparence banals, mais qui sont péjoratifs envers une des caractéristiques sociales de la personne qui est visée) (Nnawulezi et al., 2020), ou encore les auto-censures qui sont souvent liées à d'autres processus de discrimination (Carrère et al., 2006). Ainsi, l'objectif de cette analyse est double. Elle vise à comprendre quelle est l'orientation donnée à un objet de recherche (la couverture sanitaire universelle (CSU)) au sein d'un programme de recherche et la manière dont les individus, leurs interactions et les structures sociales ont influencé ce processus, en donnant lieu ou non à une diversité épistémique.

Méthode

Approche théorique et conceptuelle

Callon et Latour (1986 ; 2005) ont proposé la théorie de l'acteur-réseau dont la première application apparaît dans l'ouvrage « La vie de laboratoire » (Latour et al., 1979). L'analyse de cette « science en action » (Latour, 2005b) peut être utile lorsqu'on se trouve dans des systèmes complexes comme l'étude des systèmes de santé (Blanchet & James, 2012) ou des recherches interventionnelles en santé publique (Bilodeau & Potvin, 2018) qui sont des recherches visant à créer des connaissances

sur des interventions en santé. La théorie de l'acteur-réseau vise à mieux comprendre les conditions de production des faits scientifiques et notamment les processus d'innovation à travers l'étude de la formation de réseaux sociotechniques. Ils postulent que le réseau est une constitution de collectifs d'acteurs et d'objets (les actants) qui ont des relations permises par des opérations de traduction. Celles-ci sont des constructions de nouveaux sens et significations qui donnent lieu à une adaptation réciproque des buts, des intérêts, des objectifs entre des actants hétérogènes. Ces traductions stabilisent ainsi le réseau. Le processus de traduction est constitué de quatre étapes : i) la problématisation qui permet de définir le sens des actions qui seront entreprises dans le programme en formulant un problème (ou « comment se rendre indispensable ? »), ii) l'intéressement où la manière dont les actants du projet stabilisent leur identité dans le programme (ou « comment sceller les alliances ? »), iii) l' enrôlement qui permet d'attribuer un rôle aux actants en constituant l'aspect collectif du programme (« ou comment définir et coordonner les rôles ? »), et iv) la mobilisation des alliés qui consiste en la diffusion du programme et le rôle des porte-paroles dans ce processus (ou « les porte-paroles sont-ils représentatifs ? »).

Présentation de l'étude de cas

Nous étudions le fonctionnement d'un programme de recherches interventionnelles en santé mondiale qui a pour objectif la réalisation d'études sur des interventions visant à atteindre la CSU dans trois pays africains. Le programme rassemble des acteurs variés issus de différents pays, de différentes disciplines (santé publique, anthropologie, démographie, épidémiologie, géographie, économie, etc.) et de différents secteurs (politique, scientifique, organisation non gouvernementale (ONG), banque de développement). Il comprend trois projets de recherches dans trois pays cibles qui possèdent chacun une coordination nationale et une équipe de recherches. Une coordination centrale et des équipes de recherches transversales composent également le programme (figure 8).

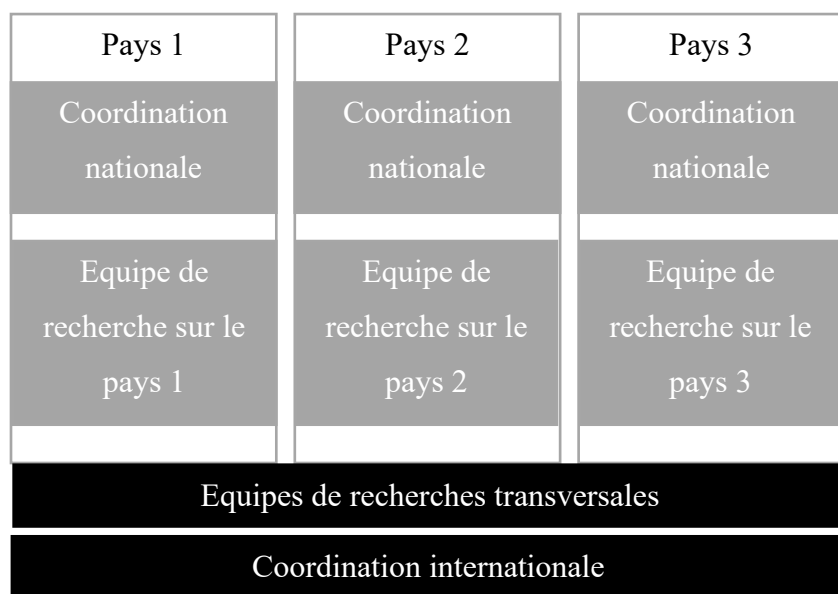


Figure 8. - Illustration de l'organisation du programme de recherches

Notre étude de cas a une visée exploratoire, mais aussi instrumentale (Stake, 1995), car nous espérons qu'elle peut permettre de comprendre plus largement le fonctionnement de la recherche interventionnelle en santé mondiale dans le milieu francophone.

Un programme sur la CSU : les processus d'appropriation d'un objectif « global » par les scientifiques dans une collaboration internationale

Si la CSU rappelle le besoin de « protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde » déjà acté par la déclaration d'Alma-Ata (1978), les modalités d'atteinte ne font pas consensus. Les modes de financement, les valeurs sous-jacentes, les modèles économiques, la place des soins de santé primaire ou encore la qualité des soins font encore débat dans sa mise en œuvre. Des acteurs peuvent ainsi travailler de façon collaborative pour un objectif commun d'atteinte de CSU et servir des agendas concurrents (Prince, 2020; Robert et al., 2017). Par exemple, la participation des acteur·rices privé·es dans l'atteinte de la CSU, dont les actions sont souvent inspirées de la nouvelle gestion publique, impliquant la santé comme un bien marchand semble difficilement conciliable

avec une approche de la CSU basée sur les droits humains (Odoch et al., 2021; Robert et al., 2017). Une revue des écrits a permis d'observer quatre approches du concept de la CSU comme juridique, social et humanitaire, économique de la santé ou de santé publique (Abihiro & De Allegri, 2015). Dans le quotidien de sa mise en œuvre, il est souvent difficile de comprendre ce que cette notion de CSU recouvre. Si elle peut être considérée comme une « utopie pratique » (Prince, 2020) qui permet de travailler sur beaucoup de sujets tout en conservant une orientation globale, elle peut aussi donner lieu à des appropriations différentes dont les opportunités de négociation se déroulent dans un système social.

Le choix de l'étude de cas : des positionnements personnels et professionnels privilégiés

La première autrice de cet article a été dans la coordination scientifique du programme de 2019 à 2022. Elle a décidé de réaliser une ethnographie du projet à partir de réflexions personnelles et de discussions informelles avec les co-auteur·rice·s de cet article, membres de ce programme. Les discussions faisaient état d'incompréhensions sur le choix de certaines orientations qui avaient été faites (choix des sujets, des lieux) et d'enjeux de pouvoir explicites mais surtout implicites, qui limitaient la parole de certain·e·s acteur·rice·s. L'ambition de cette analyse était de produire des connaissances plus objectivées sur ces enjeux. Ce processus permettrait, à la manière des épistémologies féministes et décoloniales (Haraway, 1988; Harding, 1986; Santos, 2007), d'axer la source des dysfonctionnements non pas sur les acteur·rice·s ayant moins la parole, mais sur l'ordre établi qui crée la limitation de la parole. Les positionnements de chacun·e des auteur·rice·s sont pertinents pour cette étude, car ils ont des positions privilégiées pour étudier les interactions du quotidien, les échanges, les modalités de prise de décision. Leur hétérogénéité (issue d'un pays cible du projet, du pays financeur, homme, femme, doctorant·e, docteur) leur permet aussi d'associer différents points de vue pour favoriser la complémentarité des analyses. En outre, le directeur de thèse de la première autrice est un des investigateurs principaux du programme et a également participé à cette analyse, ce qui a pu aider à comprendre l'émergence de ce programme, mais qui peut certainement orienter, de façon directe ou indirecte, les éléments décrits.

Collecte et analyse des données

Les observations du quotidien du programme comprenaient plusieurs catégories de données : des comptes rendus de réunions, des notes d'observations, des entretiens informels, des échanges de courriels. Toutefois, un biais des observations participantes peut être la difficulté à faire la part entre ses propres représentations et celles des personnes du programme, notamment dans la mesure où l'idée de cette analyse provenait de frustrations. Si nous avons tenté d'être réflexif et de reconnaître nos biais potentiels, il est possible que l'effet de groupe produise des interprétations erronées. Ainsi des entretiens formels (n=15) ont également été réalisés avec les principaux membres de la coordination du programme (annexe 6). Nous avons également partagé nos idées avec d'autres personnes du programme au fur et à mesure des étapes pour essayer de les diversifier. Les données ont été codées selon des thèmes de la théorie utilisée qui concernent principalement les quatre étapes de la traduction (problématisation, intéressement, enrôlement, mobilisation des alliés). Des thèmes ont également été identifiés de façon inductive grâce aux différentes observations et entretiens et notamment l'apparition d'une controverse au sein du programme.

Conditions éthiques

Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat qui a reçu l'accord du comité d'éthique de l'Université de Montréal. Les membres du programme étudié étaient au courant du fait que la première autrice réalisait un travail de thèse au sujet du programme et de la place des connaissances dans celui-ci. La majorité des réunions collectives (séminaires, ateliers) a été enregistrée avec l'accord des participant·e·s. Les participant·es aux entretiens formels ont reçu un formulaire d'information et de consentement avant chaque entretien formel. Un accord oral a été demandé lors de la passation des entretiens par visioconférence. Les descriptions sont volontairement vagues dans la suite de l'article afin que le programme et les acteur·rice·s ne soient pas reconnu·e·s pour des raisons éthiques, politiques et stratégiques.

Résultats

D'un projet de développement a un programme de recherches : une émergence interne au pays financeur

Le programme de recherches est issu d'un projet de développement initié en 2013 par un acteur⁴ politique du ministère des Affaires étrangères d'un pays à hauts revenus (que nous appellerons le pays « financeur ») dans le but de réduire la mortalité des enfants de zéro à cinq ans. L'objectif de ce projet de développement était de favoriser la mise en place d'interventions pour appuyer la gratuité des soins de santé dans plusieurs pays. Étant donné que le projet de développement se voulait multi-acteur·rices, des expert·es et des scientifiques ont été invité·es à participer aux différents comités d'orientation dès le démarrage de l'initiative. Certains ont plaidé pour l'intégration d'un volet recherche dans le projet de développement. Pour eux, il était important de faire une recherche pour mieux comprendre le fonctionnement des interventions mises en œuvre dans le cadre du projet de développement. Si les parties prenantes du comité d'orientation de ce projet n'ont jamais ouvertement décliné la proposition d'un programme de recherche, le processus a mis plusieurs années à voir le jour sans que les raisons de cette attente soient connues par les expert·e·s ayant proposé cette recherche. Il existait certes une certaine réticence au niveau politique pour réaliser ce programme du fait de difficultés de longue date à travailler de façon intersectorielle et notamment avec les équipes de recherche. Mais des enjeux individuels pour prendre la direction du programme de recherche entre les scientifiques ont également retardé le processus de rédaction du protocole. Quatre ans après le premier plaidoyer, un protocole de recherches a été proposé par un organisme de recherche du même pays que celui qui avait financé le projet de développement, et accepté par l'organisme bailleur de ce pays.

Dans chacun des pays, une organisation non gouvernementale (ONG) de recherche a pris le rôle de coordination nationale. Des membres de la sphère politique faisaient également partie des organigrammes de chaque pays cible afin de favoriser les liens entre la production et l'utilisation

⁴ Lorsqu'un·e acteur·rice est cité·e, le genre masculin est utilisé de façon systémique afin de minimiser la possibilité d'identifier la personne

des connaissances scientifiques. Une coordination internationale était composée de cinq membres de l'organisme de recherche du pays financeur. Le budget alloué aux trois pays était décaissé par l'organisme de recherche du pays financeur chaque année après réception d'un rapport scientifique et d'un rapport financier. Les budgets nationaux étaient gérés par les ONG. Un membre de chaque coordination nationale, les membres responsables d'études transversales et la coordination internationale faisaient partie d'un comité de coordination élargie, théoriquement responsables des décisions du programme. Les décisions financières et organisationnelles étaient donc censées être prises par chaque pays, ou bien le comité de coordination élargie, le cas échéant.

La problématisation : un processus de « traduction » des différents intérêts

L'objectif initial du programme de recherches était d'étudier les interventions permettant d'atteindre la CSU :

« Le programme de recherche proposé ici par [l'organisme de recherche coordonnateur] et ses partenaires vise à comprendre comment et dans quels contextes les différentes stratégies soutenues par [le projet de développement] pour atteindre la couverture universelle en santé sont-elles mises en oeuvre dans les [...] pays et avec quelle efficacité ? » (Extrait du protocole du projet de recherche, version 2017, p.4)

Si la référence à la CSU était présente dès les premières réunions du projet de développement en 2013, le concept n'était pas explicitement décrit dans les objectifs opérationnels car le projet de développement concernait en priorité les politiques de gratuité des soins. Le concept de CSU est apparu plus fortement avec la concrétisation du programme de recherches en 2017. Cette apparition dans les objectifs du programme de recherche est liée, d'après l'un des investigateurs principaux, à la popularisation du concept au niveau international. Pourtant, aucun·e scientifique n'était expert·e de la question de la CSU au sein de l'organisme de recherche du pays financeur qui a pris la direction et la coordination internationale du programme de recherche. Un nouveau scientifique d'un organisme de recherche extérieur (d'un autre pays à hauts revenus) a ainsi été approché et a rédigé une première version du protocole qui prenait en compte cette notion de CSU. Il a par la suite été recruté dans l'organisme de recherche.

Dans chaque pays, les objectifs du programme de recherches ont concerné des interventions en santé présentes dans les agendas politiques nationaux mais aussi des interventions soutenues par le

projet de développement à partir duquel a été créé le programme de recherche. Ainsi, dans le pays 1, les objectifs du programme de recherche ont concerné l'étude des initiatives de gratuité et des mutuelles. Dans le pays 2, ils ont concerné les initiatives de gratuité. Dans le pays 3, ils ont concerné les initiatives de gratuité et les mutuelles. Le protocole du programme de recherches et la définition de ces objectifs a été à la fois une mise en commun des intérêts du pays financeur et du projet de développement initial, de l'influence internationale et la popularisation du concept de CSU et des intérêts et contextes des pays cibles (figure 9).

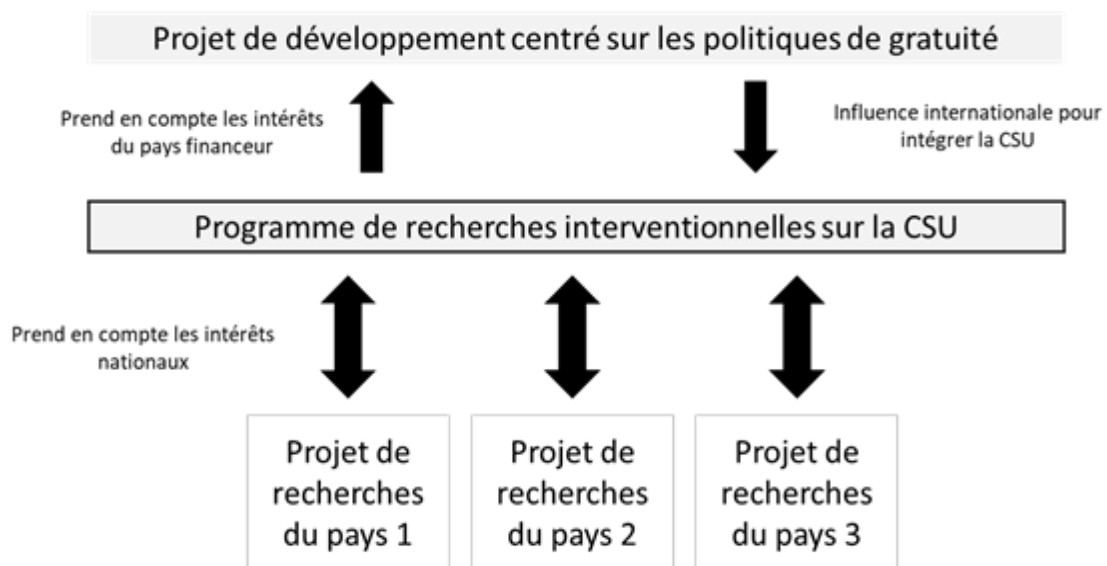


Figure 9. - Mise en commun des intérêts des différents intérêts dans la définition de l'objectif du programme de recherches

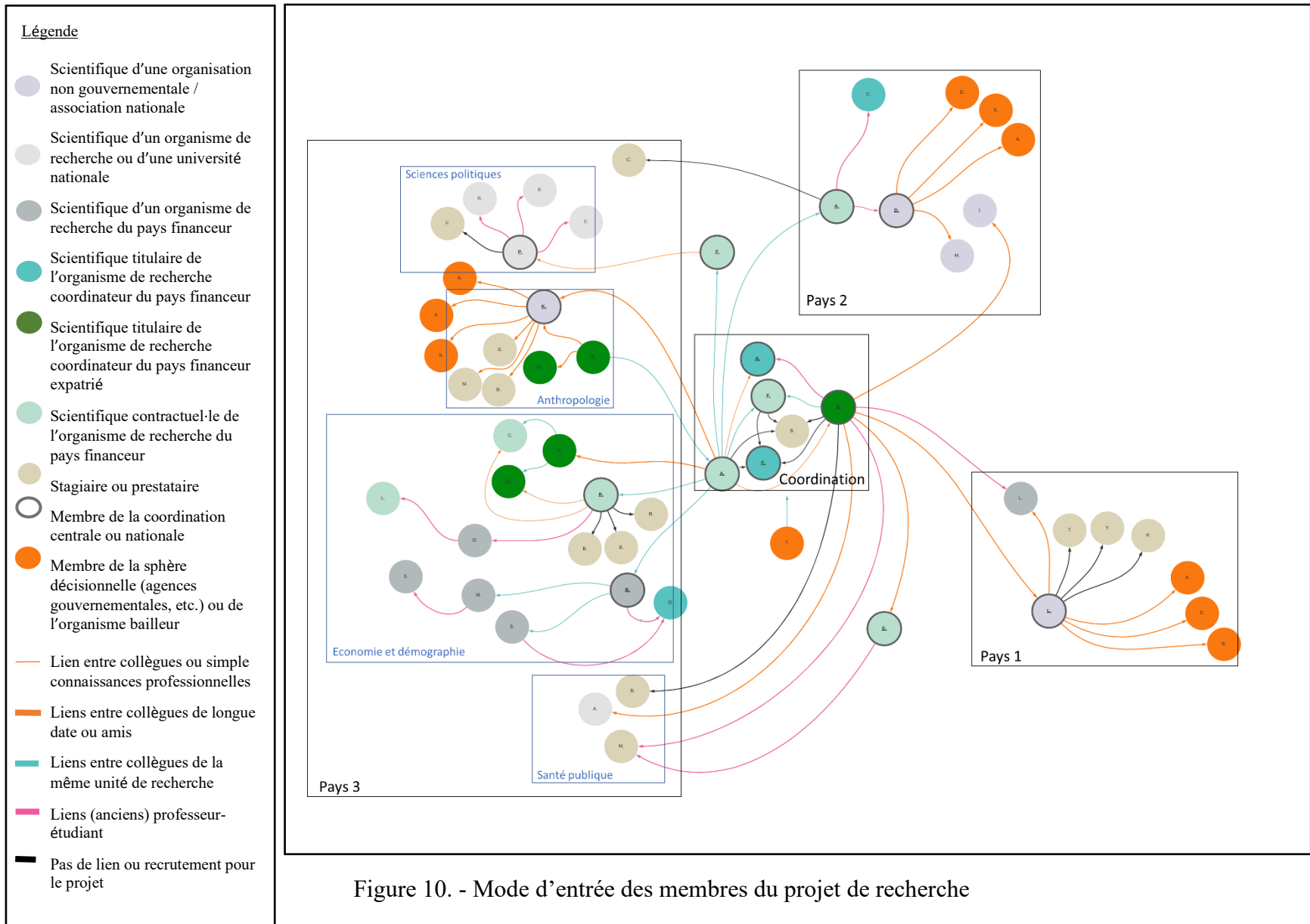
L'adaptation du programme de recherches aux différents intérêts a donné lieu en la transformation, dans les pratiques, de l'objectif d'atteinte de CSU en l'atteinte de la couverture maladie universelle (CMU). Ainsi, nous utilisons le terme de CMU pour le reste de l'analyse. Mais cette appropriation fait état d'un décalage entre les objectifs de départ et les objectifs réellement retenus puisque la couverture maladie universelle (CMU) n'est qu'une dimension de la CSU. En effet, alors que la CMU concerne principalement les mécanismes de protection contre les risques financiers liées aux dépenses en santé, la CSU prend en compte une vision plus large de la santé et des actions sur les déterminants sociaux.

Enrôlement, intéressement et mobilisation des alliés : du recrutement à la constitution des alliances épistémiques

Le recrutement : une dynamique interpersonnelle et intrainstitutionnelle

La plupart des scientifiques a été recrutée par le biais de connaissances interpersonnelles préexistantes au projet. Le recrutement est lié à deux principales personnes faisant partie de la coordination et ayant initié le programme de recherche (coordination, figure 10). Elles font partie de l'organisme de recherche du pays financeur qui coordonne le programme. Elles ont mobilisé deux stratégies de recrutement différentes. La première travaille avec des collègues de longue date avec qui elle collabore sur d'autres projets en parallèle (le recrutement est représenté par des lignes oranges (figure 10)). La deuxième travaille davantage avec des collègues affiliés à la même unité de recherche ou au même organisme, qui a de nombreuses unités dans le pays financeur et dans le monde (le recrutement par liens d'appartenance au même organisme de recherche est représenté par des lignes bleues, l'appartenance à l'institut de recherche du pays financeur est représenté par des ronds verts) (figure 10)). Elle les a choisies selon leur discipline, leur domaine d'expertise ou par connaissances interpersonnelles. Il existe de nombreux liens institutionnels entre le pays financeur et le pays 3 où il y a des expatriés de l'organisme de recherche du pays financeur, mais aussi un observatoire populationnel créé par cet organisme (qui est inclus dans les études du groupe « économie » (figure 10)). Les équipes ont été constituées de manière à compter une expertise de nombreuses disciplines pour favoriser une approche interdisciplinaire de la CSU mais aussi des expertises de certaines interventions comme les initiatives de gratuité ou les mutuelles.

Dans le pays 1 et 2 (figure 10), les organisations sont plus ou moins similaires dans le sens où il y a une équipe de recherche dont le coordinateur national a été approché par connaissance des membres de la coordination. Il s'agit de petites équipes où chaque personne est responsable d'une étude mais où les coordinateurs nationaux centralisent les décisions. Dans le pays 3 (figure 10), il s'agit d'une agglomération de plusieurs équipes : chaque équipe est spécialisée dans une discipline. Au sein des pays 1 et 2, et au sein des différents centres du pays 3, les membres ont recruté des collègues, étudiants, ou membres politiques pour compléter les équipes.



La constitution des alliances épistémiques

Les alliances épistémiques sont des regroupements de scientifiques qui partagent la même vision de la définition de la CMU et des études qu'ils ont réalisées dans ce programme. Elles se sont constituées par des affinités disciplinaires, mais ont également été influencées par le positionnement de chacun des scientifiques, leurs relations et leur appartenance institutionnelle.

L'alliance « santé publique » : une approche transversale aux pays, initiée par un traducteur principal

Le membre de la coordination internationale qui a pris la direction de la rédaction du protocole du programmes de recherches joue également le rôle de traducteur principal dans le programme. Il met en lien les intérêts et les motivations de chacun des membres, de la même façon qu'il l'a fait en rédigeant le protocole initial qui allie les intérêts de l'organisme bailleur du pays financeur, des scientifiques (par l'inclusion d'un concept valorisé au niveau international) et des pays cibles. Il a une approche de la CMU ancré dans les politiques et systèmes de santé, largement influencée par la discipline de la santé publique, qu'il utilise dans les différentes études dans les pays 1, 2 et 3 (figure 10). Cette vision est définie dans le protocole du pays 1 :

« [La recherche sur les politiques et les systèmes de santé] vise à “comprendre et améliorer la façon dont les sociétés s'organisent pour atteindre des objectifs de santé collectifs, et comment les différents acteur·rices interagissent dans les processus d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques en vue de contribuer à leurs résultats”. Pour répondre à ces questions, le programme de recherche mobilise quatre principes structurants dans le champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé [...] : la complémentarité des angles d'analyse (macro, méso et micro) ; l'interdisciplinarité ; la transversalité et le partage des connaissances ; l'ancrage conceptuel et théorique »
(Extrait du protocole accepté par le comité d'éthique national du pays 1)

Dans le pays 1 qui représente de façon typique cette première alliance épistémique, les études décrivent une approche globale des déterminants de la santé, qui favorisent ou entravent les interventions participant à l'atteinte de la CMU : les déterminants structurels ou macroscopiques (gouvernance, décisions politiques), les déterminants intermédiaires ou mésoscopiques (résilience

des centres de santé, innovation et mise en oeuvre, opérationnalisation des interventions) et les déterminants microscopiques (effets des interventions sur les populations et équité).

Dans le pays 2, où le protocole initial concerne les initiatives de gratuité, le traducteur principal a proposé des études supplémentaires sur les caractéristiques qui favorisent ou non le fonctionnement des stratégies et dispositifs de façon similaire au pays 1. Dans le pays 3, il a ajouté des études sur un dispositif de professionnalisation des mutuelles, de la même façon que dans le pays 1 afin de renforcer la comparaison entre les pays. Certaines personnes travaillent avec lui dans le pays 2, ce qui donne une approche mixte alors que dans le pays 3, pratiquement aucun lien n'existe, excepté avec les personnes qu'il a lui-même recrutées ce qui ajoute cette approche aux alliances disciplinaires déjà existantes (figure 11).

La création de l'alliance « santé publique » dans les pays 1 et 2 et sa moindre importance dans le pays 3 tient principalement au rôle du traducteur principal. Son approche est appropriée par le coordinateur national dans le pays 1 car, d'une part, ils sont collègues depuis de nombreuses années et d'autres parts, car ce dernier trouve un intérêt dans cette approche de la CMU. Pour lui, même s'il ne se revendique pas de la discipline santé publique, cette approche de la CMU est un moyen de travailler de façon globale sur le système de santé. Cette approche réunit selon lui à la fois le volet « offre » et le volet « demande », ce qui n'est pas souvent le cas dans le pays où il travaille et le fait de travailler sur les déterminants aux trois niveaux permet de proposer des recommandations concrètes aux parties prenantes du système de santé avec qui il travaille depuis de nombreuses années. Dans le pays 2, le traducteur principal est le directeur de thèse du coordinateur national. Ce dernier, gestionnaire de formation, s'approprie également cette approche en santé publique du fait de l'objet de sa thèse mais aussi pour ses liens entre la production des connaissances et leur utilisation pour l'action. En outre, ce traducteur principal, qui sait mettre en lien les intérêts entre de nombreux acteurs : politique, scientifique, bailleur·esses, a déjà obtenu de nombreux financements pour des projets dans sa carrière, qui participent à financer le fonctionnement des organisations d'appartenance des coordinateurs nationaux (qui sont des organisations gouvernementales), ce qui peut participer à l'ouverture vis-à-vis de cette approche de la CMU par ces derniers.

Les alliances disciplinaires du pays 3 : un fonctionnement en silos indépendants

Si l'alliance santé publique est majoritaire, d'autres alliances parallèles existent, notamment dans le pays 3 qui comprend deux alliances (intra)disciplinaires. Les approches sont guidées par différents scientifiques qui ont leurs propres approches disciplinaires.

L'alliance anthropologique est composée de scientifiques qui travaillent ensemble depuis très longtemps. Pour eux, il s'agit de considérer des interventions sur lesquelles ils travaillent déjà (par exemple les initiatives de gratuité pour une population ciblée) et d'étudier leur efficacité et leur mise en œuvre afin de comprendre leur potentiel d'action pour l'atteinte de la CMU. Ces scientifiques considèrent la CMU à partir de leur domaine d'expertise initial mais comme l'évoque l'un d'eux, l'objet d'étude de la CMU n'est pas le centre d'intérêt principal :

« Moi ce n'est pas ma spécialité, je ne suis pas du tout spécialiste de la protection sociale [...] Je me suis intéressé aux questions d'économie de la santé après [thème de recherche] et [autre thème de recherche]. Je ne me suis jamais intéressé à la CSU. Et je n'ai pas du tout envie de m'y intéresser » (Homme, Pays3)

L'alliance économique est composée majoritairement de scientifiques titulaires ou contractuels de l'organisme de recherche du pays financeur. Leur conception de la CMU est ancrée dans une approche par instruments : ils travaillent sur les effets des initiatives de gratuité et des mutuelles communautaires. Ils n'ont pratiquement aucun lien avec l'alliance anthropologique du même pays.

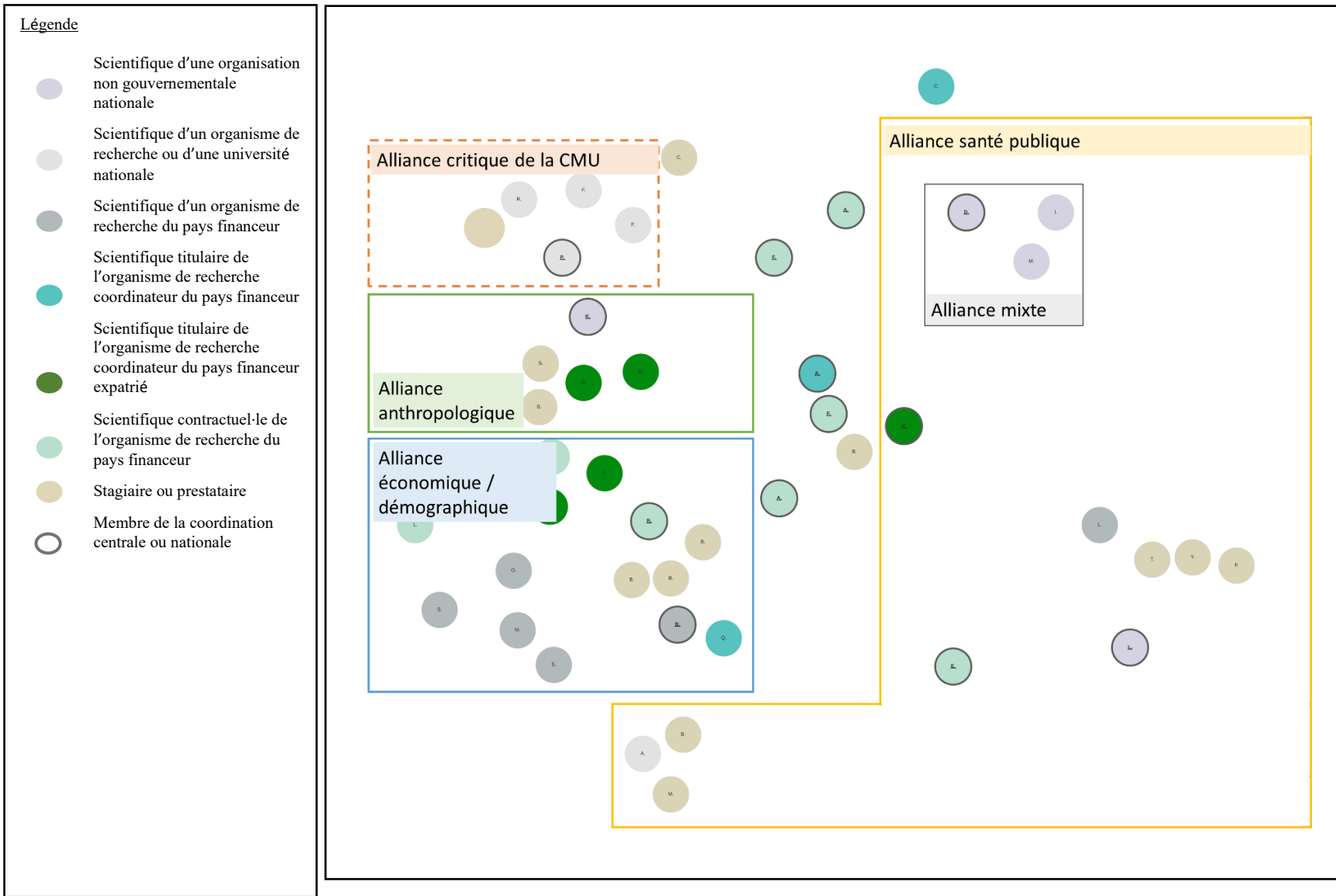


Figure 11. - Alliances épistémiques du projet de recherche

Difficiles controverses : l'approche critique de la CMU, une alliance manquée

La trajectoire de l'alliance critique

Un groupe de travail formel au sein du programme avait pour objectif de déconstruire la notion de CMU et de comprendre son organisation et sa gouvernance dans chacun des pays du projet.

« On a commencé par ça, on a commencé par dire : “on va tous considérer très sagement que nous ne connaissons rien de ce que ça veut dire la CMU, on ne sait pas quand ça a commencé, d'où ça vient, et donc on va repartir, on va vraiment faire un travail archéologique”. Qu'est-ce que c'est cette histoire de l'État va prendre en charge la protection sociale, et enfin la protection ... la gratuité de certaines maladies, etc. Ça remonte à au moins depuis les années 60 » (Responsable groupe de travail constituant l'alliance critique, Pays 3)

Pour notre analyse, nous l'avons appelé « l'alliance critique ». Le groupe de travail a été initié par un membre de l'organisme de recherche du pays financeur qui a recruté une collègue d'un organisme du pays 3. Ce membre recruteur, initialement membre de la coordination, n'a participé que de façon très succincte aux différentes activités scientifiques de ce groupe de travail et dans le programme de recherche. Outre ce membre recruteur, ce groupe de travail comprenait donc initialement quatre personnes d'un organisme de recherche du pays 3, dont trois doctorants. La⁵ responsable de ce groupe et quatrième membre du groupe était la directrice de thèse des trois doctorants.

Trois membres de la coordination internationale se sont rapprochés de cette alliance. Nous les considérons comme des « sympathisantes » de l'alliance. Il s'agissait de trois scientifiques juniors femmes, dont une stagiaire, une doctorante et une scientifique nouvellement recrutée comme titulaire de l'organisme financeur. Pour cette dernière, il était essentiel de ne pas passer à côté de l'opportunité de problématiser la notion de CMU, comprendre pourquoi et comment cet objet était apparu à l'ordre de l'agenda global et quelles étaient les forces qui guidaient ces politiques d'atteinte de la CMU. Cette perspective aurait également pu permettre de comprendre pourquoi des alliances aussi disparates se sont créées autour de l'objet de CMU au sein du programme. Les sympathisantes ont proposé d'intégrer ces questions à une séance de webinaire interne de travail

⁵ Nous avons volontairement réintroduit le genre dans cette section car nous pensons que le genre est une caractéristique qui a pu influencer la trajectoire de l'alliance

où l'ensemble des membres du programme étaient conviés. La stagiaire a présenté un travail qu'elle avait réalisé sur les dispositifs constituant la CMU dans les trois pays du programme. En discussion, elle proposait de réfléchir à la définition donnée à la CMU dans les études et les enjeux structurels l'influençant. Un scientifique sénior, membre d'une alliance disciplinaire du pays 3, que nous considérons comme un « opposant » à l'alliance critique, a proposé une réponse en mettant en avant un manque de compréhension du protocole de recherche et « le manque de pertinence en termes de réflexions » :

« Je voulais revenir simplement sur une question que tu as posée à la fin de ton exposé et pour laquelle finalement personne n'a répondu pour l'instant où tu disais en gros quelle CSU pour le projet [...] comme si tu étais mal à l'aise en constatant que ce qui était la CSU au [Pays 1] n'était pas la CSU au [Pays 2], n'était pas la CSU d'un autre pays. Alors moi, je voudrais revenir sur le fait que l'expression de CSU recouvre une très grande diversité de dispositifs [...] J'ai eu le sentiment que toutes tes interrogations finales procédaient plutôt d'une compréhension un peu brouillée de la façon dont on a pu rédiger le document du projet, ça n'avait pas de pertinence en termes de réflexion, d'enquête » (Scientifique sénior à une stagiaire)

Dans cette interaction, les participant·es ne sont pas dans un même niveau de hiérarchie. Il a été difficile pour la stagiaire de continuer à exposer son idée. Son idée n'a pas été discréditée par un argument scientifique mais par un argument d'autorité et une diminution de ses capacités à comprendre le protocole de recherche. Cette interaction, qui a eu lieu à la fin de la séance, a clôturé cette dernière, après avoir été soutenue par un des membres de la coordination internationale. Le sujet n'a pas été abordé de nouveau au sein du programme. Seules des discussions informelles entre les membres de cette alliance et les sympathisantes ont eu lieu sur la violence symbolique ressentie lors de cette interaction et le sentiment d'impuissance. La responsable du groupe de travail constituant l'alliance critique n'est pas non plus intervenue, bien qu'elle soit dans une position hiérarchique élevée. Pour elle, il est préférable d'éviter les conflits. De façon générale, elle préfère ne pas intervenir car elle a le sentiment d'être jugée dans les réunions du programme :

« On évite de faire des vagues, donc il y'a un minimum de conflit mais il y'a aussi un minimum de choses intéressantes qui se disent ou qui se passent et puis voilà, on passe à côté d'énormément de potentialité [...] Pour être honnête, moi j'y vais stressée parce que [...] on m'attend sur des choses quantifiables, on m'attend sur des livrables [...] Tu ne peux même pas dire que ... ce n'est pas des individus, ce n'est vraiment pas des individus ! C'est le sentiment d'un jugement flottant » (Responsable groupe de travail constituant l'alliance critique, Pays 3)

Pour tenter de renforcer cette alliance, l'une des scientifiques de la coordination internationale sympathisante de l'alliance a tenté d'intégrer d'autres sympathisants, des assistant·es de recherche

et des doctorant·es des quatre pays (pays financeur et pays cibles). Cette alliance s'est peu à peu transformée en un groupe de jeunes scientifiques et l'objet de la « critique » a évolué. La critique de l'objet de la CMU a peu à peu disparue et les principaux sujets de discussion ont tourné autour de la critique des encadrements des superviseur·ses des pays cibles et le manque d'autonomie scientifique. Selon des membres de ce groupe, le culte du diplôme ou encore le droit d'aînesse font partie des principaux obstacles au développement de leur autonomie scientifique car l'obéissance est privilégiée par rapport à l'esprit d'initiative. Finalement, si la nécessité de déconstruire la CSU et la remise en cause du fondement de certaines études du programme ont continué à être abordé dans la sphère informelle, ces éléments n'ont pas donné lieu à des analyses scientifiques.

Les raisons d'un échec : fonctionnement gérontocratique et pratiques clientélistes de la recherche

Alors que l'évènement de violence symbolique durant le webinaire avait marqué une rupture dans l'alliance critique, l'inclusion de nouveaux membres n'a finalement pas permis de développer cette alliance. Plusieurs obstacles à sa constitution peuvent être évoqués.

En premier lieu, l'objectif de l'alliance qui était de déconstruire l'objet d'étude principal du collectif, la CSU, a pu être perçu comme contradictoire et incompatible avec l'objectif du programme qui était de favoriser l'atteinte de la CSU. L'un des membres de la coordination internationale mentionnait d'ailleurs « la facilité à déconstruire mais la difficulté à construire ». Ainsi, cette déconstruction ne rentrait pas dans les intérêts scientifiques de la majorité des scientifiques du programme. Elle ne rentrait pas non plus dans les intérêts des membres de la sphère politique du programme. En effet, pour certains scientifiques de l'alliance critique, la présence de ces membres dans le programme, plutôt que de favoriser le lien entre la production et l'utilisation des connaissances, orientait le contenu des recherches et limitait la possibilité de présenter des résultats qui ne cadraient pas avec leurs idées ou les orientations officielles.

En deuxième lieu, l'alliance critique était majoritairement composée de jeunes scientifiques. Ces derniers n'avaient pas les outils et les ressources pour transformer des critiques sur des éléments observés (choix des études dans le collectif, choix des lieux d'études) en analyses scientifiques du fait que la majorité était en apprentissage. L'appui de scientifiques plus expérimentés aurait pu être

bénéfique. Toutefois, la transmission des savoirs et des compétences entre les différentes générations a été considérée comme un réel défi par les jeunes scientifiques. Par exemple, la responsable du groupe de travail constituant l'alliance critique avait des discours très engagés mais elle n'a pas, dans les faits, appuyé la progression de ses étudiants vers une autonomie scientifique pour appuyer leur propos critiques. En outre, ils étaient très peu à oser prendre la parole dans les différentes réunions. Cela peut s'expliquer par un sentiment de dévalorisation comme l'exprime cette doctorante : « Si nous n'étions pas là, [scientifique] aurait dit qu'on n'a pas une légitimité scientifique (Rires) [...] On n'a pas de voix par rapport à la recherche » (Extrait d'un groupe de discussion avec des jeunes scientifiques). Au sein du programme, les pays cibles fonctionnent de manière particulièrement hiérarchisée. Un des jeunes scientifiques évoque même le « culte du chef » comme un problème profond de la construction des programmes de recherches :

« Il y a vraiment ce culte des personnalités, c'est très important et donc tous les projets de développement sont d'abord aperçus sous l'angle du pouvoir, les exécutants, et les bailleurs et etc. Je ne sais si comme ça je suis explicite. Déjà le culte de la personnalité est fait qu'à tous les niveaux, on parle du chef et de ses subordonnés, pour parler simplement. Et c'est dans cela en réalité que se situe mon implication dans le cadre de ce projet-là. Donc tu es un technicien c'est vrai, mais vient te mettre derrière moi, c'est moi le chef » (Homme, Pays 2)

Dans le cadre de ce programme, les membres des coordinations nationales concentrent souvent de nombreuses ressources, institutionnelles et financières. Ils sont aussi des points « focaux » de nombreux partenariats internationaux au sein de leur pays d'appartenance. Les membres du pays financeur travaillent souvent avec les mêmes personnes, même si ces dernières, en cumulant les fonctions et les responsabilités, ne peuvent parfois participer que de façon symbolique. Un membre de l'organisme de recherche du pays financeur, ne faisant pas partie du programme de recherches, disait par exemple que « si on veut travailler en [discipline] dans ce pays, on ne peut passer que par [cette personne] ... mais elle n'a pas le temps de participer aux activités scientifiques ». Si, dans le cadre du programme de recherches, cette organisation centralisée et les problèmes de participation sont connus de tous, les scientifiques du pays financeur ne sont intervenus que très rarement sur ces questions. La règle tacite est que ces derniers ne peuvent pas prendre le risque de surplomber l'autorité d'un collègue, et de ne pas « ingérer » dans le fonctionnement interne des pays cibles. Il s'agit également parfois d'une volonté de ne pas mettre en péril des relations de travail de longue date ou basées sur des liens amicaux, et dans lesquelles chacun trouve ses intérêts, scientifiques ou non.

En troisième lieu, les non-dits et les silences autour des points de tension (comme les incompatibilités épistémiques, i.e désaccords sur les sujets d'études, les lieux des études; ou les différences de considération quant à la formation et les conditions de travaux) n'ont fait qu'exacerber les divergences dans le programme. Les jeunes scientifiques des pays cibles, ont pour la plupart, peu de possibilité pour s'opposer à leur superviseur, de peur de perdre un accompagnement académique déjà difficile à trouver, ou d'être victime d'une mauvaise réputation auprès du cercle d'influence de ce dernier. Les scientifiques titulaires des différents pays ne sont également que rarement en désaccord explicite. La question du pouvoir entre les pays financeur et cibles et la question de la potentielle ingérence du pays financeur, à partir duquel a été émis le financement mais aussi l'objectif du programme, n'a également jamais été ouvertement abordée alors qu'elle tisse la toile de fond de la collaboration.

Qu'ils soient du pays financeur ou pays cible, les scientifiques, selon leur positionnement, initient ou cautionnent des pratiques comme l'organisation centralisée, le manque de redistribution des ressources ou encore le fonctionnement autoritaire de la formation du fait de gains marchands ou non marchands. Pendant que certains gagnent en pouvoir et en ressources financières, d'autres gagnent en légitimité scientifique en écrivant des articles et s'inscrivent dans des stratégies et des réseaux pour intégrer des organismes de recherche ou avancer dans leur carrière. Dans ces contextes, la possibilité pour l'émergence d'une alliance souhaitant aborder des approches dissidentes sont réduites, notamment si elle est portée par des scientifiques au statut précaire ou non reconnus socialement.

Discussion

Synthèse des résultats

Nous avons observé un programme qui a principalement émergé à la suite d'une dynamique d'acteur·rice·s du pays financeur, mais qui a voulu créer une gouvernance partagée entre membre du pays financeur et membres des pays cibles. Le programme a donné lieu à deux principales dynamiques : i) des organisations centralisées dans les pays 1 et 2, menées par les coordinateurs

nationaux et un membre de la coordination internationale et ii) une organisation décentralisée dans le pays 3, dont les différents centres sont menés par des groupes de scientifiques qui travaillent de façon indépendante les uns des autres. L'analyse des études menées dans le programme a permis d'observer une alliance épistémique de santé publique dans les pays 1 et 2 (et dans une moindre mesure le pays 3), et des alliances épistémiques disciplinaires (anthropologique et économique) indépendantes dans le pays 3. L'alliance santé publique s'inscrit dans une approche des politiques et des systèmes de santé. Elle vise à comprendre comment les politiques et les interventions de santé sont élaborées et mises en œuvre dans le but d'atteindre la CSU. Les alliances disciplinaires permettent d'étudier des interventions précises (comme les mutuelles ou les gratuités) et d'étudier leur fonctionnement ou leurs effets, dans le but de contribuer à la CSU. Une alliance critique a été manquée. Plusieurs obstacles peuvent être décrits. En premier lieu, la déconstruction de l'objet d'étude a pu être perçue comme contradictoire avec l'objectif global du programme et les orientations politiques des pays cibles. En deuxième lieu, l'alliance était majoritairement constituée de jeunes scientifiques qui n'avaient pas tous les outils pour mettre leur démarche à l'agenda du programme, et les scientifiques seniors du programme, qu'ils soient du pays financeur ou d'un pays cible, n'ont pas (pu) soutenu(ir) cette alliance. En effet, les arrangements de la recherche entre les scientifiques des pays financeur et les pays cibles qui permettent à chacun de trouver des intérêts et des motivations, financières ou non financières, ont limité la possibilité de dialogues ouverts sur les décisions scientifiques. En troisième lieu, les silences autour des dysfonctionnements et problématiques, « connues, vécues... mais rarement écrites » (Quattara & Ridde, 2013) et non discutées ouvertement ont également participé à exacerber les divergences de points de vue.

La sédition plutôt que la diversité épistémique au profit des scientifiques socialement dominants

L'existence de conceptions parallèles de la CSU au sein du programme montre un processus de sédition de certains scientifiques, c'est-à-dire une sorte de rupture avec le pacte social dans lequel l'ensemble des membres d'un programme devrait être engagé (Solomon, 2006). En effet, chaque alliance aurait pu produire un effort pour converger vers un consensus, mais cela n'a pas été le cas. Les alliances disciplinaires et l'alliance de santé publique ont cohabité sans se rencontrer et l'alliance critique a été pratiquement abandonnée. Le fait que les alliances disciplinaire et l'alliance

critique aient eu des destinées différentes par rapport à l'alliance de santé publique qui est majoritaire, semble dépendre du statut des membres qui les composent mais aussi de la manière dont ils ont été intégrés dans le programme. En effet, les premières sont menées par des scientifiques séniors, la plupart issu du même organisme de recherche du pays financeur. La deuxième est constituée de scientifiques juniors, majoritairement des femmes, et de plusieurs organismes au sein du programme. Les interactions ont montré à la fois une injustice de témoignage envers la stagiaire qui exprimait l'idée de déconstruire la CSU durant le webinaire, mais aussi des micro-agressions dans le quotidien des jeunes scientifiques des pays cibles, ce qui les pousse à moins intervenir dans l'émission de nouvelles idées, comme cela a déjà été analysé dans plusieurs contextes (Kalniga, 2017; Kumwenda et al., 2017; Loua, 2012). A la différence de la sédition, une diversité épistémique serait le fait d'exprimer un avis contraire, mais de se plier à l'avis général, comme l'ont fait les membres de l'alliance critique. Toutefois, le fait de trouver un consensus ou de se plier à l'avis général pour certains groupes aurait pu être mené par des arguments scientifiques plutôt que par le positionnement social des scientifiques ou de leurs relations. Alors que l'objectif des recherches en santé publique est la recherche de la justice sociale, la production des connaissances dans ce programme de santé publique mondiale s'est faite dans des conditions injustes. Ces conditions injustes ont conditionné l'activité scientifique. Les scientifiques économiquement et socialement dominants, qu'ils soient de pays à hauts ou à faibles ou moyens revenus, trouvent leurs intérêts financiers et non financiers à faire partie de ces « parodies de collaboration » (Aiyebilehin, 2021), dans lesquelles « les collaborateurs du Sud sont souvent utilisés comme des “faire-valoir auprès des bailleurs de fonds” et les collaborateurs du Nord apparai[ssent] comme une plateforme d'accès aux ressources et aux publications dans des revues renommées » (Ouattara & Ridde, 2013). Le silence autour de cette instrumentalisation réciproque permet de ne pas remettre en cause un système qui permet à chacun d'obtenir des gains, qu'ils soient matériels, académiques ou symboliques.

L'activité scientifique en santé : entre nécessaire adaptation aux orientations politiques et opportunité de dissidence

La déconstruction de la CSU pourrait aider à poser des questions sur les choix des stratégies nationales des pays cibles. Ces choix sont souvent le fruit d'absence de formulation explicite des décisions politiques (Kadio et al., 2018) et de l'influence des acteurs extérieurs tels que les bailleurs de fonds (Abihiro & De Allegri, 2015; Caffin, 2018; Oxfam, 2013). Dans le cas de ce programme de recherches, l'organisme bailleur, mais aussi l'organisme de recherche du pays financeur ont influencé le choix des interventions étudiées et des pays cibles. Si l'influence de ces forces sont difficiles à contrer, l'activité scientifique peut être un moyen de les questionner et de les remettre en question, notamment lorsque les interactions entre les scientifiques, les politiques et les organismes bailleurs sont fréquentes, comme dans ce projet qui a pour vocation d'informer les décisions politiques avec les meilleures connaissances disponibles. La question de l'augmentation des recettes fiscales (financement par l'impôt) est par exemple peu considérée dans ce programme au profit de l'efficacité des interventions alors que l'investissement public en santé est une condition indispensable pour atteindre une réelle CMU (Oxfam, 2013). La question de l'équité est également peu entrevue de façon structurelle. Il ne s'agit pas seulement d'observer les retombées des interventions sur les populations, mais aussi d'observer l'investissement des différentes parties prenantes dont les populations (Paul et al., 2019). En somme, l'activité scientifique, si elle vise à informer les décisions politiques, peut également participer à débattre sur les choix qui guident les décisions. Pour cela, il y a une étape nécessaire de reconnaissance des valeurs et des objectifs qui guident l'activité scientifique, mais aussi de la possibilité d'entendre d'autres voix que celles qui sont habituellement considérées comme crédibles, ou d'autres idées que celles considérées comme la norme. Même si une certaine diversité est observable parmi les individus « autour de la table », cela ne garantit pas une contribution intellectuelle optimale de chacun des membres du projet, comme nous l'avons vu avec l'échec de l'alliance critique. Dans le cas où le projet est nécessairement lié à des questions politiques, l'activité scientifique peut participer à la reproduction d'injustices en s'adaptant aux choix nationaux. Ces injustices n'ont pas des conséquences sur les individus privilégiés, qui se trouvent tant dans les pays à hauts qu'à faibles revenus, mais sur les populations les plus vulnérables qui ne sont pas toujours au cœur des préoccupations des décideurs politiques.

Conclusion

L'analyse « du quotidien » de ce programme de recherches a permis d'observer les dynamiques d'émergence, de recrutement, d'enrôlement, de motivations des scientifiques et de la constitution d'alliances épistémiques. Ces alliances donnent lieu à différentes conceptions de la CSU. Alors que l'alliance de santé publique est majoritaire, les alliances disciplinaires se construisent de façon parallèle et l'alliance critique a été manquée. Cette dernière, alors qu'elle proposait une approche dissidente de la CSU a pu être manquée du fait de systèmes d'inégalités concomitants.

Bibliographie

Abihiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal health coverage from multiple perspectives : A synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>

Abimbola, S. (2019). The foreign gaze : Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>

Abimbola, S., Asthana, S., Montenegro, C., et al. (2021). Addressing power asymmetries in global health : Imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLOS Medicine*, 18(4), e1003604. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003604>

Affun-Adegbulu, C., & Adegbulu, O. (2020). Decolonising Global (Public) Health : From Western universalism to Global pluriversalities. *BMJ Global Health*, 5(8). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947>

Bedessem, B. (2018). *Quelle autonomie pour la recherche? Analyse épistémologique des conditions de la gouvernance des sciences* [Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes ; Université du Québec].

Bilodeau, A., & Potvin, L. (2018). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promotion International*, 33(1), 173-181. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw062>

Blanchet, K., & James, P. (2012). How to do (or not to do) ... a social network analysis in health systems research. *Health policy and planning*, 27(5), 438-446.

Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, et al. (2020). Decolonising global health : If not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>

Caffin, J.-H. (2018). *L'aide au développement et le financement basé sur la performance : Quelle performativité ? Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID : étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal* [Thèses, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02336956>

Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique* (1940/1948-), 36, 169-208.

Carrère, M., Louvel, S., Mangematin, et al. (2006). *Entre discrimination et autocensure. Les carrières des femmes dans l'enseignement supérieur et la recherche*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00185533>

Chandanabhumma, P. P., & Narasimhan, S. (2020). Towards health equity and social justice : An applied framework of decolonization in health promotion. *Health promotion international*, 35(4), 831-840. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz053>. PMID: 31236575.

Coutellec, L. (2013). Chapitre 4. Les épistémologies candidates pour une pensée du pluralisme. In : , L. Coutellec, *De la démocratie dans les sciences: Épistémologie, éthique et pluralisme* (pp. 113-125). Éditions Matériologiques.

Frega, R. (2013). *L'épistémologie des dominés*. *Critique*, 799(12), 978-991.

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Global Health 50/50. (2020). *The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities*. Global Health 50/50 initiative.

Patrick Gogognon. (2015). Asymétrie de pouvoir dans La recherche en santé mondiale, quels enjeux éthiques ? Une étude pilote auprès de chercheurs au Bénin. *Journal International De Bioéthique*, 26(02).

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>

Harding, S. G. (1986). *The Science Question in Feminism*. Cornell University Press.

Horton, R. (2013). Offline : Is global health neocolonialist? *The Lancet*, 382(9906), 1690. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62379-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62379-X)

Kadio, K., Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale : Un cas de « non-design » au Burkina Faso. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 10.1. <https://doi.org/10.4000/poldev.2782>

Kalniga, J. D. M. (2017). L'encadrement scientifique au Cameroun. *Emulations - Revue de sciences sociales*, (21), 53-66.

- Khan, M., Abimbola, S., Aloudat, T., et al. (2021). Decolonising global health in 2021 : A roadmap to move from rhetoric to reform. *BMJ Global Health*, 6(3), e005604. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005604>
- Kumwenda, S., El Hadji, A. N., Orondo, P. W., et al. (2017). Challenges facing young African scientists in their research careers: A qualitative exploratory study. *Malawi Medical Journal*, 29(1), 1-4.
- Latour, B. (2005a). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford university press.
- Latour, B. (2005b). *La science en action : Introduction à la sociologie des sciences* (Nouvelle éd). La Découverte.
- Latour, B., Woolgar, S., & Biezunski, M. (1979). *La vie de laboratoire*. La Découverte.
- Lauer H. (2017, June 23-29). *How epistemic injustice in the global health arena undermines public health care delivery in Africa*. 25th International Congress of History of Science and 16 Technology, Rio de Janeiro.
- Loua, S. (2012). *Efficacité interne de l'enseignement supérieur malien*. Université Lumière, Lyon.
- Matenga, T. F. L., Zulu, J. M., Corbin, J. H. et al. (2019). Contemporary issues in north–south health research partnerships : Perspectives of health research stakeholders in Zambia. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0409-7>
- Medina, J. (2013). The Epistemology of Resistance : Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination. In : *The Epistemology of Resistance*. Oxford University Press.
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1-13.
- Nnawulezi, N., Godsay, S., & Bryant, L. S. (2020). Microaggressions in Human Service Organizations. In *Prejudice, Stigma, Privilege, and Oppression* (pp. 373-386). Springer.
- Odoch, W. D., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2021). How has sustainable development goals declaration influenced health financing reforms for universal health coverage at the country level? A scoping review of literature. *Globalization and Health*, 17(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00703-6>
- Olusanya, B. O. (2021). Accountability framework to decolonise global health. *The Lancet*, 397(10278), 968.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1978). *Alma-Ata 1978, les soins de santé primaires pour tous*. OMS.
- Ouattara, F., & Ridde, V. (2013). Expériences connues, vécues... mais rarement écrites : À propos des relations de partenariat Nord-Sud. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 231-246. <https://doi.org/10.7202/1020832ar>
- Oxfam (2013). *Couverture santé universelle. Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie ?* Oxfam.

- Paul, E., Deville, C., Bodson, O., et al. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Plamondon KM, Brisbois B, Dubent L, et al. (2021). Assessing How Global Health Partnerships Function: An equity-informed critical interpretive synthesis. *Research Square*. 10.21203/rs.3.rs-207571/v1
- Prince, R. (2020, april 20). Utopian aspirations in a dystopian world : “Health for all” and the Universal Health Coverage agenda – an Introduction. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2020/universal-health-coverage.html/>
- Quijano, A. (2000). Coloniality of Power and Eurocentrism in Latin America. *International Sociology*, 15(2), 215–232. <https://doi.org/10.1177/0268580900015002005>
- Ridde, V., & Capelle, F. (2011). La recherche en santé mondiale et les défis des partenariats Nord-Sud. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante Publique*, 152-156.
- Ridde, V., Ouédraogo, S., & Yaya, S. (2021, février 14). La santé publique francophone : Une aveuglante absence de diversité. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. <https://aoc.media/opinion/2021/02/14/la-sante-publique-francophone-une-aveuglante-absence-de-diversite/>
- Robert, E., Lemoine, A., & Ridde, V. (2017). Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle? Une analyse fondée sur l’approche par les droits. *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d’études du développement*, 38(2), 199-215. <https://doi.org/10.1080/02255189.2017.1301250>
- Santos, B. de S. (2007). *Cognitive Justice in a Global World : Prudent Knowledges for a Decent Life*. Lexington Books.
- Santos, B. de S. (2015). *Epistemologies of the South : Justice Against Epistemicide*. Routledge.
- Solomon, M. (2006). Norms of epistemic diversity. *Episteme*, 3(1-2), 23-36.
- Stake, D. R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.
- Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, et al. (2012). Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*, 12, 774. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>
- Velin, L., Lartigue, J.-W., Johnson, S. A., et al. (2021). Conference equity in global health : A systematic review of factors impacting LMIC representation at global health conferences. *BMJ Global Health*, 6(1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>
- Yarmoshuk, A.N., Cole, D.C., Mwangi, M. et al. (2020). Reciprocity in international interuniversity global health partnerships. *High Educ* 79,395–414. <https://doi.org/10.1007/s10734-019-00416-1>

Article 4. Quand le messenger est plus important que le message : étude expérimentale en Afrique francophone sur l'utilisation des connaissances

Amandine Fillol, Esther Mc Sween-Cadieux, Bruno Ventelou, Marie-Pier Larose, Ulrich Boris Nguemdjo Kanguem, Kadidiatou Kadio, Christian Dagenais, Valéry Ridde

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est en cours de révisions dans la revue *Health Research Policy and Systems*.

Référence complète :

Fillol, A.^{ab}, Mc Sween-Cadieux E.^c, Larose MP.^d, Ventelou B.^e, Nguemdjo Kanguem UB.^b, Kadio K.^{bf}, Dagenais C.^g, Ridde V.^b (à paraître). Quand le messenger est plus important que le message : étude expérimentale en Afrique francophone sur l'utilisation des connaissances.

^a Department of Social and Preventive Medicine, School of public health (ESPUM), University of Montreal, Montreal, Canada

^b French national research institute for sustainable development (IRD), Paris, France

^c Department of School and Social Adaptation Studies, Faculty of Education, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec, Canada

^d INVEST Flagship Research Center/Department of Psychology and Speech-Language Pathology, University of Turku, Finland.

^e Aix Marseille University, French national centre for scientific research (CNRS), Aix-Marseille School of economics, Marseille, France

^f Institute for Research in Health Sciences (IRSS), National center for scientific and technologic research, Ouagadougou, Burkina Faso

^g Department of psychology, University of Montreal, Montreal, Canada

Contribution des auteur·rices: L'idée de l'article a été émise par Amandine Fillol, Christian Dagenais, Bruno Ventelou et Valéry Ridde. La conception de la méthode a été discutée par ces trois mêmes personnes, Bruno Ventelou, Kadidiatou Kadio et Esther Mc Sween-Cadieux puis mise en œuvre par Amandine Fillol et Esther Mc Sween-Cadieux. Le recrutement des participant·es a principalement été réalisé par Valéry Ridde et Amandine Fillol. Les données ont été collectées et analysées par Amandine Fillol, Ulrich Boris Nguemdjo Kanguem, Marie-Pier Larose et Bruno Ventelou. Les propositions d'analyse ont fait l'objet de discussions entre les différent·es auteur·rices. La première version a été rédigée par Amandine Fillol et relue et commentée par les co-auteur·rices à plusieurs reprises avant la soumission finale à la revue.

Résumé

Contexte : Les injustices épistémiques sont de plus en plus décriées dans le domaine de la santé mondiale. Cette étude vise à déterminer si la source des connaissances influence la perception de ces connaissances et la volonté de les utiliser. Méthodes : L'étude suit un devis expérimental randomisé dans lequel les participant·es ont été assigné·es au hasard à l'une des sept notes politiques conçues avec le même contenu scientifique, mais avec différentes organisations présentées comme autrices. Chaque organisation était représentative d'une autorité financière, scientifique ou morale. Pour chaque type d'autorité, deux organisations étaient proposées : l'une nord-américaine ou européenne, l'autre africaine. Résultats : Les résultats montrent que le type d'autorité et la localisation des organisations autrices ne sont pas significativement associés à la qualité perçue et à l'utilisation instrumentale déclarée. Toutefois, des interactions entre le type d'autorité et la localisation étaient significatives. Ainsi, les analyses stratifiées ont mis en évidence que pour la qualité perçue, les notes de politique signées par l'organisme bailleur (autorité financière) africain obtenaient de meilleurs scores que les notes de politique signées par l'organisme bailleur nord-américain / européen. Tant pour la qualité perçue que pour l'utilisation instrumentale déclarée, ces analyses stratifiées ont révélé que les notes de politique signées par l'université africaine (autorité scientifique) étaient associées à des scores plus faibles que les notes de politique signées par l'université nord-américaine/européenne. Interprétation : Les résultats confirment l'influence significative des sources sur la perception des connaissances en santé mondiale et rappellent l'intersectionnalité de l'influence des sources d'autorité. Cette analyse nous permet à la fois d'en apprendre davantage sur les organisations qui dominent la scène de la gouvernance mondiale en santé et de réfléchir aux implications pour les pratiques d'application des connaissances.

Mots-clés

Santé mondiale, notes de politiques, déterminants structurels, COVID-19, pouvoir

Abstract

Background: Epistemic injustices are increasingly decried in global health. This study aims at investigating whether the source of knowledge influence the perception of that knowledge and the willingness to use it in francophone African health policy-making context. **Methods:** The study followed a randomized experimental design in which participants were randomly assigned to one of seven policy briefs that were designed with the same scientific content but with different organizations presented as authors. Each organization was representative of financial, scientific, or moral authority. For each type of authority, two organizations were proposed: one North American or European, and the other African. **Findings:** The initial models show that there were no significant association between type of authority and location of the authoring organization and the two outcomes (perceived quality and reported instrumental use). Stratified analyses highlighted that policy briefs signed by the African donor organization were associated with higher perceived quality than policy briefs signed by the North American/European donor organization (financial authority). For both perceived quality and reported instrumental use, these analyses found that policy briefs signed by the African university were associated with lower scores than policy briefs signed by the North American/European university (scientific authority). **Interpretation:** The results confirm the significant influence of sources on perceived global health knowledge and the intersectionality of sources of influence. This analysis allows us to both learn more about organizations in global health leadership and to reflect on the implications for knowledge translation practices.

Keywords

Global health, policy briefs, Structural drivers, COVID-19, Power

Introduction

Les enjeux de pouvoir épistémique sont de plus en plus décriés en santé mondiale du fait de leurs impacts sur les inégalités de santé (Abimbola et al., 2021; Forman, 2015; Shiffman, 2014, 2015). Certains s'insurgent du système de légitimation des connaissances dirigé par des individus ou des organisations économiquement dominants (Engebretsen & Heggen, 2015; Hanefeld & Walt, 2015; Shiffman, 2015, 2016) et de la présence d'élites orientant les décisions internationales (Horton, 2020). Pour aller plus loin que les traditionnels problèmes d'inégalités sociales, matérielles et géographiques pour expliquer les inégalités sociales de santé, Bhakuni et Abimbola (2021) décrivaient la présence d'injustices épistémiques dans le champ de santé mondiale. L'injustice épistémique est un concept qui a été formalisé par la philosophe anglaise Fricker (2007) et qui représente un tort fait à une personne dans sa fonction de connaissance. En premier lieu, il peut s'agir d'un processus de décrédibilisation des connaissances apportées par une personne du fait de préjugés de la personne qui écoute sur ses caractéristiques sociales, c'est-à-dire une injustice de témoignage. Par exemple, lors de l'épidémie d'Ebola en 2014, Lauer (2017) mettait en évidence la manière dont des expert·e·s africain·e·s avaient été décrédibilisé·e·s par des intervenant·e·s extérieurs. Dalglish (2020) dénonçait « les mensonges de l'expertise en santé mondiale » au début de la pandémie de COVID en 2020, à cause du manque de reconnaissance de la proactivité de certains pays africains et asiatiques pour éclairer les décisions à prendre dans les pays à hauts revenus. En deuxième lieu, il peut s'agir d'une absence de possibilité pour une personne de faire reconnaître sa propre interprétation d'un phénomène social du fait de l'absence de reconnaissance de ses ressources interprétative par des groupes dominants, il s'agit d'injustices herméneutiques, comme les appelle Fricker (2007) ou d'injustices interprétatives, comme le proposent Bhakuni et Abimbola (2021). Si les deux catégories d'injustices sont fortement liées, l'analyse que nous proposons dans cet article vise à étudier l'injustice de témoignage dans le champ de la santé mondiale. Aucune étude, à notre connaissance, ne permet de mettre en évidence quelles sont les injustices de témoignage en santé mondiale, et quelles sources influencent de façon positive ou négative la perception des connaissances par les acteur·rice·s. Bien que ces deux types d'injustices soient fortement liées, l'analyse que nous proposons dans cet article vise à étudier l'injustice testimoniale en santé mondiale. Ces injustices sont souvent invisibles alors qu'elles tissent la toile de fond de la gouvernance et des pratiques de santé mondiale. D'une part, elles révèlent des

discriminations à l'encontre de certaines personnes car elles sont décrédibilisées non pas à cause de ce qu'elles disent mais à cause de ce qu'elles sont. Cela contribue à généraliser les discriminations sociales habituelles (non épistémiques). D'autres parts, l'exclusion de certaines personnes participe à écarter certains discours des discussions collectives et empêche la formation de pensées dissidentes sur la santé et ses enjeux.

Une étude réalisée en Espagne sur des documents présentant la même information sur le changement climatique a permis d'observer que les niveaux de crédibilité attribués aux connaissances différaient selon les organisations présentées comme autrices (Sanz-Menéndez & Cruz-Castro, 2019). Dans une autre étude réalisée sur la plateforme Youtube, la perception de l'intégrité et de la bienveillance du présentateur d'une vidéo scientifique avaient une influence notable sur la crédibilité attribuée aux informations présentées (Michalovich & Hershkovitz, 2020). En outre, dans une autre étude, si l'auteur·rice était considéré·e comme une autorité dans le secteur concerné, alors le·la lecteur·rice était plus enclin·e à agir en fonction de ce qui était dit dans le document ou de partager le document (Beynon et al., 2012). Dans ce cas, la présence de l'opinion de l'auteur·rice favorisait également la volonté d'agir ou de partager l'information (Beynon et al., 2012). Alors que les scientifiques sont censés être plus aguerris face aux questions de crédibilité des connaissances, il a été démontré qu'ils accordaient plus d'importance à « qui parle » plutôt qu'à « ce qui est dit » (Javdani & Chang, 2019).

En santé mondiale, il existe une confusion de plus en plus grande entre les autorités d'expertise, scientifique, morales et financières. Par exemple, les institutions ou acteur·rice·s à l'autorité financière parviennent à diffuser et légitimer des connaissances et acquièrent ainsi une autorité d'expertise, voire scientifique (Birn, 2014; Fillol & Ridde, 2020). En parallèle, des organisations internationales censées représentées des autorités morales perdent leur crédibilité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est par exemple critiquée à cause de l'influence des donateurs les plus importants dans les décisions, et une confusion entre les différentes fonctions, notamment entre les mandats techniques et politiques (Hoffman & Røttingen, 2014; Lee & Pang (Pangestu), 2014). De plus, le manque de diversité sociale dans les instances internationales ainsi que dans le monde scientifique, qui comprennent majoritairement des hommes d'Amérique du Nord ou d'Europe, contribue à ce que certaines voix ne soient pas entendues (Global Health 50/50, 2020). Ce manque de représentativité entraîne des injustices épistémiques interprétatives ou herméneutiques

(Abimbola, 2019 ; Velin et al., 2021). Ce manque de représentativité conduit à des injustices épistémiques d'interprétation et de témoignage (Abimbola, 2019; Dübgen & Skupien, 2019; Global Health 50/50, 2020; Ndofirepi, 2017; Velin et al., 2021). Les injustices de témoignage sont le produit des individus ou organisations des pays à faible revenu comme de ceux des pays à revenu élevé (Tonda, 2012).

L'Afrique francophone est particulièrement représentative de la complexité de la santé mondiale car le paysage institutionnel est composé de plusieurs acteurs de différents secteurs et pays impliqués dans les politiques de santé. Peu d'études traite des injustices épistémiques dans cette région alors que la production et l'utilisation des connaissances sont fortement influencées par les enjeux de pouvoir et l'histoire de la colonisation (Abimbola et al., 2021; Bhakuni & Abimbola, 2021; Santos, 2007a; Santos, 2007b; Gautier et al., 2020; Lauer, 2017; Ndofirepi, 2017). A notre connaissance, il n'existe pas d'études quantitatives dans ce contexte permettant d'observer les effets de la source d'un document sur la perception de la qualité des connaissances ou sur l'intention de les utiliser. Le champ de la santé mondiale réunit des acteur·rices de différents secteurs, pays et disciplines pour proposer des solutions à des problèmes de santé dans un contexte de mondialisation. La diffusion et la traduction des connaissances sont ainsi des mandats clés des acteur·rices de la santé mondiale. L'objectif de cette recherche est d'étudier si la source d'un document contenant des connaissances influence la qualité perçue de ces connaissances et la volonté de les utiliser pour les acteurs de la santé mondiale en Afrique francophone.

Présentation de l'étude

Pour réaliser cette recherche, nous avons utilisé un outil spécifique : la note de politiques. Les notes de politiques sont de plus en plus utilisées pour disséminer les résultats scientifiques afin d'informer les décideurs politiques des meilleures connaissances disponibles, mais aussi pour proposer des recommandations pour l'action (Lavis et al., 2009). Une note de politiques est « un document concis qui priorise un problème politique particulier et présente les données probantes dans un langage non technique et sans jargon professionnel » (Beynon et al., 2012 : 12, Traduction libre). Elles sont souvent classées en deux catégories : les notes de politique dites neutres qui « fourni[ssent] des informations nuancées pour donner une image globale de la situation d'un

problème donné »; et les notes de politiques « interventionnistes » qui « propose[nt] des solutions à un problème et cherche[nt] à obtenir un changement rapide » (Dagenais & Ridde, 2018 : 203). Les guides existant pour appuyer leur conception sont très variés et peu d'études existent sur leur efficacité (Arnautu & Dagenais, 2021).

Les deux principaux résultats que nous mesurons dans cette étude sont la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée.

En premier lieu, la crédibilité, si elle a beaucoup été étudiée n'est pas la seule qualité attribuée aux connaissances qui permettrait d'améliorer leurs utilisations. L'aspect visuellement engageant, la pertinence des informations et de recommandations en lien avec les réalités locales, ont été décrits comme favorables à leur efficacité (Arnautu & Dagenais, 2021). La légitimité, la pertinence, la compréhension perçues sont également des qualités à prendre en compte pour améliorer les liens entre sciences, actions et politiques (Cash et al., 2002; Cash et al., 2003; Dunn & Laing, 2017).

L'utilisation des connaissances est généralement déclinée en trois catégories : i) l'utilisation symbolique qui vise à s'appuyer sur, citer ou argumenter à partir de connaissances pour légitimer un choix ou une décision, ii) l'utilisation conceptuelle qui est une augmentation des connaissances sur un sujet ou une question et une évolution dans la compréhension de celui-ci et iii) l'utilisation instrumentale qui est associée à un changement de pratique ou d'opinion (Beyer & Trice, 1982 ; Weiss, 1979). Nous avons choisi de nous concentrer sur l'utilisation instrumentale car il s'agit d'une application concrète de l'utilisation des connaissances pour l'élaboration de politiques (Graham et al., 2006).

C'est pour cela que cette recherche vise à étudier si la source d'une note de politiques influence, non seulement la perception de sa crédibilité, mais aussi sa qualité (aspect visuel, pertinence, légitimité et compréhension) et l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances dans le contexte de l'élaboration des politiques de santé en Afrique francophone.

Cadre conceptuel

Afin de catégoriser les différentes sources d'une note de politiques qui peuvent être utilisées pour cette étude, nous empruntons la typologie des autorités des entrepreneurs de la diffusion (Gautier et al., 2018) : autorité financière, scientifique, d'expertise (un nombre croissant d'organisations ont

ce type d'autorité, car elles s'ouvrent à de nouvelles activités de production de connaissances) et/ou morale. Pour étudier les effets des sources d'une note de politiques, nous avons choisi d'utiliser des organisations représentant différentes autorités comme autrices : i) des organismes bailleurs pour l'autorité financière ; ii) des universités pour l'autorité scientifique ; iii) une organisation internationale pour l'autorité morale. Une organisation type représentant l'autorité d'expertise est plus difficile à trouver, c'est pourquoi nous nous sommes limités aux trois types d'autorités mentionnées ci-dessus. Nous avons également choisi de différencier les autorités en fonction de leur localisation (Pays francophone à haut revenu d'Amérique du Nord ou d'Europe, pays francophone à faible revenu d'Afrique), car de nombreuses études montrent une hégémonie épistémique des pays à revenu élevé (Lauer, 2017 ; Santos, 2007a ; Santos, 2007b ; Dübgen & Skupien, 2019; Eichbaum et al., 2020), notamment en Afrique francophone où ces pays sont très présents dans le paysage de la santé (tableau 4).

Tableau 4. - Description de la variation des organisations autrices

Variations	Type d'autorité		
Localisation	Organisation bailleuse	Université	Organisation internationale
Europe ou Amérique du Nord	OB1	U1	OI1
Afrique	OB2	U2	OI2*

*Pour l'OI, nous avons considéré la même, mais OI1 représente le bureau en Europe ou Amérique du Nord et OI2 représente le bureau en Afrique

Objectifs et hypothèses

Nos principaux objectifs sont d'étudier (i) si le type d'autorité de l'organisation autrice (financière, scientifique, morale) d'une note politique est associé à la qualité perçue et à l'utilisation instrumentale déclarée, (ii) si la localisation de l'organisation autrice (Amérique du Nord ou

Europe, Afrique) d'une note politique est associé à la qualité perçue et à l'utilisation instrumentale déclarée et (iii) si la localisation de ces organisations interagit avec le type d'autorité dans la prédiction de la qualité perçue et de l'utilisation instrumentale rapportée. Nous avons émis l'hypothèse que les autorités des pays d'Amérique du Nord ou d'Europe seraient associées à des niveaux plus élevés de qualité perçue et d'utilisation instrumentale déclarée. Cependant, nous n'avons pas d'hypothèse concernant l'influence des types d'autorités et l'interaction entre les types d'autorités et la localisation. Ces analyses étaient exploratoires compte tenu du manque de recherches antérieures sur le sujet dans le contexte francophone africain. Cependant, nous avons émis l'hypothèse que la localisation pouvait être un prédicteur significatif et que les organisations d'Amérique du Nord ou d'Europe seraient associées à des niveaux plus élevés de qualité perçue et d'utilisation instrumentale déclarée. Nous nous sommes concentrés sur ces deux régions (Amérique du Nord ou Europe) car les partenaires techniques et financiers impliqués dans les décisions de santé en Afrique francophone sont largement représentés par des individus issus de ces régions. Bien qu'il existe d'autres régions francophones dans le monde, nous avons choisi de nous concentrer sur l'Amérique du Nord et l'Europe en raison du pouvoir financier et matériel que ces pays exercent dans l'élaboration des politiques de santé et de l'influence qu'ils peuvent avoir sur les questions épistémiques (Affun-Adegbulu & Adegbulu, 2020 ; Santos, 2007 ; Godrie & Dos Santos, 2017 ; Lauer, 2017).

Méthode

Déroulement de l'étude

L'étude présentée suit un devis expérimental randomisé dans lequel les participant·es ont été affectés au hasard à l'une des sept notes politiques. Sept notes de politiques ont été conçues avec le même contenu scientifique et les mêmes caractéristiques visuelles. Seules les organisations autrices ont été modifiées.

L'étude a été menée en trois étapes à distance (voir la figure 12) à l'aide d'un site Web spécialement créé à cette fin (site Web Wix). Une version pour ordinateur et une version pour mobile ont été

produites. Premièrement, les participant·es ont rempli un questionnaire de prélecture. Ensuite, les participant·es étaient assigné·es de manière aléatoire à une note de politique à lire. La distribution aléatoire du document a été réalisée à l'aide d'un code de programmation en langage html dans une fenêtre du site (le code est disponible sur demande). Troisièmement, après avoir lu le document, les participant·es ont rempli un deuxième questionnaire.

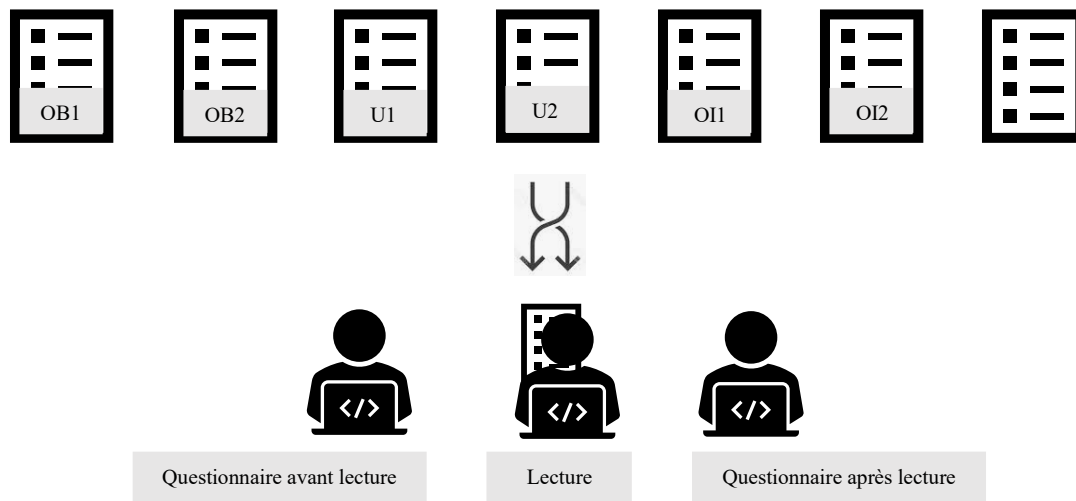


Figure 12. - Déroulement de l'étude

Participant·es

Dans le but d'être aussi représentatif·ves que possible, nous avons utilisé les neuf catégories d'acteurs proposées par Hoffman et Cole (2018) pour cibler les participant·es à inclure dans l'étude : i) les gouvernements nationaux, les entités des Nations Unies et les organisations internationales, iii) les banques de développement, iv) les partenariats publics/privés, v) les organisations philanthropiques, vi) la société civile globale et les organisations non gouvernementales, vii) les industries privées, viii) les associations de professionnels, ix) les institutions académiques. Les pays concernés pour notre étude sont les pays de l'Afrique francophones (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad, Togo) et les principaux pays participants à l'aide au développement dans cette région (Belgique, Canada, France, Suisse). Pour chaque organisation, des points focaux ont été identifiés à partir de nos réseaux professionnels afin

de diffuser la proposition de participation à l'étude. Des listes de diffusion et des groupes thématiques sur les liens entre science, politique et santé ont également été utilisés. Du fait que les participant·es peuvent être difficiles à atteindre dans les enquêtes en ligne, nous avons compté sur l'effet boule de neige. Les personnes de tous les secteurs professionnels en santé (soins de santé, recherche, coordination, gestion de programmes, etc.) qui travaillaient dans un ou plusieurs pays d'Afrique francophone ont été invités à participer. Nous nous attendions à une participation de 200 à 300 participants, ce qui nous permettait d'avoir assez d'effectifs pour réaliser des analyses. C'est également pour cela que nous nous sommes restreints à sept organisations autrices différentes. La collecte des données a été effectuée de janvier à mars 2021. Nous avons effectué des analyses exploratoires pour déterminer si nous avions suffisamment de participants et avons choisi d'arrêter la collecte de données en raison des résultats préliminaires qui permettaient des analyses pertinentes.

Intervention

L'intervention est l'attribution d'une note de politique. Pour rendre l'étude le plus proche de la réalité, nous avons utilisé une note de politiques déjà existante (annexe 7 et 8). Le note de politique présentait des résultats d'une revue de littérature et des recommandations en lien avec l'efficacité des mesures de confinement pour les maladies à transmission vectorielles et d'autres maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes⁶. Le traitement est le fait de recevoir des notes de politiques signées par des organisations autrices différentes. Les participant·es ne savaient pas à quel traitement ils·elles étaient assigné·es.

Variables mesurées

Les deux principales variables à mesurer sont la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée.

⁶ Pour en savoir plus : <https://www.equiperenard.org/verdas-fr>

Principales variables à mesurer

La qualité perçue des connaissances est mesurée grâce à un ensemble d'énoncés pour lesquelles le·la participant·e a exprimé son niveau d'accord (n=10) (tableau 5). Nous avons repéré dans les écrits plusieurs façons complémentaires de considérer la qualité perçue des connaissances : l'aspect visuel, la crédibilité, la légitimité, la pertinence, la compréhension. Nous avons donc défini plusieurs énoncés pour mesurer chacun de ces construits grâce à des études déjà réalisées sur la crédibilité (Gaziano & McGrath, 1986 ; McCroskey et al., 1974 ; Metzger et al., 2003 ; Meyer, 1988 ; Michalovich & HersHKovitz, 2020), sur la légitimité (Akerlof et al., 2018) et sur l'aspect visuel, la pertinence et la compréhension (Beynon et al., 2012; Buljan et al., 2018; Dagenais & Ridde, 2018; Jones & Walsh, 2008). Par exemple, l'énoncé suivant était proposé au participant « Le contenu du document est pertinent dans le cadre de mon travail » et ce dernier répondait sur une échelle de Likert de cinq points : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « D'accord », « Plutôt d'accord », « Tout à fait d'accord », « Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre ». Cette dernière option a été considérée comme une donnée manquante dans la suite des analyses. Nous avons ensuite évalué si l'ensemble des affirmations permettait de calculer un score global de qualité. Après avoir examiné les corrélations inter-items et la distribution de chaque item, nous avons calculé un score global de qualité perçue des connaissances en faisant la moyenne des 10 énoncés (de 1 à 5). Le coefficient alpha de Cronbach, qui mesure la cohérence interne des construits dans la mesure du score de qualité perçue, était de 0,88.

Utilisation instrumentale déclarée des connaissances

L'utilisation instrumentale déclarée des connaissances est mesurée grâce à un ensemble d'énoncés pour lesquels le·la participant·e a estimé le niveau de probabilité auquel il·elle réaliserait différentes actions (n=3) (tableau 5). Par exemple, il lui était proposé « Changer mon opinion sur l'efficacité des mesures de confinements pour contrôler les épidémies de maladies infectieuses » et il·elle répondait sur une échelle de Likert de cinq points : « Pas du tout probable », « Peu probable », « Probable », « Plutôt probable », « Tout à fait probable », « Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre ». Cette dernière option a été considérée comme une donnée manquante dans la suite des

analyses. Nous avons proposé trois items sur les changements d'opinion, de politique et de pratique. Nous avons ensuite évalué si l'ensemble des énoncés nous permettait de calculer un score d'utilisation instrumentale déclarée. Après avoir examiné les corrélations inter-items et la distribution de chaque item, nous avons calculé un score d'utilisation instrumentale déclarée des connaissances en faisant la moyenne des 3 énoncés (de 1 à 5 ; le coefficient alpha de Cronbach était égal à 0,78).

Tableau 5. - Synthèse des variables à mesurer et des énoncés utilisés

Variable à mesurer	Dimensions pour définir la variable	Énoncés pour mesurer les dimensions
Score de qualité perçue	Pertinence	« Le contenu du document est pertinent dans le cadre de mon travail »
	Légitimité	« Le contenu du document est en accord avec mes valeurs professionnelles »
		« Le contenu du document semble prendre en compte un ensemble de points de vue et pas seulement celui de l'auteur »
	Crédibilité	« Le niveau de détails fourni dans le document est approprié »
		« La méthodologie présentée dans le document paraît robuste » « L'argumentation présentée dans le document et menant aux recommandations est convaincante »
Aspect visuel	« La présentation visuelle du document est attrayante » « La longueur du document est adéquate »	
Score d'utilisation déclarée instrumentale	Compréhension	« Le contenu du document est facile à comprendre » « Les recommandations proposées sont claires »
		« Changer mon opinion sur la question de l'efficacité des mesures de pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses »
		« Changer mes politiques ou pratiques actuelles en ce qui concerne le sujet des mesures de confinement pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses » « Développer ou commander de nouvelles études sur le sujet des mesures de confinement pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses »

Variables de confusion

Les éléments suivants ont été considérés comme des variables de confusion potentielles : connaissances préalables sur le sujet du dossier politique avant et après la lecture du dossier

politique (6 questions), connaissances et opinions sur l'organisation présentée comme autrice de la note de politiques (6 questions) et caractéristiques sociodémographiques, professionnelles, géographiques et migratoires des participant·es (10 questions). Le questionnaire détaillé est disponible en annexe 9.

Analyses

Analyses descriptives

Des analyses descriptives ont été réalisées afin d'observer la diversification de l'échantillon et la distribution des interventions parmi les participant·es et les principales variables mesurées.

Analyses principales

- Le type d'autorité (financière, morale et scientifique) et la localisation (Amérique du Nord ou Europe, Afrique) de l'organisme autrice d'une note de politiques sont-ils associés à la qualité perçue et à l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances ?

Des régressions linéaires ont été réalisées pour observer si le type d'autorité (financière, morale et scientifique) de l'organisation autrice étaient associé avec nos principales variables (qualité perçue et utilisation instrumentale déclarée). Nous avons estimé nos résultats sur les deux variables séparément dans deux modèles différents, mais le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice ont été saisis dans le même modèle car nous voulons étudier la contribution unique de chaque facteur. L'expérience professionnelle (et l'autonomie perçue dans la profession pour le modèle concernant l'utilisation instrumentale déclarée), le sexe, le secteur professionnel, le niveau du dernier diplôme obtenu et la région d'obtention du diplôme le plus élevé ont été systématiquement ajoutés aux modèles comme des covariables même si elles n'étaient pas significatives, car ce sont des facteurs socioprofessionnels fortement liés à la question de recherche (Beynon et al., 2012). Le fait de connaître ou non l'organisation présentée comme autrice a également été inclus comme une covariable. En effet, nous pensons que le fait de connaître ou non

l'organisation est une variable intermédiaire potentielle qui peut expliquer les liens entre l'organisation autrice et les différentes variables dépendantes.

- Comment le type d'autorité (financière, morale et scientifique) interagit avec la localisation (Amérique du Nord ou Europe, Afrique) de l'organisation autrice dans la prédiction de la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée ?

Tout d'abord, nous avons ajouté une interaction entre le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice aux précédents modèles de régressions linéaires. Nous avons testé séparément ces interactions dans deux modèles différents (pour la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée). Lorsque ces interactions étaient significatives au niveau de 10%, nous avons réalisés des analyses stratifiées où nous avons régressé la localisation de l'organisation autrice sur la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée en fonction du type d'autorité des organisations autrices (financière, scientifique, morale).

Considérations éthiques

Lors de l'envoi par courriel de l'invitation à participer à l'enquête, il y avait un lien pour lire l'outil présenté et répondre à un questionnaire sur la plateforme WIX qui permet de sécuriser les données en lien avec le Règlement général sur la Protection des Données (RGPD). Le RGPD vise à protéger le droit fondamental à la vie privée et à la protection des données personnelles des citoyens de l'Union européenne (UE). Pour ne pas biaiser l'expérience, deux formulaires d'informations et de consentement sont présentés au début et à la fin de l'expérience. Ce dernier mentionnait le lien vers la note de politiques de base, sans modification des organisations présentées comme autrices, mais aussi l'objectif réel de l'étude qui n'était pas présenté sur le premier questionnaire. À la fin de la lecture du deuxième formulaire d'information, les participant·es pouvaient cliquer sur « accepter » ou quitter la page s'il ne souhaitait pas que ses données soient utilisées. Aucune donnée n'était enregistrée sans que le·la participant·e ne clique sur le bouton « accepter ». Cette étude fait partie d'une thèse dont le protocole a été soumis au comité d'éthique de la recherche en sciences et en

santé de l'Université de Montréal. Le certificat final a été obtenu le 17 juin 2020 (CERES-18-127-D).

Résultats

Analyses descriptives

Description des participants

L'échantillon comprend 233 participant·e·s dont une majorité âgée de 26 à 45 ans (64%, n=148/233) et d'hommes (68%, n=159/233). La majorité a un niveau universitaire de 2^e ou 3^e cycle (88%, n=205/233). Les professions représentées sont majoritairement les responsables, gestionnaires ou coordinateur·rice·s de projets (30%, n=70/233), les chercheur·se·s (24%, n=57/233) et les professionnel·le·s de santé (18%, n=43/233). Leur expérience est répartie de 0 à plus de 25 ans. La description détaillée des participant·es est présentée en annexe 10.

En ce qui concerne la répartition géographique, les principaux lieux de naissances sont la France (23%, n=54/233), le Mali (15%, n=35/233), le Burkina Faso (11%, n=25/233), le Bénin (10%, n=22/233). Pour l'obtention du diplôme, les principaux lieux d'obtention du diplôme le plus élevé sont la France (35%, n=82/233) ou le Mali (10%, n=24/233).

Plus d'un tiers des participant·es est né, a étudié et habite en Afrique de l'Ouest ou Centrale (36%, n=88/233) et moins d'un cinquième est né, a étudié et habite en Europe ou en Amérique du Nord (16%, n=39/233). Un faible pourcentage des participant·es (13%, n=31/233) est né et habite en Afrique de l'Ouest ou Centrale et a obtenu son diplôme le plus élevé en Europe ou en Amérique du Nord. Enfin moins d'un dixième (8%, n=20/233) est né et a obtenu son diplôme le plus en élevé en Europe ou Amérique du Nord et habitent en Afrique de l'Ouest ou Centrale au moment de l'enquête.

Distribution des traitements et description des principaux résultats

Les notes de politique signées par l'organisme bailleur africain (autorité financière) étaient les moins assignées aux participant·es (n=24) et les notes de politique non signées par une organisation étaient les plus assignées aux participant·es (n=39).

Les participant·es ont, en moyenne, jugé la note de politique de bonne qualité (moyenne : 3,909/5, écart type : 0,687). En ce qui concerne l'utilisation instrumentale déclarée, les participant·es ont indiqué qu'ils·elles seraient plutôt susceptibles d'utiliser la note de politique (moyenne : 3,379/5, écart type : 1,024).

En ce qui concerne la qualité perçue, le score le plus faible a été attribué aux notes de politique signées par l'université africaine (moyenne : 3,625/5, écart type : 0,562) et le score le plus élevé a été attribué aux notes de politique signées par l'université nord-américaine/européenne (moyenne : 4,196/5, écart type : 0,554). En ce qui concerne l'utilisation instrumentale déclarée, le score le plus faible a été attribué aux notes de politique signées par l'université africaine (moyenne : 2,922/5, écart-type : 1,038) et le score le plus élevé a été attribué aux notes de politiques signées par le bureau nord-américain / européen de l'organisation internationale (moyenne : 3,849/5, écart-type : 0,791) (tableau 6).

Tableau 6. - Distribution de l'intervention et description des résultats

	Score de qualité perçue			Score d'utilisation instrumentale déclarée		
	N	Moyenne (/5)	Ecart-type	N	Moyenne (/5)	Ecart-type
Organisation autrice						
Organisme bailleur	63	4,005	0,547	64	3,339	1,086
Organisme bailleur nord-américain / européen	30	3,943	0,460	31	3,226	1,023
Organisme bailleur africain	33	4,062	0,617	33	3,444	1,148
Organisation internationale	56	3,944	0,803	57	3,705	0,897
Bureau nord-américain / européen de l'organisation internationale	33	4,073	0,813	33	3,849	0,791
Bureau africain de l'organisation internationale	23	3,759	0,768	24	3,507	1,009
Universités	72	3,926	0,623	72	3,301	1,060
Université nord-américaine / européenne	38	4,196	0,554	38	3,640	0,973
Université africaine	34	3,625	0,562	34	2,922	1,038
Pas d'organisation autrice	37	3,657	0,791	39	3,111	0,938
Total	228	3,909	0,687	232	3,379	1,024

Associations entre l'organisation autrice et la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances

Le type d'autorité (financière, morale et scientifique) et la localisation (Amérique du Nord / Europe et Afrique) de l'organisation autrice d'une note de politiques sont-ils associés à la qualité perçue des connaissances ?

Un premier modèle a révélé que la qualité perçue n'était pas significativement associée au type d'autorité et à la localisation de l'organisation autrice. La connaissance de l'organisation n'était pas significativement associée au score de qualité perçue.

Le score de qualité perçue est significativement plus élevé de 0,423 pour les participants diplômés en Amérique du Nord/Europe par rapport à ceux diplômés en Afrique ($\beta = 0,423$, IC 95% = 0,082 à 0,764, $p=0,015$) (Tableau 7).

Tableau 7. - Associations entre le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice, et la qualité perçue

Intervention	Qualité perçue			P value
	β	[95% IC]		
Intervention				
Type d'autorité de l'organisation autrice				
Organisme bailleur (autorité financière)	REF	REF	REF	REF
Organisation internationale (autorité morale)	-0.227	[-0.612 ; 0.158]		0.248
Université (autorité scientifique)	-0.073	[-0.448 ; 0.303]		0.704
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	-0.508	[-0.246 ; 0.348]		0.738
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	0.213	[-0.179 ; 0.605]		0.287
Expérience dans la profession	-0.092	[-0.238 ; 0.055]		0.221
Genre				
Homme	REF	REF	REF	REF
Femme	-0.120	[-0.443 ; 0.203]		0.468
Profession				
Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
Autre	-0.165	[-0.695 ; 0.366]		0.542
Coordination/gestion de programmes	-0.262	[-0.742 ; 0.217]		0.284
Professionnel de recherche	-0.328	[-0.822 ; 0.167]		0.194
Niveau d'étude				
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	0.073	-0.390	0.536	0.757
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.339	-0.809	0.130	0.157
Région d'obtention du diplôme le plus élevé				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.423	[0.082 ; 0.764]		0.015*
		Value		
R ²		0.155		
R ² ajusté		0.077		

IC, intervalle de confiance

Le type d'autorité (financière, morale et scientifique) et la localisation (Amérique du Nord ou Europe, Afrique) de l'organisation autrice d'une note de politiques sont-ils associés à l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances ?

Un premier modèle a révélé que la qualité perçue n'était significativement associée au type d'autorité et à la localisation de l'organisation autrice. La connaissance de l'organisation n'était pas significativement associée au score d'utilisation instrumentale déclaré.

Le score d'utilisation instrumentale déclarée était significativement plus faible de 0,496 pour les participant·es travaillant comme coordinateur·rices ou gestionnaires de programmes de santé et plus faible de 0,542 pour les professionnel·les de la recherche par rapport aux professionnel·les de santé (respectivement $\beta=-0,496$, IC 95%=-0,992 à -0,001, $p=0,050$ et $\beta=-0,542$, IC 95%=-1,057 à -0,281, $p=0,039$). Il était également significativement plus faible de 0,542 pour les participant·es ayant un niveau d'étude égal au 3^{ème} cycle par rapport aux participant·es ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au 1^{er} cycle ($\beta=0,542$, IC 95% = -1,025 à -0,584, $p=0,028$). Les participant·es ayant obtenu leur diplôme en Afrique ont rapporté un score d'utilisation instrumentale plus élevé de 0,739 par rapport à ceux ayant obtenu leur diplôme en Europe ou en Amérique du Nord ($\beta=0,739$, IC 95% = 0,839 à 1,089, $p<0,001$) (Tableau 8).

Tableau 8. - Associations entre le type d'autorité et la localisation de l'organisation autrice, et l'utilisation instrumentale déclarée

	Utilisation instrumentale déclarée			
	β	[95% IC]		P value
Intervention				
Type d'autorité de l'organisation autrice				
Organisme bailleur (autorité financière)	REF	REF	REF	REF
Organisation internationale (autorité morale)	0.161	[-0.234 ; 0.557]		0.420
Université (autorité scientifique)	-0.128	[-0.514 ; 0.259]		0.514
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	-0.083	[-0.390 ; 0.224]		0.593
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	0.145	[-0.268 ; 0.558]		0.489
Autonomie perçue dans la profession	0.751	[-0.051 ; 0.202]		0.242
Expérience dans la profession	0.166	[-0.133 ; 0.166]		0.827
Genre				
Homme	REF	REF	REF	REF
Femme	-0.322	[-0.650 ; 0.005]		0.053
Profession				
Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
Autre	-0.463	[-1.009 ; 0.823]		0.095
Coordination/gestion de programmes	-0.496	[-0.992 ; -0.001]		0.050*
Professionnel de recherche	-0.542	[-1.057 ; -0.281]		0.039*
Niveau d'étude				
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	-0.205	[-0.682 ; 0.271]		0.395
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.542	[-1.025 ; -0.584]		0.028*
Région d'obtention du diplôme le plus élevé				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.739	[0.389 ; 1.089]		0.000*
		Valeur		
R ²		0.323		
R ² ajusté		0.253		

Comment le type d'autorité (financière, morale et scientifique) interagit avec la localisation (Amérique du Nord ou Europe, Afrique) de l'organisation autrice dans la prédiction de la qualité perçue des connaissances ?

Nous avons constaté que l'interaction entre les organisations internationales et leur localisation n'était pas significative ($\beta = -0,004$, IC 95 % = - 0,754 à 0,763, $p=0,991$) mais que l'interaction entre les universités et leur localisation était significative ($\beta = -1,517$, IC 95 % = - 2,225 à -0,810, $p < 0,001$). Par conséquent, nous avons effectué une analyse stratifiée par type d'autorité de l'organisme auteur.

- Organisme bailleur (autorité financière)

La première analyse stratifiée a révélé que le score de qualité perçue était plus élevé de 0,510 pour les participant·es ayant reçu des notes de politique signées par un organisme bailleur africain par rapport à ceux·celles ayant reçu des notes de politique signées par l'organisme bailleur nord-américain/européen ($\beta = 0,510$, IC 95 % = 0,061 à 0,960, $p=0,027$) (tableau 9).

En d'autres termes, pour un score moyen de qualité perçue pour les notes de politique signées par l'organisme bailleur nord-américain / européen égal à 3,943 (tableau 6), le score de qualité perçue est 12,9% plus élevé pour les participant·es ayant reçu des notes de politiques signées par l'organisme bailleur africain.

- Organisation internationale (autorité morale)

Il n'y avait pas de différences significatives selon la localisation pour les notes de politique signées par l'organisation internationale (tableau 9).

- Université (autorité scientifique)

Le troisième modèle stratifié a révélé que le score de qualité perçue était inférieur de 0,886 pour les participant·es ayant reçu des notes de politique signées par l'université africaine par rapport à ceux·celles ayant reçu des notes de politique signées par l'université nord-américaine/européenne ($\beta = -0,886$, IC 95 % = -1,361 à -0,412, $p=0,001$) (tableau 9).

En d'autres termes, pour un score moyen de qualité perçue pour les notes de politiques signées par l'université nord-américaine / européenne égal à 3,909 (Tableau 6), le score de qualité perçue était

inférieur de 21,1% pour les participant·es ayant reçu des notes de politique signées par l'université africaine.

Tableau 9. - Associations entre la localisation de l'organisation autrice et la qualité perçue des connaissances, stratifiée par le type d'autorité de l'organisation autrice

	Qualité perçue			P-value
	β	[95% IC]		
Organismes bailleurs (autorité financière)				
Intervention				
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.510	[0.061 - 0.960]		0.027*
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	0.413	[-0.473 - 1.300]		0.350
Expérience dans la profession	0.084	[-0.180 - 0.348]		0.520
Genre				
Homme	REF	REF	REF	REF
Femme	-0.171	[-0.658 - 0.317]		0.482
Profession				
Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
Autre	-0.523	[-1.256 - 0.211]		0.157
Coordination/gestion de programmes	-0.209	[-0.871 - 0.454]		0.454
Professionnel de recherche	-0.591	[-1.441 - 0.260]		0.260
Niveau d'étude				
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	0.505	[-0.231 - 1.241]		0.172
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	0.582	[-0.148 - 1.312]		0.114
Région d'obtention du diplôme le plus élevé				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.377	[-0.130 - 0.883]		0.140
		Valeur		
R ²		0.337		
R ² Ajusté		0.141		
Bureaux de l'organisation internationale (autorité morale)				
Intervention				
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.581	[-0.093 - 1.256]		0.089
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	0.123	[-0.763 - 1.008]		0.780
Expérience dans la profession	-0.361	[-0.714 - -0.009]		0.045*

Genre					
	Homme	REF	REF	REF	REF
	Femme	-0.655 [	-1.287 -	-0.024]	0.042*
Profession					
	Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
	Autre	0.207 [	-1.062 -	1.477]	0.742
	Coordination/gestion de programmes	-0.590 [	-1.612 -	0.442]	0.255
	Professionnel de recherche	-0.694 [	-1.718 -	0.330]	0.177
Niveau d'étude					
	Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
	Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	0.247 [	-0.641 -	1.135]	0.576
	Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.590 [	-1.454 -	0.274]	0.174
Région d'obtention du diplôme le plus élevé					
	Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
	Afrique	0.655 [	-0.982 -	1.409]	0.086
Valeur					
R ²					0.506
R ² Ajusté					0.361
Universités (autorité scientifique)					
Intervention					
Localisation de l'organisation autrice					
	Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
	Afrique	-0.886 [	-1.361 -	-0.412]	0001*
Variables de confusion					
Connaissance préalable de l'organisation autrice					
	Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
	Connaître l'organisation	0.210 [	-0.280 -	0.700]	0.393
Expérience dans la profession		-0.124 [	-0.334 -	0.086]	0.239
Genre					
	Homme	REF	REF	REF	REF
	Femme	-0.056 [	-0.629 -	0.516]	0.843
Profession					
	Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
	Autre	-0.505 [	-1.327 -	0.317]	0.222
	Coordination/gestion de programmes	-0.289 [	-1.045 -	0.467]	0.446
	Professionnel de recherche	-0.287 [	-1.101 -	0.438]	0.429
Niveau d'étude					
	Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
	Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	-0.450 [	-1.323 -	0.425]	0.305
	Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.910 [	-1.811 -	-0.010]	0.048*
Région d'obtention du diplôme le plus élevé					
	Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
	Afrique	-0.039 [	-0.639 -	0.560]	0.896
Valeur					
R ²					0.375
R ² Ajusté					0.230

Comment le type d'autorité (financière, morale et scientifique) interagit avec la localisation (Amérique du Nord ou Europe, Afrique) de l'organisation autrice dans la prédiction de l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances ?

Nous avons constaté que l'interaction entre les organisations internationales et leur localisation n'était pas significative ($\beta = -0,057$, IC 95 % = - 0,815 à 0,702, $p=0,883$) mais que l'interaction entre les universités et leur localisation était significative ($\beta = -1,110$, IC 95 % = -1,822 à 0,398, $p=0,002$). Par conséquent, nous avons effectué une analyse stratifiée par type d'autorité de l'organisme auteur.

- Organisme bailleur (autorité financière)

Il n'y avait pas de différences significatives selon la localisation pour les notes de politique signées par des organismes bailleurs (Tableau 10).

- Organisation internationale (autorité morale)

Il n'y a pas de différences significatives selon la localisation pour les notes de politique signées par l'organisation internationale (Tableau 10).

- Université (autorité scientifique)

Le troisième modèle stratifié a révélé que le score d'utilisation instrumentale déclarée était inférieur de 0,670 pour les participant·es ayant reçu les notes de politique signées par l'université africaine par rapport à ceux·celles ayant reçu les notes de politique signées par l'université nord-américaine/européenne ($\beta = -0,670$, IC 95 % = -1,265 à -0,748, $p=0,028$) (Tableau 10).

En d'autres termes, pour un score moyen d'utilisation instrumentale déclarée pour les notes de politique signées par l'université nord-américaine / européenne égal à 3,640 (Tableau 6), le score de qualité perçue était inférieur de 18,4% pour les participant·es ayant reçu des notes de politique signées par l'université africaine.

Tableau 10. - Associations entre la localisation de l'organisation autrice et l'utilisation instrumentale déclarée des connaissances, stratifiée par le type d'autorité de l'organisation autrice

	Utilisation instrumentale déclarée			
	β	[95% IC]		P-value
Organismes bailleurs (autorité financière)				
Intervention				
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	0.373	[-0.119 - 0.865]		0.132
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	1.064	[-0.906 - 2.219]		0.070
Autonomie perçue dans la profession	-0.010	[-0.203 - 0.182]		0.913
Expérience dans la profession	0.239	[0.040 - 0.617]		0.027
Genre				
Homme	REF	REF	REF	REF
Femme	-0.582	[-1.100 - -0.641]		0.029*
Profession				
Professionnel de santé	REF	REF	REF	REF
Autre	-0.793	[-1.632 - 0.464]		0.063
Coordination/gestion de programmes	-0.381	[-1.116 - 0.535]		0.298
Professionnel de recherche	-0.505	[-1.410 - 0.400]		0.264
Niveau d'étude				
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF	REF	REF	REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	0.150	[-0.639 - 0.940]		0.701
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.279	[-1.052 - 0.493]		0.466
Région d'obtention du diplôme le plus élevé				
Europe ou Amérique du Nord	REF	REF	REF	REF
Afrique	1.099	[0.574 - 1.624]		0.000*
Value				
R ²	0.644			
R ² Ajusté	0.518			
Bureaux de l'organisation internationale (autorité morale)				
Intervention				
Localisation de l'organisation autrice				
Europe ou Amérique du Nord				
Afrique	0.458	[-0.074 - 0.990]		0.089
Variables de confusion				
Connaissance préalable de l'organisation autrice				
Ne connaît pas l'organisation	REF	REF	REF	REF
Connaître l'organisation	0.225	[-0.464 - 0.915]		0.510
Autonomie perçue dans la profession	-0.010	[-0.227 - 0.208]		0.928
Expérience dans la profession	-0.368	[-0.638 - -0.098]		0.009*
Genre				
Homme	REF	REF	REF	REF

Femme	-0.470	[	-0.952	-	0.011	]	0.055
Profession							
Professionnel de santé	REF		REF		REF		REF
Autre	-0.248	[	-1.214	-	0.718	]	0.605
Coordination/gestion de programmes	-0.856	[	-1.643	-	-0.068	]	0.034*
Professionnel de recherche	-0.962	[	-1.762	-	-1.162	]	0.020*
Niveau d'étude							
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF		REF		REF		REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	-0.357	[	-1.075	-	0.296	]	0.256
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.449	[	-1.123	-	0.225	]	0.184
Région d'obtention du diplôme le plus élevé							
Europe ou Amérique du Nord	REF		REF		REF		REF
Afrique	0.357	[	-0.230	-	0.944	]	0.225
			Value				
R ²			0.549				
R ² Ajusté			0.394				
Universités (autorité scientifique)							
Intervention							
Localisation de l'organisation autrice							
Europe ou Amérique du Nord	REF		REF		REF		REF
Afrique	-0.670	[	-1.265	-	-0.748	]	0.028*
Variables de confusion							
Connaissance préalable de l'organisation autrice							
Ne connaît pas l'organisation	REF		REF		REF		REF
Connaître l'organisation	0.038	[	-0.601	-	0.677	]	0.906
Autonomie perçue dans la profession	0.183	[	-0.068	-	0.435	]	0.148
Expérience dans la profession	-0.057	[	-0.325	-	0.211	]	0.669
Genre							
Homme	REF		REF		REF		REF
Femme	-0.185	[	-0.905	-	0.536	]	0.608
Profession							
Professionnel de santé	REF		REF		REF		REF
Autre	-0.325	[	-1.360	-	0.710	]	0.530
Coordination/gestion de programmes	-0.538	[	-1.493	-	0.417	]	0.262
Professionnel de recherche	-0.514	[	-1.441	-	0.412	]	0.269
Niveau d'étude							
Niveau inférieur ou égal au 1 ^{er} cycle	REF		REF		REF		REF
Niveau égal au 2 ^{ème} cycle (MD)	-0.299	[	-1.403	-	0.804	]	0.587
Niveau égal au 3 ^{ème} cycle (PhD)	-0.316	[	-1.453	-	0.820	]	0.577
Région d'obtention du diplôme le plus élevé							
Europe ou Amérique du Nord	REF		REF		REF		REF
Afrique	0.530	[	-0.270	-	1.330	]	0.188
			Value				
R ²			0.313				
R ² Ajusté			0.129				

Discussion

Synthèse des principaux résultats

Les premiers modèles de régression linéaire ont montré que le type d'autorité (financière, scientifique, morale) et la localisation de l'organisation autrice des notes de politiques n'étaient pas significativement associés à la qualité perçue et à l'utilisation instrumentale déclarée.

Les analyses stratifiées ont mis en évidence que les notes de politiques signées par l'organisme bailleur africain étaient associées à un score de qualité perçue plus fort que les notes de politique signées par l'organisme bailleur nord-américain/européen. Pour la qualité perçue et l'utilisation instrumentale déclarée, ces analyses stratifiées ont montré que les notes de politique signées par l'université africaine étaient associées à des scores plus faibles que les notes de politiques signées par l'université nord-américaine/européenne.

En ce qui concerne les caractéristiques sociales, les résultats montrent que les participant·es ayant obtenu leur dernier diplôme en Afrique perçoivent une meilleure qualité et déclarent un meilleur score d'utilisation instrumentale que les participants ayant obtenu leur dernier diplôme en Amérique du Nord / Europe. En ce qui concerne l'utilisation déclarée, les résultats montrent que les participant·es travaillant en tant que coordinateur·rices ou gestionnaires de programmes de santé et les professionnel·les de la recherche ont déclaré moins d'utilisation que les professionnel·les de la santé, ainsi que les participant·es ayant un niveau d'étude égal au 3^{ème} cycle par rapport aux participant·es ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au 1^{er} cycle.

Heuristique de réputation et évaluation injuste des connaissances ?

Nous pensons que « l'heuristique de réputation », qui a déjà été étudiée dans d'autres contextes, peut conduire à une évaluation injuste de l'information en ligne (Metzger et al., 2003) et ainsi à des injustices de témoignage. Dans notre cas, nous avons vu que les connaissances issues des notes de politiques signées par l'organisme bailleur africain étaient perçues de meilleure qualité que celles

signées par l'organisme bailleur nord-américain / européen et nous avons observé la tendance inverse pour les universités. Cela aurait pu être dû à un « biais de connaissance » qui aurait influencé la perception des participant·es, mais nous avons vu que cela n'a pas été le cas.

En ce qui concerne les résultats sur les organismes bailleurs, il se peut que l'évaluation des connaissances se soit faite à partir d'une certaine méfiance envers les interventions extérieures dans les politiques de santé en Afrique francophone. En effet, l'implication des organismes bailleurs en Afrique francophone est fortement critiquée. D'une part les enjeux financiers et politiques soulèvent des questions sur les valeurs sous-tendant les interventions des pays et des organisations extérieurs dans cette zone. D'autre part, le manque de connaissance des terrains et des interventions qu'elles mettent en œuvre participent à une interrogation de leur légitimité (Olivier de Sardan, 2021). Il subsiste également un gros problème de capitalisation des connaissances acquises et des expériences pour favoriser l'apprentissage et améliorer les pratiques (Pacquement, 2016). En effet, les relations de « développement » en Afrique francophone sont soumises aux orientations des ministères des Affaires étrangères des pays qui interviennent, qui évoluent selon les actualités géopolitiques, mais aussi parfois, selon le bon vouloir des ministres en place. Il existe à la fois des méfiances quant aux liens entre politique et production de connaissances (Hughes, 2007; Parkhurst, 2017) (et cela s'est particulièrement observé dans les processus de mobilisation des connaissances pour la lutte contre la COVID-19) et des méfiances spécifiques à l'intervention des agences de développement dans cette région, qui pourrait miner la perception de qualité perçue des notes de politiques signées ces dernières.

En ce qui concerne les résultats sur les universités, les universités africaines francophones, souffrant d'un manque d'investissements publics, peuvent être victimes du déclin de l'autorité scientifique (Akam, 1994). La faible reconnaissance des universités africaines francophones en matière d'activités scientifiques est souvent due (entre autres) à un manque de professeurs et de chercheurs, un manque de formation doctorale, et un manque de reconnaissance sociale de l'activité de recherche (Loua, 2012 ; Makosso, 2006 ; Marou Sama, 2016). Le problème réside dans le fait que même si l'investissement public est un déterminant structurel de la production de connaissances de bonne qualité, la généralisation de la représentation d'une faible qualité des activités de recherche produites dans les universités francophones africaines peut mener à un cercle vicieux entre les injustices épistémiques de témoignage, d'interprétation et sociales. Les universités

africaines francophones ont, par leur faible capacité à mobiliser des ressources financières et leur faible rayonnement international, peu d'influence sur les agendas de la gouvernance mondiale ; et l'utilisation « monétaire » des connaissances peut renforcer la dépendance mutuelle entre les injustices épistémiques et les injustices sociales.

Une utilisation « monétaire » des connaissances ?

Lorsque l'on considère l'utilisation des connaissances dans le secteur politique, les connaissances peuvent être moins évaluées en fonction de leur contenu que de la « côte réputationnelle » de l'auteur·rice (Delahais & Lacouette-Fougère, 2019) ou de leur degré d'accord avec celui·celle-ci (Akerlof et al., 2018). Si les notes de politiques signées par l'organisme bailleur nord-américain / européen sont perçues comme étant de moindre qualité, elles n'ont pas été déclarées comme étant moins utilisées que les notes de politiques signées par l'organisme bailleur africain. Cela peut s'expliquer par l'idée que les connaissances présentées par les organisations disposant d'une autorité financière sont plus utiles pour faire avancer une idée, mettre une question à l'ordre du jour ou organiser la résistance à une politique (Ingold & Monaghan, 2016), en particulier dans « l'arène du développement » (Olivier De Sardan, 1995). En effet, souvent nommées les « partenaires techniques et financiers », les organismes bailleurs participent aux comités nationaux de santé des pays d'Afrique francophone (Moha & Ridde, 2014), au même titre que des organisations nationales, ce qui leur confère un pouvoir dans l'élaboration des politiques de santé. On peut ainsi choisir d'utiliser des connaissances qui seront plus utiles pour obtenir des fonds ou un appui technique. En parallèle, les universités qui connaissent déjà des difficultés dû au manque d'investissement public, sont supplantées par les activités de consultance dans la production des connaissances (Kuditshini, 2013 ; Makosso, 2006 ; Olivier de Sardan, 2011 ; Yapi-Diahou, 2005), ce qui participe à la baisse de la valeur monétaire des connaissances produites par ces universités. Elles « participent à la "division internationale des compétences" en occupant la position d'exécutants plutôt que de leaders de l'agenda international de recherche » (Marou Sama, 2016). Ainsi, ces universités connaissent des défis quant à la légitimation des connaissances qu'elles peuvent produire, comme nous l'expérimentons dans cette étude, mais qui est également discuté dans d'autres analyses (Akam, 1994 ; Kuditshini, 2013 ; Makosso, 2006 ; Yapi-Diahou, 2005). Si cette « monétisation »

de l'utilisation des connaissances peut renforcer les autorités des organisations dominantes, même si la qualité des connaissances est perçue comme médiocre, elle est préjudiciable aux organisations qui n'ont pas de pouvoir financier ou moral. Elle est illustrative de l'intersectionnalité des pouvoirs normatifs, financiers et épistémiques.

Limites et implications pour le transfert de connaissances

Il serait utile de compléter cette analyse quantitative par une étude qualitative afin de confronter les explications données par des parties prenantes à ces résultats. En effet, cette étude est exploratoire et il est encore difficile de proposer des pistes d'explication rigoureuses pour expliquer les résultats. En outre, cette étude a été proposée en ligne, dans un contexte où des mesures de confinement durant la pandémie de COVID-19 étaient en œuvre dans plusieurs pays et où le flux des informations par voie digitale a augmenté. Il se peut que les participant·es n'aient pas pris toute l'attention nécessaire pour remplir de façon rigoureuse le questionnaire. Le sujet de l'efficacité des mesures de confinement a été choisi de façon volontaire afin de tenter d'augmenter la volonté de participer des individus contactés. Le mode de contact, par listes de diffusion et points focaux, peut également avoir eu une incidence sur l'échantillon, qui n'est pas aussi diversifié que si les participant·es avaient été contacté·es par des bases de sondage national ou des annuaires institutionnels. Il se peut aussi que le fait que la première autrice de cette analyse se soit présentée comme doctorante et membre d'un institut de recherche d'un pays à hauts revenus pour augmenter le taux de participation à l'enquête ait influencé la perception de la source des notes de politique. Il aurait été très intéressant d'augmenter le nombre de scénarios avec un plus grand nombre d'organisations, mais le nombre de participant·es n'aurait pas permis de réaliser des analyses statistiquement solides.

Cette analyse nous permet à la fois d'en connaître un peu plus sur les organisations en matière d'autorité en santé mondiale et de réfléchir aux implications en matière de pratiques en transfert de connaissances. Nous avons vu que les participant·es ayant obtenu leur diplôme le plus élevé en Afrique sont plus à même de déclarer utiliser les connaissances que ceux·celles ayant obtenu leur diplôme le plus élevé en Amérique du Nord / Europe, tout comme certaines professions sont moins à même d'utiliser les connaissances par rapport aux professionnel·les de santé. Cette attitude

différente pourrait être mieux comprise par une analyse approfondie qualitative. Cela pourrait permettre d'essayer d'adapter des stratégies qui prennent en compte les rationalités des individus selon leurs caractéristiques sociales, plutôt que des stratégies par contexte, sans considérer les différences entre groupes sociaux. De plus, un plus grand nombre de participant·es aurait été pertinent pour réaliser des interactions entre la région d'obtention du diplôme, le genre et l'organisation autrice du document, afin de mieux comprendre comment et pourquoi les individus utilisent ou non des connaissances et les dynamiques avec les enjeux des autorités des organisations dans le contexte de la santé mondiale.

Conclusion

Les résultats confirment des influences notables de la source sur la perception des connaissances en santé mondiale et pourraient donner lieu à la reconnaissance d'injustices de témoignage existantes. Le fait que les caractéristiques sociales influencent la perception de la qualité et les déclarations d'utilisation permet de voir des rapports différents aux connaissances selon le groupe social. Cette étude est exploratoire et des analyses supplémentaires seraient utiles pour mieux appréhender les dynamiques entre la représentation de la source, la perception de la qualité et les déclarations d'utilisation afin de les prendre en compte dans les stratégies de transfert de connaissances.

Bibliographie

Abimbola, S. (2019). The foreign gaze : Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>

Abimbola, S., Asthana, S., Montenegro, et al. (2021). Addressing power asymmetries in global health : Imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLOS Medicine*, 18(4), e1003604. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003604>

Akam, M. (1994). Le marché de l'expertise et la place du socioanthropologue : Le chercheur en sciences sociales en Afrique. Illustrations camerounaises. *Bulletin de l'APAD*, 7, 7. <https://doi.org/10.4000/apad.2293>

- Akerlof K, Lemos M, Cloyd E, et al. (2018 Jan). Who Isn't Biased? Perceived Bias as a Dimension of Credibility in Communication of Science with Policymakers. *Understanding the Role of Trust. Iowa State University summer symposium*, Ames (US).
- Arnautu, D., & Dagenais, C. (2021). Use and effectiveness of policy briefs as a knowledge transfer tool: a scoping review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 1-14.
- Barnett, M., & Duvall, R. (2005). *Power in Global Governance*. Cambridge University Press.
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982). The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591-622. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2392533>
- Beynon, P., Chapoy, C., Gaarder, M., & Masset, E. (2012). *What difference does a policy brief?* Institute of Development Studies and the International Initiative for Impact Evaluation.
- Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00301-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00301-6)
- Birn, A.-E. (2014). Philanthrocapitalism, past and present : The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1). <https://doi.org/10.5779/hypothesis.v12i1.229>
- Buljan, I., Malički, M., Wager, E., et al. (2018). No difference in knowledge obtained from infographic or plain language summary of a Cochrane systematic review : Three randomised controlled trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 97, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.003>
- Buse, K., & Walt, G. (2000). Global public-private partnerships : Part I--A new development in health? *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 549-561. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000400019>
- Cash, D., Clark, W. C., Alcock, F., et al. (2002). Saliency, Credibility, Legitimacy and Boundaries : Linking Research, Assessment and Decision Making. *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.372280>
- Cash, D. W., Clark, W. C., Alcock, F., et al. (2003). Knowledge systems for sustainable development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(14), 8086-8091. <https://doi.org/10.1073/pnas.1231332100>
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). Policy brief as a knowledge transfer tool : To “make a splash”, your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.003>
- D'Aiglepiere R., & Botton, S. (2020). *Repenser le financement international des recherches africaines*. Agence française de développement.
- DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*, 395(10231), 1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)
- Delahais, T., & Lacouette-Fougère, C. (2019). Try again. Fail again. Fail better. Analysis of the contribution of 65 evaluations to the modernisation of public action in France. *Evaluation*, 25(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1356389018823237>

Dübgen, F., & Skupien, S. (2019). New Approaches to Scientific Dependency and Extraversion: Southern Theory, Epistemic Justice and the Quest to Decolonise Academia. In Dübgen & Skupien, *Paulin Hountondji, African Philosophy as Critical Universalism* (p. 109-134). Newcastle (K), Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01995-2_6

Dunn, G., & Laing, M. (2017). Policy-makers perspectives on credibility, relevance, and legitimacy (CRELE). *Environmental Science & Policy*, 76, 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2017.07.005>

Dunn, W. N. (1983). Measuring Knowledge Use. *Knowledge*, 5(1), 120-133. <https://doi.org/10.1177/107554708300500107>

Eichbaum, Q. G., Adams, L. V., Evert, J., Ho, M. J., Semali, I. A., & van Schalkwyk, S. C. (2021). Decolonizing global health education: rethinking institutional partnerships and approaches. *Academic Medicine*, 96(3), 329-335.

Engebretsen, E., & Heggen, K. (2015). Powerful concepts in global health Comment on « Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health ». *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 115-117. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.19>

Fillol, A., & Ridde, V. (2020). Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action: *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.2.15>

Forman, L. (2015). The Ghost Is the Machine : How Can We Visibilize the Unseen Norms and Power of Global Health? Comment on « Navigating Between Stealth Advocacy and Unconscious Dogmatism: The Challenge of Researching the Norms, Politics and Power of Global Health ». *International Journal of Health Policy and Management*, 5(3), 197-199. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.206>

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Gautier, L., Karambé, Y., Dossou, J.-P., & Samb, O. M. (2020). Rethinking development interventions through the lens of decoloniality in sub-Saharan Africa: The case of global health. *Global Public Health*, 0(0), 1-14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1858134>

Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., et al. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>

Gaziano, C., & McGrath, K. (1986). Measuring the Concept of Credibility. *Journalism Quarterly*, 63(3), 451-462. <https://doi.org/10.1177/107769908606300301>

Global Health 50/50. (2020). *The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities*. Global Health 50/50 initiative.

Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 7-31. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>

- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., et al. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Hall, G. E., Loucks, S. F., Rutherford, et al. (1975). Levels of use of the innovation: A framework for analyzing innovation adoption. *Journal of teacher education*, 26(1), 52-56.
- Hanefeld, J., & Walt, G. (2015). Knowledge and networks – key sources of power in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 119-121. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.25>
- Hoffman, S. J., & Cole, C. B. (2018). Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Globalization and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
- Hoffman, S. J., & Røttingen, J.-A. (2014). Split WHO in two : Strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*, 128(2), 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.021>
- Horton, R. (2020). Offline : The pretensions of global health elites. *The Lancet*, 395(10225), 672. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30429-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30429-3)
- Hughes, C. E. (2007). Evidence-based policy or policy-based evidence? The role of evidence in the development and implementation of the Illicit Drug Diversion Initiative. *Drug and Alcohol Review*, 26(4), 363-368. <https://doi.org/10.1080/09595230701373859>
- Ingold, J., & Monaghan, M. (2016). Evidence translation : An exploration of policy makers' use of evidence. *Policy & Politics*, 44(2), 171-190. <https://doi.org/10.1332/147084414X13988707323088>
- Javdani M, Chang H-J. Who Said or What Said? (2019). *Estimating Ideological Bias in Views Among Economists*. MPRA Paper. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/91958/1/MPRA_paper_91958.pdf
- Jones, N., & Walsh, C. (2008). *Policy briefs as a communication tool for development research*. Overseas development institute.
- Kuditshini, J. T. (2013). Mondialisation et développement démocratique : Vers la re-légitimation du rôle du secteur public de la recherche scientifique et technique en Afrique. In Welepele Elatre & Ntumba Lukunga, *Les réformes du secteur public en République démocratique du Congo*. Dakar, Codesria.
- Lapalme, J., Haines-Saah, R., & Frohlich, K. L. (2020). More than a buzzword : How intersectionality can advance social inequalities in health research. *Critical Public Health*, 30(4), 494-500. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1584271>
- Lauer H. (2017, June 23-29). *How epistemic injustice in the global health arena undermines public health care delivery in Africa*. 25th International Congress of History of Science and 16 Technology, Rio de Janeiro.
- Lavis, J. N., Permanand, G., Oxman, A. D., et al. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13 : Preparing and using policy briefs to support evidence-informed

policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1), S13. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13>

Lee, K., & Pang (Pangestu), T. (2014). WHO : Retirement or Reinvention? *Public health*, 128(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.002>

Loua, S. (2012). *Efficacité interne de l'enseignement supérieur malien*. Université Lumière, Lyon.

Makosso, B. (2006). La crise de l'enseignement supérieur en Afrique francophone : une analyse pour les cas du Burkina Faso, du Cameroun, du Congo, et de la Côte d'Ivoire. *Journal of Higher Education in Africa/Revue de l'enseignement supérieur en Afrique*, 69-86.

Marou Sama, K. M. (2016). Les carrières des chercheurs et les politiques d'enseignement supérieur et de recherche au Niger [Thèse de doctorat , Université Paris-Est].

McCroskey, J. C., Holdridge, W., & Toomb, J. K. (1974). An instrument for measuring the source credibility of basic speech communication instructors. *The Speech Teacher*, 23(1), 26-33. <https://doi.org/10.1080/03634527409378053>

Metzger, M. J., Flanagin, A. J., Eyal, K., Lemus, D. R., & Mccann, R. M. (2003). Credibility for the 21st Century : Integrating Perspectives on Source, Message, and Media Credibility in the Contemporary Media Environment. *Annals of the International Communication Association*, 27(1), 293-335. <https://doi.org/10.1080/23808985.2003.11679029>

Meyer, P. (1988). Defining and Measuring Credibility of Newspapers : Developing an Index. *Journalism Quarterly*, 65(3), 567-574. <https://doi.org/10.1177/107769908806500301>

Michalovich, A., & Hershkovitz, A. (2020). Assessing YouTube science news' credibility : The impact of web-search on the role of video, source, and user attributes. *Public Understanding of Science*, 0963662520905466. <https://doi.org/10.1177/0963662520905466>

Moha, M., & Ridde, V. (2014). La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : Des interactions nécessaires. In Olivier de Sardan & Ridde, *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, Karthala.

Ndofirepi, A. (2017). African universities on a global ranking scale : Legitimation of knowledge hierarchies? *South African Journal of Higher Education*, 31(1). <https://doi.org/10.20853/31-1-1071>

Olivier De Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Karthala.

Olivier De Sardan, J.-P. (2011). Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 51(202-203), 511-528.

Olivier de Sardan, J.-P. (2021, jun 13). De Barkhane au développement : La revanche des contextes. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. <https://aoc.media/analyse/2021/06/13/de-barkhane-au-developpement-la-revanche-des-contextes/>

Pacquement, F. (2016). *Histoire de l'Agence Française de Développement en Côte d'Ivoire*. Karthala.

Parkhurst, J. O. (2017). *The politics of evidence : From evidence-based policy to the good governance of evidence*. Routledge.

Ridde V., Ouédraogo S., Yaya S. (2021, Fev 15). La santé publique francophone : une aveuglante absence de diversité. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. <https://aoc.media/opinion/2021/02/14/la-sante-publique-francophone-une-aveuglante-absence-de-diversite/>

Santos, B. de S. (2007a). *Cognitive Justice in a Global World : Prudent Knowledges for a Decent Life*. Lexington Books.

Santos, B de S. (2007b). Beyond Abyssal Thinking: From Global Lines to Ecologies of Knowledges. *Review (Fernand Braudel Center)*, 30(1), 45-89.

Sanz-Menéndez, L., & Cruz-Castro, L. (2019). The credibility of scientific communication sources regarding climate change: A population-based survey experiment. *Public Understanding of Science*. <https://doi.org/10.1177/0963662519840946>

Shiffman, J. (2014). Knowledge, moral claims, and the exercise of power in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297-299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>

Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497-499. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.104>

Shiffman, J. (2016). Networks and global health governance: Introductory editorial for Health Policy and Planning supplement on the Emergence and Effectiveness of Global Health Networks. *Health Policy and Planning*, 31 Suppl 1, i1-2. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw019>

Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge exchange outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1), 49.

Tonda, J. (2012). L'impossible décolonisation des sciences sociales africaines. *Mouvements*, 72(4), 108-119.

Velin, L., Lartigue, J.-W., Johnson, S. A., Zorigtbaatar, A., Kanmounye, U. S., Truche, P., & Joseph, M. N. (2021). Conference equity in global health : A systematic review of factors impacting LMIC representation at global health conferences. *BMJ Global Health*, 6(1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>

Weiss. (1979). The many meanings of research. *Public administration review*, 426-431.

Yapi-Diahou, A. (2005). Research and the challenge of expertise in Africa. *Codesria Bulletin*, 4, 3.

Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1-27. <https://doi.org/10.1037/h0025848>

6 Chapitre 6 – Discussion générale

Ce chapitre vise à présenter une discussion générale des résultats présentés dans le chapitre 5 sous la forme de plusieurs articles dont chacun dispose aussi d'une section discussion spécifique. La discussion générale concerne d'abord chacun des résultats par rapport au cadre conceptuel défini dans le chapitre 4. L'avènement de la CSU dans la gouvernance globale en santé (Article 2B) est discuté en fonction du premier degré d'exclusion épistémique, à savoir la construction de ressources épistémiques communes menées par des groupes dominants aux visions partielles et qui orientent l'ensemble du mode de vie épistémique. L'étude de l'appropriation de la CSU dans un programme de recherches interventionnelles (Article 3) est discutée en fonction du deuxième degré d'exclusion épistémique, à savoir des ressources épistémiques qui ne permettent pas à chacun·e de participer à leur construction. L'influence de la source d'une note de politique sur la qualité perçue et les utilisations déclarées des connaissances contenues dans cette note (Article 4) est discutée en fonction du premier degré d'exclusion épistémique, c'est-à-dire l'influence d'idées prédéfinies sur les caractéristiques sociales d'un individu ou d'une organisation, qui rendent difficile la participation de certaines populations déjà vulnérables à la production des connaissances. Puis, la discussion concernera la complémentarité des trois degrés d'exclusion épistémique dans le cadre de la santé mondiale. Enfin, elle concernera les implications pratiques des résultats de la thèse, ses limites et les modalités de diffusion des résultats.

6.1 Synthèse et discussion au sujet des principaux résultats sur les trois degrés d'exclusions épistémiques

6.1.1 Le pouvoir productif du néolibéralisme comme exclusion épistémique de troisième degré

6.1.1.1 Résumé de l'article 2B – objectif 1 : l'avènement de la CSU dans la gouvernance globale en santé

Depuis plusieurs années maintenant, les scientifiques critiquent la constitution d'un « centre » dans la gouvernance globale en santé, composé d'élites de multiples secteurs et aux multiples autorités, qui décident des orientations globales pour les politiques de santé mondiale. Ce centre favorise le cadrage discursif de la santé comme un produit marchand. La CSU, qui est un concept largement utilisé en santé mondiale, est un exemple de cette tendance. En effet, alors qu'elle a été désignée comme le « concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir » par l'ancienne directrice de l'OMS (Chan, 2012) ou encore comme la « troisième transition de la santé mondiale » (Rodin & De Ferranti, 2012), la CSU ne fait que rappeler des principes déjà énoncés lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978. Elle évoquait déjà, non seulement un accès aux soins de santé primaires, mais aussi la prévention des maladies, la promotion de la santé, la participation de la société civile aux décisions, l'intersectorialité des politiques et des actions sur les déterminants sociaux de la santé. La CSU a retreint les ambitions en se concentrant sur l'atteinte d'une « couverture », à tout le moins c'est ainsi qu'elle est perçue, et donc engageant les débats sur des considérations financières. Cela est très visible à travers les indicateurs de la CSU utilisés dans les objectifs du développement durable qui ne prennent en compte ni l'équité, ni la prévention, ni la promotion de la santé, malgré un combat de nombreux·ses acteur·rices pour les faire évoluer. Ces indicateurs sont conçus comme des outils objectifs, non politisés alors qu'ils orientent la définition que l'on donne mondialement de la CSU. Malgré une présence des discours valorisant l'approche de la santé par les droits humains, ce sont les cadrages discursifs économiques orthodoxes qui entourent la définition donnée à la CSU.

On observe ainsi à travers l'avènement de la CSU, un pouvoir productif qui donne l'impression que ce nouvel objectif est collectif et inclusif, par son caractère universaliste, alors qu'il s'agit d'un objet construit de façon politiquement orientée. Ce pouvoir productif, diffus et non matériel, se retrouve dans l'ensemble de l'agenda de la santé dans la gouvernance globale à travers le développement du « noyau dur » du néolibéralisme. Nous discutons de ce phénomène, car, dans notre conception, il reflète une exclusion épistémique de troisième degré qui influence l'ensemble du mode de vie épistémique dans lequel sont construits les objets de la gouvernance globale en santé.

6.1.1.2 L'agenda de la santé dans la gouvernance globale : une approche limitée

6.1.1.2.1 Un agenda de la gouvernance mondiale fondé sur une idéologie néolibérale

Pour Rushton et Williams (2012), les politiques globales en santé se forment à partir d'un « noyau dur » (Sabatier, 1998) du néolibéralisme. Ce noyau recouvre un ensemble de croyances ontologiques et normatives, profondément ancrées, qui sous-tendent les représentations et les logiques des politiques et des interventions dans la gouvernance globale en santé (Rushton & Williams, 2012). Ce noyau délimite le contenu des débats et des discussions possibles en orientant les idées vers la privatisation des systèmes de santé, grâce à l'autorité grandissante des institutions financières mondiales et la faible autorité des États (Rushton & Williams, 2012). Le terme « néolibéralisme » est largement utilisé en santé publique, souvent de façon peu précise (Bell & Green, 2016). Ward et England (2007) proposent de réunir plusieurs approches utilisées par les scientifiques en définissant le néolibéralisme comme un processus qui repose sur une idéologie, à savoir une vision du monde qui se base moins sur des faits que sur des idées et des valeurs, et qui est mis en œuvre à travers un ensemble de politiques et de programmes et un réajustement institutionnel. L'idéologie du néolibéralisme peut être définie comme le fait que « le bien-être humain peut être amélioré par la maximisation des libertés entrepreneuriales dans un cadre institutionnel caractérisé par les droits de propriété privée, la liberté individuelle, les marchés libres et le libre-échange » (Harvey, 2007 : 22, Traduction libre). La régulation de la plupart des sociétés par les marchés est considérée comme normale pour organiser les interactions de tout ordre (et pas

seulement les transactions économiques) et les gouvernements ont, pour fonction essentielle, d'assurer l'efficacité des marchés (Rushton & Williams, 2012; Schrecker, 2016). De plus en plus d'études montrent les liens entre les politiques ancrées dans des idéologies néolibérales et les effets sur la santé des populations. Elles influencent directement et indirectement l'accès aux soins de santé en favorisant le copaiement, en réduisant l'investissement des gouvernements, et en favorisant des mesures d'austérité (Sakellariou & Rotarou, 2017). Elles influencent également les déterminants socio-économiques en augmentant les inégalités de revenus et la précarité professionnelle qui ont une influence délétère sur la santé. Le propos dans cette section n'est pas de rappeler les effets néfastes des politiques néolibérales sur la santé des populations qui ont largement été démontrés dans les écrits (Harvey, 2007; Schrecker, 2016; Sell & Williams, 2020). Il s'agit plutôt de discuter du fait qu'il n'existe pratiquement aucune autre option pour penser les politiques globales de santé.

6.1.1.2.2 Quelle place dans la gouvernance globale pour les approches subalternes de la santé ?

Ce qui fait de cette idéologie un « noyau dur » des politiques globales en santé est qu'elle est peu à peu devenue la seule façon de se représenter les problèmes et de définir les interventions en santé. L'autorité grandissante des organismes privés, la diminution du rôle des gouvernements dans la gouvernance globale, la promotion de la privatisation des systèmes de santé, des services d'eau ou d'électricité, et l'accent mis sur l'individualisation des risques en santé restreignent ce qui peut être dit, défendu ou même pensé dans l'arène globale (Rushton & Williams, 2012). On oriente les questions sur les choix des dispositifs pour atteindre la CSU jusqu'à atteindre des « guerres des chapelles » (Ridde, 2021) qui ne font que cacher « l'arbre derrière la forêt », sans réellement remettre en cause un déterminant structurel fondamental : le financement public national.

Alors que des pays dits à faibles revenus ont du mal à dégager des fonds pour financer les systèmes de santé, les gouvernements de ces pays peinent à mettre en place, par exemple, des mesures pour taxer et réguler les pertes financières liées à l'exportation par les compagnies internationales, qui représentent souvent plusieurs milliards de dollars annuels pour les pays africains par exemple. Il n'est pratiquement jamais question non plus de la place grandissante des cabinets de consultance et de l'externalisation de la production de connaissances sur la santé, qui est moins efficace à long

terme que l'investissement dans les instituts de recherche et universitaires. L'engagement et l'espace politique donné à la santé dans son approche la plus globale (pas seulement l'accès aux soins de santé) et en prenant en compte les injustices structurelles et notamment le manque d'investissements publics nationaux, qui peuvent être considérés comme une approche subalterne, sont encore peu remis en question. Les arguments avancés lors des discussions sont essentiellement tournés autour du manque de ressources des pays et les mêmes erreurs sont répétées (Ridde & Hane, 2021). Toutefois, nous avons vu que des pays comme la Thaïlande ont réussi à mettre en place un réel système de santé universel. Pour Sen (2015), cet argument qui consiste à mettre en avant l'insuffisance des revenus disponibles pour réduire les ambitions en matière de systèmes de santé universels (plus large et englobant que la CSU (Birn & Nervi, 2019)) est non recevable : « Aucun de ces exemples [Thaïlande, Kerala en Inde] individuels n'est sans faille et chaque pays peut apprendre des expériences des autres. Néanmoins, les leçons que l'on peut tirer de ces départs pionniers constituent une base solide pour présumer que, de manière générale, la fourniture de soins de santé universels est un objectif réalisable, même dans les pays les plus pauvres » (Sen, 2015). Ce que nous avons observé dans la fabrique de la CSU, et notamment les processus de désignation, de traduction et de problématisation restent primordiaux à reconnaître. En effet, le concept de CSU laisse penser à une mise à l'agenda d'une préoccupation pour la justice sociale, notamment par l'appel à l'universalité. Pourtant, ce concept peut, tout en ayant le pouvoir de rassembler un grand nombre d'acteur·rices, cacher des processus de cooptation auxquels nous participons sans en être conscient (Birn et al., 2016). Ce dernier implique un processus de réappropriation des discours et des principes de la gouvernance globale par des organisations dont les objectifs ne sont pas forcément en lien avec la justice ou les droits humains, comme le laisserait entendre l'appellation CSU (Birn et al., 2016), notamment grâce à la place donnée de plus en plus importante aux organismes privés, par des relations directes ou indirectes (par exemple les partenariats publics-privés) (Guilbaud, 2015).

En tant que scientifiques, nous pouvons avoir un impact dans cette orientation, et donc dans la façon dont nous nous approprions des objets parfois construits par une petite partie de la gouvernance globale en santé. En effet, nous contribuons à la manière dont un objet peut être pensé et analysé, notamment lorsqu'il existe un fort intérêt à produire des connaissances pour l'action. En effet, il est possible de remettre en cause ces modèles de pensée dominants en favorisant une

diversité sociale et épistémique à une échelle mésoscopique, même si elle ne décline pas à un niveau macroscopique, comme nous l'avons vu.

6.1.2 Inégalités intersectionnelles et exclusion épistémique de second degré ?

6.1.2.1 Résumé de l'article 3 – objectif 2 : appropriation de la CSU et diversité épistémique

L'étude de cas sur l'appropriation de l'objet CSU au sein d'un programme de recherches en santé mondiale visait à observer comment un objet construit par une gouvernance globale à haut niveau pouvait être approprié, à un niveau mésoscopique, par un ensemble d'acteur·rices et donner lieu à des interprétations dissidentes. La gouvernance du programme comprenait des acteur·rices de différents secteurs, de différentes disciplines et de différents pays. Toutefois, cela n'a pas donné lieu à une réelle mise en commun des ressources (notamment humaines et des idées) pour créer un programme collectif et un réaménagement des définitions de départ de chacun·e. En premier lieu, les scientifiques ont tous travaillé sur la CMU, qui correspond principalement à l'accès financier aux soins de santé. Ensuite, plusieurs alliances épistémiques, c'est-à-dire des affiliations entre membres partageant la même orientation des études pour analyser la CMU sont apparues. Des alliances de santé publique, économique, anthropologique ont été créées. En parallèle, une alliance critique, qui proposait une réflexion plus globale sur la déconstruction et la gouvernance de la CMU, a été manquée. Finalement, deux principales conclusions peuvent être décrites. La première est la confirmation de l'orientation de la définition globale de la CSU sur la façon dont les scientifiques se sont approprié la CSU, en se restreignant notamment à la CMU. La deuxième est que l'appropriation de l'objet CMU a moins donné lieu à une diversité épistémique qu'à une sédition qui a provoqué trois approches parallèles (santé publique, anthropologie, économie) qui ne se sont pas rencontrées, et l'abandon de la quatrième approche (alliance critique). Ces processus ne sont pas seulement dus à des rapports de pouvoir des pays à hauts revenus envers les pays à faibles revenus, même si l'émergence du projet a été exclusivement conçu par le pays financeur; il est également dû à un ensemble d'inégalités qui existent dans des systèmes complexes.

Cette étude de cas a été particulièrement difficile à mener du fait de nombreux enjeux de pouvoir non discutés ouvertement au sein du programme. Toutefois, la difficulté que les parties prenantes ont eue pour développer une réelle diversité épistémique, même si la gouvernance du programme était socialement diversifiée et inclusive, est notable. Au sein de cette étude de cas, l'exclusion épistémique de second degré se traduit par une inégalité de contribution intellectuelle des différentes parties prenantes, qui a été orientée par un ensemble d'inégalités sociales et d'enjeux de pouvoir relationnel. L'alliance « santé publique » a été majoritairement suivie au sein du programme. Les autres alliances ont eu des destinées différentes. Les alliances anthropologiques et économiques ont pu être développées du fait que ses scientifiques étaient seniors et titulaires dans leur organisme de recherche. L'alliance critique, qui a été portée par des scientifiques majoritairement femmes, la moitié issue d'une organisation d'un pays à faibles revenus et juniors, n'a pas vu le jour. L'échec de cette alliance a été dû à un ensemble d'inégalités, à des pratiques gérontocratiques des activités de recherche, à la politisation de l'objet de CSU (qui peut rendre difficiles sa déconstruction et sa critique) mais aussi à la politisation du secteur de la recherche. Si les problèmes dans les partenariats internationaux sont souvent abordés sous l'angle de l'altérité « pays à hauts versus à faibles et moyens revenus », cette approche semble insuffisante pour prendre en compte la complexité des inégalités qui constituent les toiles de fond des programmes de recherche internationaux.

6.1.2.2 D'une approche binaire à l'intersectionnalité des enjeux des collaborations internationales

6.1.2.2.1 L'altérité « pays à hauts versus à faibles et moyens revenus »

Les inégalités des contributions de départ ou les décisions souvent prises par les pays à hauts revenus ne sont pas systématiquement abordées dans les programmes de recherches internationaux, même si elles constituent souvent la toile de fond de la collaboration. Alors que les acteur·rices des pays à hauts revenus ont tendance à ne pas aborder ces inégalités pour éviter des « situations inconfortables » (Plamondon, 2021), les acteur·rices des pays à faibles revenus s'adaptent à ces inégalités sans les affronter frontalement la plupart du temps (Okwaro & Geissler, 2015). Dans le

milieu francophone, ces inégalités sont encore plus taboues et ne sont que rarement traitées dans la littérature scientifiques (Quattara et Ridde, 2013; Quashie, 2019). Alors que les modalités éthiques et morales imposent, pour les acteur·rices des pays à hauts revenus de ne pas faire de la recherche concernant des pays sans inclure les acteur·rices de ces pays, cette obligation peut parfois donner lieu, dans le meilleur des cas, à des « parodies de collaboration » où les noms des auteur·rices des pays à faibles revenus sont ajoutés sur les protocoles et les publications sans qu'il y ait eu une réelle contribution intellectuelle de leur part (Aiyebilehin, 2021). Ces parodies se caractérisent également par, comme l'exprime Olivier de Sardan, des « mécanismes de patronage, de tutorat, de complaisance, et de condescendance » (Olivier de Sardan, 2011 : 3) :

« Les équipes du Nord se satisfont le plus souvent d'avoir comme partenaires en Afrique des chercheurs isolés, qui apparaissent alors comme leur caution, leur protégé ou leur « client », ou, sinon, de passer des conventions avec des institutions formelles (universités, facultés ou départements, centres officiels de recherche), dont ils mettent en doute en privé le dynamisme scientifique, la capacité à travailler en équipe et la fiabilité, mais qui leur servent de paravents ou de couvertures » (Olivier de Sardan, 2011 : 3)

« Être autour de la table » n'est pas systématiquement associé à une réelle participation et inclusion de chacun et n'est pas une garantie de favoriser une diversité épistémique. Il existe de plus en plus de cadres pour tenter d'améliorer ces collaborations (Aiyebilehin, 2021; Plamondon, 2021) qui suggèrent notamment de faire attention aux processus de gouvernance (responsabilités et droits partagés), de prendre en compte l'inclusion (intérêts partagés) et les questions liées à l'équité (capacités de recherche). Toutefois, les aspects relationnels et notamment le sentiment d'équité sont plus rarement pris en compte alors qu'ils permettraient de baser les collaborations sur des valeurs de justice sociale (Plamondon, 2021). Une approche relationnelle permet de comprendre comment les acteur·rices s'identifient, interagissent, se positionnent par rapport à l'autre et met en perspective le fait que chacun peut être à la fois victime, participant·e et auteur·rice d'une situation d'oppression (Longair, 2017). Quashie (2015) décrivait par exemple des processus de culturalisation ou de racialisation des relations entre étudiants occidentaux (français ou nord-américains) et sénégalais qui étaient mis en place, de façon implicite, pour contrebalancer l'asymétrie socio-économique des rapports de classe :

« Ces derniers [étudiants sénégalais] adoptent donc des attitudes directives, au motif qu'ils servent d'intermédiaires aux étudiants nord-américains vis-à-vis de leur entourage local. Ils précisent également que ces derniers devraient apprendre à respecter ces rapports de classe d'âge en tant que norme intrinsèque à la "culture communautaire" qu'ils souhaitent découvrir. Cette logique reprend les stéréotypes suivant lesquels les toubabs ne sauraient pas respecter l'autorité, car ils se considéreraient "supérieurs" en raison de leur appartenance à une société "développée" [...] L'ethno-culturalisation de ces rapports de classe vise à contrebalancer leurs asymétries » (Quashie, 2015 : 766)

Cet exemple permet d'illustrer la multiplicité des rapports de pouvoir qui peuvent exister, et notamment la façon dont nous pouvons contribuer, plus ou moins consciemment, à des interactions dans lesquelles retentissent les enjeux de pouvoir macroscopique. Cela peut par exemple contribuer à expliquer les « silences » de certains scientifiques des pays à faibles ou moyens revenus, parfois observés dans les collaborations, comme nous avons pu le voir à travers la faible contribution de certaines dans le programme de recherches interventionnelles sur la CSU. Ainsi, l'altérité liée à des pays de différents revenus n'est pas la seule à prendre en compte lorsque l'on s'intéresse à des collaborations internationales. Ces dernières cristallisent des ensembles d'inégalités complexes dans lesquels intervient l'altérité liée à des pays de différents revenus, et parfois à l'histoire et à la violence coloniale encore bien présente. Cela participe à la construction de ressources épistémiques communes « insuffisantes » en santé mondiale du fait que certaines personnes ne contribuent que peu de façon intellectuelle aux processus de production des connaissances, que ce soit par mécanisme de résistance ou tout simplement par impossibilité de le faire comme nous l'avons vu avec les jeunes scientifiques du programme.

6.1.2.2.2 Des systèmes d'inégalités intersectionnels

Le terme d'intersectionnalité, proposé par les épistémologies féministes noires aux États-Unis d'Amérique puis au Nord comme au Sud, vise à dénoncer les oppressions multiples (Crenshaw, 1991). En effet, dès les années 1980, les femmes noires ont commencé à revendiquer le fait qu'elles n'étaient ni représentées dans les luttes anti-racistes qui ne comportaient que des hommes, ni dans les luttes féministes qui ne comportaient des femmes blanches. L'intersectionnalité met en perspective le fait que les relations de pouvoir créent et maintiennent les inégalités sociales du fait que les différents systèmes de pouvoir façonnent les structures sociales qui créent des oppressions. Nixon (2019) a utilisé la métaphore de la médaille pour illustrer l'intersectionnalité de chaque

système d'inégalité (comme le sexisme, le racisme, l'hétérosexisme, le capitalisme, etc.). La médaille (figure 13) ne représente pas le comportement d'un individu ou d'un groupe d'individus, mais des structures qui produisent des avantages et des désavantages non mérités. Chaque médaille ne fonctionne pas de façon individuelle et les différents systèmes sont interdépendants. Pourtant, il serait simplificateur de dire que les différents systèmes s'additionnent. En effet, chaque nouvelle combinaison crée de nouveaux systèmes et dépend de la position de chacun.

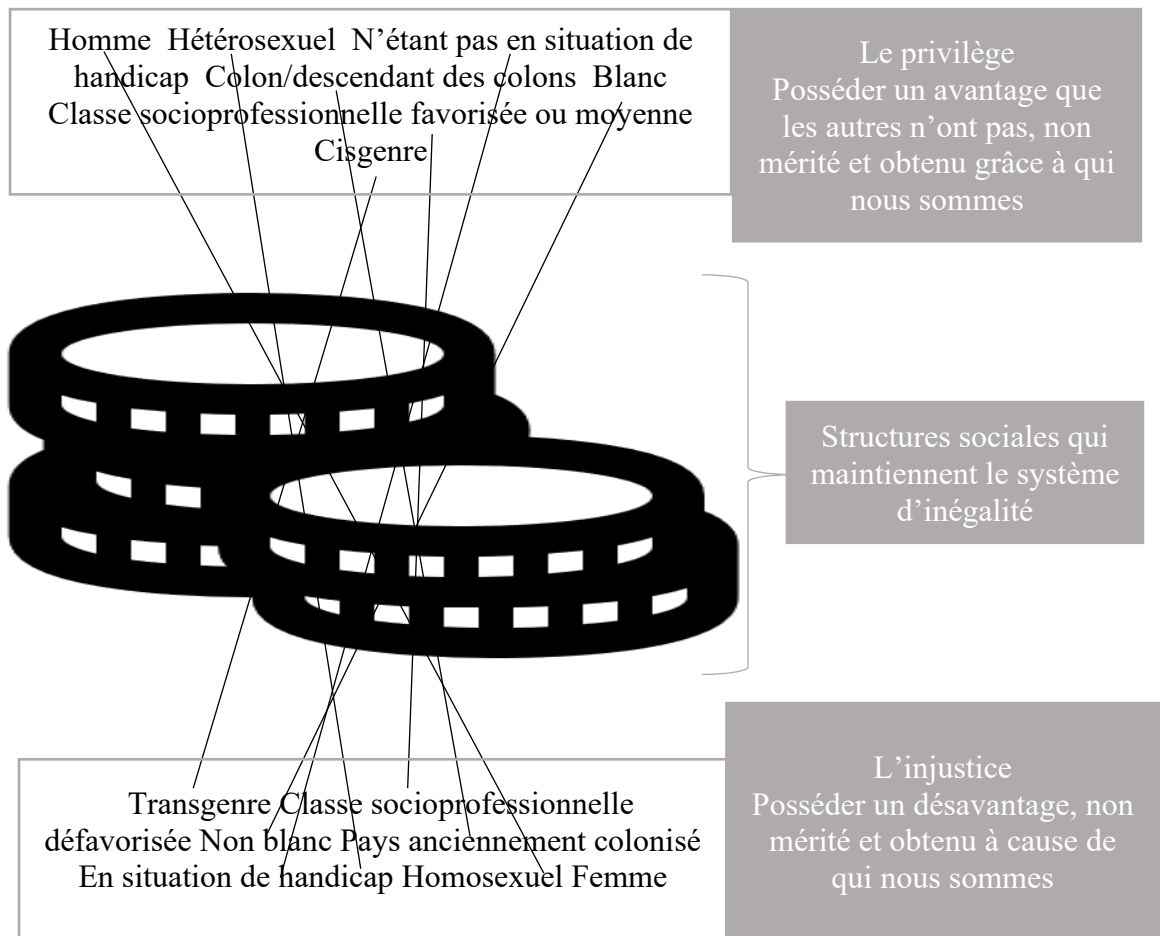


Figure 13. - Schéma représentant la métaphore de la pièce et l'intersectionnalité des systèmes d'oppression (adapté de (Nixon, 2019))

Grosfoguel et Cohen (2012) font une analogie des zones d'être et de non être de Fanon (1952) et de la ligne abyssale de Santos (2011), qu'ils renomment « la ligne de l'humain », avec l'ensemble des systèmes d'oppression qui forment ce qu'appelle Quijano la « colonialité du pouvoir » (2000). Pour eux, la zone du dessus de la pièce serait une zone « d'être » et celle en dessous serait une zone de « non-être ». Dans la zone de l'être, les oppressions de classe ou de genre se manifestent de façon différente puisque dans la première, les individus sont considérés comme des humains, qui ont des droits et dont la subjectivité est reconnue alors que dans la deuxième, l'humanité des individus est questionnée. Ainsi, au-dessus de la ligne, les conflits ou les désaccords sont gérés par des outils respectant le droit, favorisant l'émancipation et la liberté, alors qu'ils sont gérés par la violence et la dépossession dans la zone du non-être. Cette différence est décrite à travers deux exemples par Grosfoguel et Cohen :

« Si un ouvrier dans une usine de montage de Ciudad Juárez, gagnant 2 dollars par jour, est formellement un travailleur salarié, son expérience vécue n'a rien à voir avec celle d'un ouvrier salarié chez Boeing à Seattle qui gagne 100 dollars de l'heure. Les mêmes principes s'appliquent à l'oppression de genre et de sexualité. Les femmes et les gays/lesbiennes occidentaux jouissent d'un accès à des ressources, des richesses, des droits et du pouvoir autrement plus importants que les femmes ou gays/lesbiennes dans la zone de non-être » (Grosfoguel et Cohen, 2012 : 46)

Il existe des zones de l'être et du non-être à plusieurs niveaux : à l'échelle mondiale (colonialité globale) et à l'intérieur des centres et des périphéries (colonialité interne). Ainsi, dans la zone de l'être, il y a également des individus qui subissent des oppressions et dans la zone du non-être, des individus qui oppriment d'autres individus. Cela permet de remettre en cause les frontières habituelles que l'on rencontre dans les partenariats internationaux et de prendre en compte l'ensemble des systèmes d'inégalités, qui ne se limitent pas à l'appartenance à un pays à faibles ou à moyens revenus.

6.1.2.3 Des liens entre le positionnement social et une approche dissidente ?

Un chaînon manquant pour réellement parler d'exclusion épistémique de second degré en santé mondiale concerne le lien entre le positionnement social et le fait d'avoir une approche dissidente de la santé. Si nous n'avons pas établi ce lien à travers notre étude de cas, certains écrits théoriques le font, même si cela ne concerne pas spécifiquement le secteur de la santé. Les scientifiques qui

sont dans des positions professionnelles (et parfois personnelles) vulnérables et/ou qui possèdent une moindre expérience seraient plus enclines à développer des vertus épistémiques (telles que la curiosité intellectuelle ou la remise en question) et ainsi proposer des appropriations dissidentes d'un objet d'étude (Frega, 2013). Le concept de « double conscience », développé par Du Bois (1903), met par exemple en perspective l'impact du monde largement raconté par les puissances dominantes sur le regard que portent les populations non dominantes, et dans son cas les africain·es, sur leur propre identité. Ils·elles se racontent à travers leur regard, mais aussi à travers le regard des puissances dominantes. Au début de leur article « *Double perspective narrating time, life and health* », Wilson et al. (2020) exposent deux histoires d'un cas clinique, observé par deux points de vue différents. Le premier est un point de vue qualifié « d'occidental ». Il contient un ensemble de faits objectifs tels que les symptômes, la chronologie des événements, et une proposition de diagnostic (accident vasculaire cérébral). Le deuxième est un point de vue décrit comme « indigène », celui de la fille du patient. Il est quatre fois plus long et contient le contexte dans lequel le patient est tombé, son historique personnel et les événements liés au racisme dont il a été victime (se voir refuser des soins, car il est perçu comme ivre par les professionnel·les de santé par exemple), la prévalence des maladies dans la réserve dans laquelle il vit, la mortalité précoce. Cette double vision de l'identité conduit aussi à voir les limites d'un modèle épistémique dominant, qui ne sont que faiblement entrevues par les personnes en situation de domination (Frega, 2013 ; Medina, 2013). Par exemple, si l'on revient à l'étude de cas sur le programme de recherches interventionnelles sur la CSU, la différence de définition donnée à la CSU dépend de la discipline, mais aussi du positionnement social qui influencent le point de vue. Des scientifiques des pays à faibles revenus peuvent voir dans la CSU un énième concept venu de l'extérieur avec de gros moyens financiers. D'autres, en position professionnelle vulnérable, peuvent y voir un objet éphémère, illustratif de l'évolution du secteur de la recherche et de sa précarisation. D'autres scientifiques peuvent y observer une simplification de la réalité des politiques et des systèmes de santé liée à l'approche en santé publique. Là encore, les positionnements sociaux, les disciplines et les personnalités se mélangent pour donner des points de vue spécifiques. Ainsi, sans remettre en cause les autres alliances, l'alliance critique de la CSU aurait pu constituer un ensemble de points de vue diversifiés sur la CSU, qui seraient constitutif d'une vision dissidente des politiques et des systèmes de santé dans le monde.

Des contraintes existent pour les populations non dominantes et leurs capacités à se faire entendre et voir. Le pouvoir épistémique est fortement influencé par le pouvoir socio-économique. Les classements d'excellence des universités, dont les premières places sont toujours occupées par des universités nord-américaines, nous poussent à nous interroger sur « quelles connaissances comptent » (Ndofirepi, 2017). Les principaux classements se basent sur le nombre d'articles publiés, la qualité des revues, le nombre de citations, le rayonnement international ou encore le nombre de prix Nobel (Taylor & Braddock, 2007). En parallèle, la faiblesse des infrastructures de recherche, les difficultés d'accès à internet, le manque d'accès ouvert aux articles, « la pédagogie de l'humiliation » (Nkoudou, 2016) sont caractéristiques des systèmes universitaires des pays à faibles revenus, particulièrement dans les pays africains francophones (Kalniga, 2017; Loua, 2012; Makosso, 2006). Tant que les critères des classements mondiaux n'évolueront pas, ces éléments resteront des obstacles à l'accès aux meilleures places des universités de ces pays (Ndofirepi, 2017; Taylor & Braddock, 2007), et contribueront à la création d'injustices cognitives (Piron, 2018; Visvanathan, 2016). En outre, il existe aussi des préjugés qui peuvent se traduire par l'apparition d'injustice épistémique de témoignage, qui constituent une entrave à la possibilité d'assumer des approches dissidentes pour des individus non dominants.

6.1.3 « Le messager est plus important que le message » : une exclusion épistémique de premier degré

6.1.3.1 Résumé de l'article 4 – objectif 3 : l'influence des sources des connaissances sur leur perception et leur utilisation

Nous avons pu observer dans une étude expérimentale auprès d'acteur·rices en santé mondiale dans le contexte africain francophone que, pour la qualité perçue, les notes de politique signées par l'organisme bailleur africain obtenaient de meilleurs scores que les notes de politique signées par l'organisme bailleur nord-américain/européen. Tant pour la qualité perçue que pour l'utilisation instrumentale déclarée, les résultats ont révélé que les notes de politique signées par l'université africaine étaient associées à des scores moins élevés que les notes de politique signées par l'université nord-américaine/européenne.

Le fait de connaître les organisations n'est pratiquement jamais significativement associé aux différents scores qualité perçue et utilisation instrumentale déclarée. Ce dernier élément est particulièrement intéressant pour tenter de comprendre comment ces résultats peuvent potentiellement décrire une injustice de témoignage (c'est-à-dire une exclusion épistémique de premier degré), qui peut être renforcé et renforcer d'autres types d'inégalités épistémiques, notamment en ce qui concerne les universités francophones africaines. Ces injustices de témoignage sont particulièrement préoccupantes à l'heure de cette ère « post-vérité ».

6.1.3.2 Types de raisonnement et biais cognitifs

La transformation radicale de la diffusion des informations par l'augmentation de l'utilisation d'internet et des courriels amène les individus à modifier la façon d'évaluer les documents qu'ils reçoivent. Lorsque les individus ont une forte motivation à rechercher des informations sur un sujet (par exemple, pour écrire un article, un protocole ou un rapport), ils sont plus à même de faire appel à une certaine rigueur dans l'évaluation des informations qu'ils rencontrent. En revanche, ils sont moins motivés (par exemple, lorsqu'ils reçoivent des nouvelles d'une liste de diffusion au milieu d'une autre activité ou au milieu d'autres courriels), ils sont plus susceptibles de faire appel à des stratégies pour réduire l'effort cognitif (Metzger, 2007; Taraborelli, 2007). Evans (1993) a mis en perspective deux types de raisonnement : l'un automatique, qui permet de traiter les informations de façon rapide et l'autre analytique, qui est plus lent, mais qui s'appuie sur une réflexion plus importante. Evans et Over (1999) ont pour la première fois proposé, à partir de cette dichotomie, les notions de « système 1 » et de « système 2 ». Le système 1 est un raisonnement « du quotidien », intuitif, qui permet de traiter beaucoup d'informations et de situations; alors que le système 2 demande une compétence déductive. Le système 1 qui est à la base des biais cognitifs. Parmi les plus connus, il y a le biais de confirmation (interpréter la réalité en fonction de ses attentes), le biais d'ancrage (percevoir une situation en fonction des premières informations obtenues) ou encore de « l'effet de halo » (percevoir une personne ou un groupe en fonction de l'opinion que l'on a de l'une de ses caractéristiques)⁷. C'est d'ailleurs sur ce système que s'appuient les « coups de pouce

⁷ La chaîne Youtube « crétin de cerveau » permet notamment d'obtenir une description illustrée de nombreux biais cognitifs <https://www.youtube.com/watch?v=MCg2lw4Nxno>

(*nudges*) », techniques de plus en plus utilisées en santé publique pour orienter les comportements. Pendant la pandémie de COVID-19, ces techniques ont été utilisées pour influencer l'hésitation à se faire vacciner (Reñosa et al., 2021). Des interventions ont par exemple présenté les gains plutôt que les pertes liées à la vaccination (vies sauvées versus mortalité avérée), fait appel à l'émotion pour convaincre (des histoires de vie touchantes comme témoignages), fait appel aux normes sociales (impliquer des personnes célèbres, ou faire des campagnes communautaires) (Reñosa et al., 2021).

6.1.3.3 Le « système 1 » responsable des injustices de témoignage ?

Dans le traitement des informations en ligne, des études ont mis en perspective la présence de biais d'approbation qui consiste à attribuer plus de crédibilité à une information si d'autres personnes lui confèrent également une forte crédibilité, ou le biais d'enthousiasme, à savoir le fait de percevoir une information comme plus crédible lorsqu'elle est présentée par une source qui a l'air enthousiaste (Metzger et al., 2010; Michalovich & Hershkovitz, 2020). Le 21^e siècle est marqué par cette ère de la post-vérité qui marque la différence entre une époque antérieure où il fallait connaître la vérité pour énoncer un mensonge et une époque actuelle où il n'y a plus de préoccupation sur ce qui relève de la vérité ou du mensonge, du fait de l'accent mis sur l'émotionnel (Rodriguez et al., 2018; Frankfurt, 2006). Ce sont l'apparition d'internet et des réseaux sociaux, puis plus récemment l'élection de Donald Trump aux États-Unis et le Brexit en Grande-Bretagne qui ont marqué le début de cette ère (Troude-Chastenet, 2018). Vosoughi et al. (2018), montraient par exemple, par une analyse de la propagation des rumeurs sur Twitter de 2006 à 2017, que les fausses informations atteignaient jusqu'à 10 000 fois plus de personnes que les vraies informations. Durant la pandémie de COVID-19, les fausses informations sur l'hydroxychloroquine ont été relayées par des présidents (notamment aux États-Unis et au Brésil (AFP, 2020; Londoño & Simões, 2020)), et par des professionnels de santé et scientifiques, notamment en France (Fuhrer & Cova, 2020) et en Afrique de l'Ouest francophone (Soumaré, 2020). Le relai de ces informations par des personnes emblématiques, porteuses d'une autorité charismatique (et scientifique pour les professionnels de santé et scientifiques) a entretenu et aggravé l'incertitude autour de ce à quoi on peut se fier ou non, et plus largement autour de la confiance dans l'expertise et dans les

connaissances scientifiques (Demortain & Joly, 2020). On voit dans les fausses informations, une tendance inverse aux injustices épistémiques de témoignage, que l'on pourrait considérer comme des privilèges épistémiques. Malgré de fausses informations, les « messagers » sont crus et perçus comme crédibles. Pour certain.es, cette propension à croire aux fausses informations serait moins due à un parti pris partisan qu'à une pensée « paresseuse », menée par le système 1 (Fuhrer & Cova, 2020; Pennycook & Rand, 2019).

Dans notre expérimentation, les documents présentés par l'université nord-américaine / européenne ont été mieux notés que les documents présentés par l'université africaine, ce qui peut révéler une injustice/privilège de témoignage. Cette différence aurait pu être expliquée par un biais de connaissance, qui aurait permis d'associer une organisation que l'on connaît à une meilleure perception de ses activités, mais cela n'a pas été le cas. L'une des pistes d'explication peut donc être la mauvaise réputation associée à des universités du continent africain (notamment francophones), du fait, peut-être, du manque d'investissement dans la recherche publique. Les universités ouest ou centrale africaines francophones peinent à se démarquer sur l'agenda mondial et à peser dans les activités scientifiques. Dans les classements mondiaux des universités les plus utilisés (comme le classement de *Shangai*⁸ ou du *Times higher education*⁹), celles-ci ne sont d'ailleurs même pas recensées. Lorsqu'elles sont recensées, elles n'arrivent pas avant le 2000^e place¹⁰. Ces classements, plutôt que de donner une idée des niveaux des universités, excluent certaines du paysage institutionnel de la recherche (Amsler & Bolsmann, 2012). Il ne s'agit pas d'une exclusion brutale et matérielle, mais douce (*soft*) et diffuse grâce au développement d'une hiérarchisation des universités et des connaissances. On pourrait penser que ces classements participent aux préjugés. En utilisant le système 1 pour faire face à une masse critique d'informations, les individus font des raccourcis cognitifs et sont responsables d'injustices de témoignage. En outre, le « noyau dur » du néolibéralisme joue également à ce niveau. En effet, il guide à la fois le secteur de l'éducation de la même façon qu'il guide le secteur de la santé, en influençant les critères des classements des universités (Amsler & Bolsmann, 2012; Taylor & Braddock, 2007), et il participe à la marchandisation des connaissances qui doivent être de plus en plus « utiles » (Ndofirepi, 2017). Les individus peuvent chercher à utiliser les connaissances qu'ils

⁸Academic Ranking of World Universities (ARWU) of Shanghai Jiao Tong University: <https://www.shanghairanking.com/>

⁹Times Higher Education (THE) World University Rankings: <https://www.timeshighereducation.com/>

¹⁰Webometrics Ranking of World Universities (WRWU): <https://www.webometrics.info/en>

leur soient plus utiles, au sens monétaire, notamment dans l'arène du développement ou de la santé mondiale. D'ailleurs, dans notre expérimentation, les documents signés par l'organisation bailleresse nord-américaine / européenne ont été associés à de moins bons scores en ce qui concerne la qualité, mais pas en ce qui concerne l'utilisation déclarée, ce qui peut faire penser à une utilisation « monétaire » des connaissances.

6.1.3.4 Des injustices de témoignage qui diminuent les capacités en recherche

L'une des principales préoccupations pour ces injustices de témoignage est la conséquence qu'elles peuvent créer sur le développement des capacités en matière de recherche. Les capacités, au sens de Sen (2000), représentent la liberté pour quelqu'un·e de faire les choix qu'il·elle désire pour la vie qu'il·elle souhaite mener. En d'autres mots, on pourrait dire qu'elles sont la capacité à faire des choix de façon libre. Le sujet de la justice épistémique n'est, à l'origine, pas considérée lorsqu'il est question de capacités. Toutefois, de plus en plus d'auteur·rice font un lien entre les deux sujets. Par exemple, Walker (2019) défend la nécessité de développer les capacités épistémiques pour atteindre de vraies sociétés justes et démocratiques. Cela consisterait, pour Ndlovu-Gatsheni (2018), à atteindre une vraie liberté épistémique qui serait « le droit de théoriser, d'interpréter le monde, de développer ses propres méthodologies et écrire à partir de son positionnement, sans être encombré par l'eurocentrisme » (Ndlovu-Gatsheni, 2018 : 3). Cette liberté, en santé publique mondiale, est déjà entravée comme nous l'avons observé ci-dessus par des oppressions de troisième et second degré. Elle l'est aussi par des injustices de témoignage. En effet, il a déjà été montré que le sentiment d'encouragement que ce soit au niveau organisationnel ou individuel avait une influence positive sur la satisfaction du travail de recherche, la confiance en soi et la productivité en matière de publication (Fiedler et al., 2008). À l'inverse, les injustices de témoignage dans un environnement de travail où la hiérarchie est forte et non contestable peuvent causer des sentiments de manque de respect, voire de discrimination (Kwok, 2020). Ces injustices s'ajoutent à d'autres injustices sociales qui influencent déjà la confiance en soi des individus. Il a par exemple été montré que des personnes victimes de discrimination sociale, économique, raciale ou sexuelle adoptaient des comportements d'adaptation en internalisant les stéréotypes dont elles pouvaient être affublées (Carr et al., 2014; Sosoo et al., 2019). Ainsi, elles considèrent qu'elles sont responsables des

situations d'oppression qu'elles subissent. Le sentiment d'efficacité est intimement lié avec la confiance en soi (Gecas, 1989) qui diminue lorsque les discriminations se répètent et se cumulent. En outre, l'efficacité réelle que l'on peut avoir sur une tâche donnée est corrélée à la croyance chronique que l'on a sur sa capacité à la réaliser (Ehrlinger & Dunning, 2003). Une étude menée sur une vingtaine de pays à hauts revenus a permis d'observer que le niveau de confiance en soi était fortement positivement corrélé l'âge et au fait d'être un homme, quel que soit le pays (Bleidorn et al., 2016). Si ce genre d'étude n'est pas encore mené, à notre connaissance, dans les pays à faibles revenus, il pourrait être fortement utile de documenter le lien entre le positionnement social et la confiance en soi afin de mieux comprendre les dynamiques entre les différentes caractéristiques sociales, la confiance en soi et les capacités à faire de la recherche.

6.1.4 La complémentarité des trois degrés d'exclusion épistémique

Nous avons analysé trois phénomènes pour étudier les trois degrés d'exclusion épistémique, qui, cumulés et s'installant dans la durée, constitue une oppression épistémique. Alors que nous avons développé chaque degré d'exclusion épistémique de façon indépendante, nous pensons qu'il est possible de faire des liens entre eux (Figure 14).

En premier lieu, nous avons vu que la CSU avait été construite de façon à favoriser une approche marchande de la santé. Le « noyau » dur du néolibéralisme oriente les politiques publiques en santé et la construction des objets de la gouvernance globale en santé. Cet avènement a orienté le choix de l'objet d'étude du programme de recherches interventionnelles étudié, comme il a certainement influencé un ensemble de programmes (Figure 14 (1)). En outre, du fait de la proximité des mondes scientifique et politique, et de la volonté de produire des connaissances pour l'action en santé mondiale, cet avènement influence également la manière dont les scientifiques s'approprient ce concept.

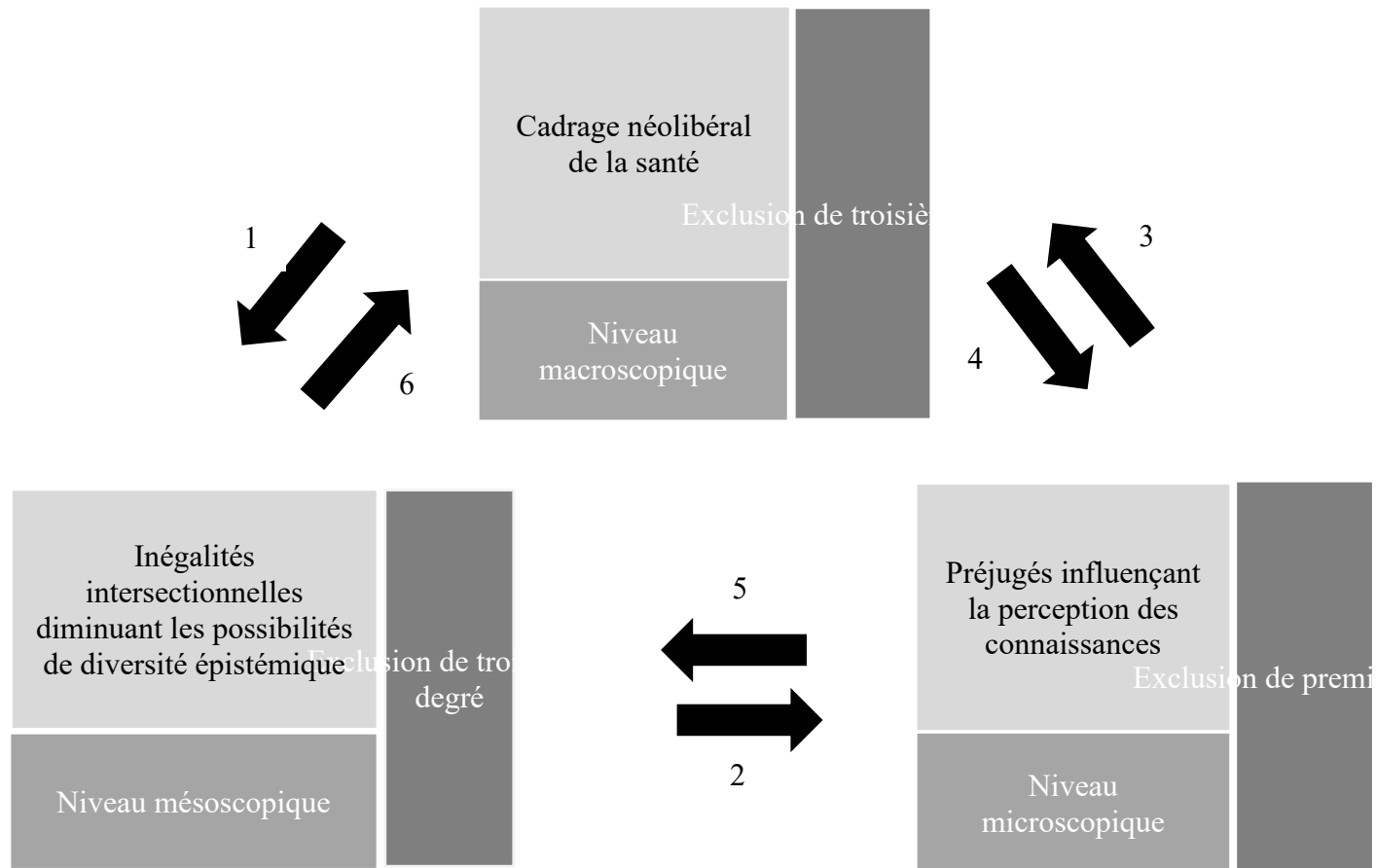
Au sein de ce programme, il a été difficile de proposer une vision dissidente de la CSU, du fait du manquement d'une alliance « critique ». Cette opportunité manquée a pu être due, en plus des obstacles déjà évoqués en amont, à une certaine « dépendance au sentier » de la part des scientifiques, qui consiste à diriger les problèmes envers l'altérité pays à hauts versus à faibles et

moyens revenus, alors que cette altérité n'est pas forcément la seule à être en cause dans les désaccords ou les dysfonctionnements. Si nous ne l'avons pas démontré dans notre analyse, il se peut que les approches dissidentes soient portées par des individus en positions de non-domination (de genre, économique, professionnel). La cumulation d'une approche dissidente et de situations de vulnérabilité sociale et professionnelle peut favoriser des préjugés à leur égard (par exemple, ce sont des scientifiques qui posent des problèmes, et conduire à les décrédibiliser) (Figure 14 (2)).

Nous avons pu voir grâce à notre étude expérimentale que, selon que les notes de politiques soient signées par des organisations bailleuses, internationales ou universitaires et qu'elles soient d'un pays d'Amérique du Nord / Europe ou Afrique, elles obtenaient des scores de qualité perçue et d'utilisation instrumentale déclarée différentes. Cela signifie que toutes les voix ne sont pas crédibilisées de la même manière et on peut imaginer qu'à un haut niveau de décision, cela se ressent par l'absence de certaines voix, victimes d'injustices de témoignage (Figure 14 (3)). En l'absence de certaines voix, certaines connaissances ne sont ni valorisées, ni utilisées, notamment si l'approche dissidente est liée aux caractéristiques professionnelles. On assiste alors à l'exclusion de certaines connaissances de cette arène (Figure 14 (4)), ce qui peut, en l'occurrence, conduire à un cadrage néolibéral de la santé. On peut également imaginer que ce cadrage favorise l'exclusion des voix dissidentes, non seulement à cause de leur approche, mais aussi potentiellement des caractéristiques sociales de ceux·celles qui les portent.

Les injustices de témoignage, comme nous l'avons observé, alors qu'elles s'ajoutent à des injustices sociales peuvent participer à diminuer la confiance en soi des individus, les capacités à faire de la recherche, et la capacité à proposer sa vision dans un programme (Figure 14 (5)).

Pour terminer, il se peut que l'absence de réappropriation dissidente d'un concept phare de la santé mondiale contemporaine puisse favoriser la légitimité de la définition donnée à la CSU au niveau macroscopique alors même que cette appropriation a été orientée par ce cadrage (Figure 14 (6)).



- 1- Influence le choix de la CSU comme objet de recherche et la définition qui lui est donnée au niveau mésoscopique
- 2- Cumulation d'identité épistémique et sociale qui favorise les préjugés sur les possibilités de contribution intellectuelle
- 3- Favorise l'exclusion de certaines voix
- 4- Favorise l'exclusion de certains discours
- 5- Créent des manques de confiance en soi et d'intériorisation de l'injustice/exclusion épistémique
- 6- Favorise la légitimité de l'objet CSU tel qu'il est défini au niveau macroscopique en produisant des connaissances contenues dans le cadrage

Figure 14. - Liens entre les trois degrés d'exclusions épistémiques

6.2 Implications pratiques : proposition de résistances épistémiques

6.2.1 Le pouvoir de « résister » à notre niveau

Young (2010), en décrivant le concept de vulnérabilité structurelle en santé, met en avant que le fait que « certains préjudices subis par des individus sont produits par des structures sociales auxquelles nous participons tous par nos interactions sans qu'il soit possible d'identifier des agents particuliers auxquels nous pourrions attribuer une responsabilité causale directe » (Chung, 2021 : 3, Traduction libre). C'est ce qui rend ces injustices si particulières et difficiles à reconnaître. Il y a parfois des causes identifiables, mais ce sont le plus souvent des réseaux d'acteur·rices diffus qui reproduisent ces injustices. Toutefois, cela implique qu'il est aussi possible de lutter à son niveau comme le propose Medina avec le concept de résistance épistémique (Medina, 2013). Il définit celle-ci comme la manière dont chacun des individus peut changer les structures qui créent les injustices qui sont, non seulement des inégalités de distribution matérielle, mais aussi des inégalités quant aux représentations du monde qui soutiennent ces structures. En critiquant le concept d'injustice herméneutique, il explique que l'injustice ne provient pas du fait que des groupes sociaux n'ont pas de ressources épistémiques pour expliquer leur expérience, mais qu'ils ont des ressources qui ne correspondent pas aux ressources dominantes. Ainsi, cette injustice est moins liée à un manque conceptuel de certains groupes qu'à des discriminations de la part des groupes dominants qui discréditent ces connaissances. Ainsi, si l'objectif de justice sociale est plus qu'une forme de rhétorique des parties prenantes de la santé mondiale, le soutien et la mise en œuvre de conditions permettant de limiter l'oppression épistémique dans le quotidien des activités scientifiques sont essentiels. Cela passe par les conditions matérielles, mais aussi par les schémas et modèles mentaux. Les scientifiques ne font pas exception : les changements sociaux passent par une reconnaissance des biais, des grilles de lecture subjectives des phénomènes et des pratiques scientifiques. Le combat pour la justice épistémique est un combat politique. Alors que nous tentons dans le champ de la santé mondiale de favoriser les liens entre connaissances et politiques/pratiques, nous pensons que cette résistance peut se faire dans ce cadre.

Pour cela, il s'agit avant tout de reconnaître la nature politique de la santé et notre implication dans celle-ci et dans la reproduction des injustices. En effet, nous avons vu que cette nature politique s'applique à deux niveaux. En premier lieu, la santé, en tant qu'objet, est politique puisque nous avons observé que la construction des objets dans la gouvernance globale en santé était orientée par le « noyau dur » du néolibéralisme. Du fait de la proximité des différents acteur·rices en santé mondiale, on co-produit les connaissances et un ordre socio-économique qui s'auto-influencent et se renforcent. Finalement, ce n'est pas seulement à titre « d'intermédiaire » que nous participons à renforcer les liens entre connaissances et politiques/pratiques : nous ne transmettons pas seulement les connaissances « d'une communauté à une autre » (Caplan, 1979). Nous sommes aussi des médiateur·rices qui choisissons, transformons et engendrons de nouvelles connaissances et pouvons participer à légitimer certains discours. Ainsi, notre activité n'est jamais neutre. En choisissant certains sujets de recherche et certaines approches, nous en sacrifions d'autres. En deuxième lieu, la santé mondiale, en tant que champ de pratiques est également politique puisque nous avons vu que la façon dont est organisé le champ de la santé mondiale est inscrite dans des injustices structurelles : tout le monde n'a pas la possibilité de participer de façon équitable à la construction des connaissances. Chacun de nous peut agir pour favoriser ou diminuer l'inclusion de certaines voix.

6.2.2 Expliciter notre engagement par rapport aux injustices en santé mondiale

6.2.2.1 Un engagement graduel

Malgré un consensus sur la nécessité de lutter contre les inégalités et les injustices en santé, il semble difficile de les diminuer. Comme l'explique Plamondon, « les bonnes intentions et les bonnes données probantes ne mènent pas nécessairement à des actions significatives » (Plamondon, 2020). Pour répondre à ce constat, cette dernière a proposé un continuum de six actions, reflétant six rapports différents à la prise en compte des inégalités en regard des connaissances disponibles : la discréditation (*discredit*), le manque d'attention (*distract*), l'ignorance (*disregard*), la reconnaissance (*acknowledge*), l'éclaircissement (*illuminate*), ou la

perturbation (*disrupt*). Pour illustrer ces six actions, elle propose un exemple concernant la décision des objectifs d'un programme de recherche (encadré 1).

Encadré 1 : six actions graduelles pour prendre en compte (ou non) les inégalités dans un programme de recherche qui viserait à travailler sur les schémas d'utilisation des services de santé parmi les personnes vivant dans la rue (issu de Plamondon, 2020).

- Discréditer les inégalités (*discredit*) : l'objectif du programme sera d'identifier les caractéristiques génétiques d'un groupe habituel de patients dans les services de santé;
- Manque d'attention des inégalités (*distract*) : l'objectif du programme permettra d'identifier les connaissances en matière de soins de santé des personnes vivant dans la rue;
- Ignorance des inégalités (*disregard*) : l'objectif du programme permettra d'identifier les modes d'utilisation des services de santé;
- Reconnaître les inégalités (*acknowledge*) : le programme vise à identifier l'utilisation des services de santé parmi les personnes vivant dans la rue, en réalisant des entretiens sur les expériences de discrimination;
- Éclairer les inégalités (*illuminate*) : le programme permet d'identifier les expériences de violence systémique et inclut les participant·es dans la planification du K*;
- Perturber les inégalités/injustices (*disrupt*) : le programme permet de documenter l'impact d'une intervention de formation de la sécurité culturelle réalisée avec les membres des services de santé (direction incluse).

Cette approche graduelle ne vise pas à valoriser une catégorie d'action par rapport à une autre, car il peut parfois être utile d'agir de façon rapide, sans avoir le temps de réfléchir aux causes structurelles qui créent les inégalités. Toutefois, ce continuum permet de poser une base de dialogue pour se mettre d'accord sur quelles actions nous souhaitons, dans un collectif, mettre en œuvre. Finalement, il s'agit de réfléchir à la manière dont nous sommes prêts, à prendre en compte et à agir contre les structures sociales qui créent les inégalités, c'est-à-dire à lutter contre les injustices structurelles. Dans notre conception, la dernière option qui consiste à « perturber » les inégalités vise à lutter contre les injustices dans lesquelles sont enracinées les inégalités. C'est pour cela que nous ajoutons la notion d'injustice à cette action en particulier.

6.2.2.2 Application des actions graduelles de prise en compte des inégalités/injustices à un programme sur la CSU

Nous pouvons appliquer ce cadre à nos analyses en proposant différentes actions graduelles aux niveaux macroscopique (par rapport à l'objet santé et CSU), mésoscopique (par rapport à notre organisation dans les programmes en santé mondiale) et microscopique (par rapport à nos biais cognitifs en tant qu'individu) sur la réalisation d'un programme de recherches sur la CSU (tableau 11).

Tableau 11. - Exemples d'actions graduelles pour faire le lien entre les connaissances et l'action pour prendre en compte les inégalités en recherche, appliquées à un programme de recherches sur la CSU

	Niveau macroscopique	Niveau mésoscopique	Niveau microscopique
	<i>Objectif d'un programme sur la CSU</i>	<i>Gouvernance d'un programme sur la CSU</i>	<i>Modalités de participation dans un programme sur la CSU</i>
Discréditer les inégalités	Étudier les comportements des populations qui entravent le recours aux soins de santé	Travailler en priorité avec des personnes qui sont les meilleures dans leur domaine	Rejeter/ignorer les membres du programme qui ne participent pas
Manque d'attention sur les inégalités	Étudier les connaissances des populations sur les différents dispositifs permettant d'accéder à des soins de santé	Laisser la gouvernance d'un programme se construire naturellement	Laisser les membres du programme participer naturellement
Ignorance des inégalités	Étudier les effets des interventions visant à atteindre la CSU en population générale	Travailler toujours avec les mêmes personnes	Travailler et échanger en majorité avec les personnes qui prennent la parole et participent dans les discussions de groupe
Reconnaître les inégalités	Étudier les effets différenciés des interventions visant à atteindre la CSU selon les caractéristiques sociales	« Travailler avec » ou « aller chercher » des personnes n'ayant habituellement pas l'opportunité de participer à des programmes	Créer une place (physique ou symbolique) ou des conditions pour que chacun se sente à l'aise et légitime de participer
Eclairer les inégalités	Étudier les modalités de financement et l'investissement public dans la santé en intégrant des parties prenantes de différents secteurs	Réfléchir de façon concertée sur les processus qui mènent à la sur- ou sous-visibilité de certain-es scientifiques	Reconnaître son positionnement (en situation de vulnérabilité ou de privilège) et son influence sur les modalités de participation*
Perturber les inégalités / lutter contre les injustices structurelles	Faire une recherche interventionnelle sur les injustices dans le financement public des systèmes de santé	Inclure de façon systématique dans la gouvernance des programmes les membres qui se trouvent dans des situations de « sous » visibilité scientifique	Modifier les modes de légitimation des connaissances en reconnaissant ses propres biais*

*Ces aspects sont plus amplement développés dans la section ci-dessous

6.2.3 Croiser réflexivité et intersectionnalité : reconnaître et agir sur les injustices et les privilèges

Pour que chaque personne « autour de la table » dans une collaboration puisse avoir l'opportunité de participer réellement à la production des connaissances (tableau 11*), il s'agit de réaliser un travail de réflexivité qu'il n'est pas toujours évident de concrétiser. Ce travail peut se réaliser en considérant non seulement les relations et les interactions qui se voient, mais aussi les contextes, les schémas et les modèles qui conditionnent l'activité scientifique. La réflexivité consiste en la compréhension de l'influence de sa position, son rôle et ses connaissances sur ses actions et ses pratiques et le développement de nouvelles compréhensions de celui-ci afin de modifier son comportement ou ses pratiques (Tremblay & Parent, 2014). La réflexivité est différente de la réflexion dans la mesure où elle implique un apprentissage, un questionnement critique qui sera réinvesti dans la pratique. Elle est toutefois, par définition, le résultat d'une réflexion intersectionnelle. En effet, elle nécessite une prise en compte de l'ensemble de ses caractéristiques sociales et de leurs interactions pour comprendre à la fois les injustices ou les privilèges que l'on peut connaître. Il est aussi essentiel de s'intéresser aux privilèges qu'aux injustices si l'on recherche une collaboration équitable, car les forces qui mènent aux unes mènent également aux autres :

« Autrement dit, lorsque le privilège n'est pas évalué, il peut conduire à un sentiment irrationnel de droit, d'expertise et d'accès. Il semble alors logique et en effet, un impératif moral pour les personnes qui sont au-dessus de la médaille d'être guidées par une envie altruiste de sauver ou de réparer les gens en dessous de la médaille. Cependant, cette logique ne tient plus lorsque l'on considère qui possède l'expertise concernant la médaille et ses effets ; c'est-à-dire les gens au-dessous des médailles »
(Nixon, 2019 : 7)

Pour apprendre à reconnaître son positionnement (en situation de vulnérabilité ou de privilège) et son influence sur les modalités de participation ou comprendre l'effet de ses propres biais sur sa façon de légitimer certaines connaissances (tableau 11), nous pourrions imaginer des exercices de mise en situation. Le théâtre d'improvisation est de plus en plus utilisé en santé mentale pour les patients (Felsman, 2019; Felsman et al., 2019), mais aussi pour la formation des professionnels de santé (Zelenski et al., 2020). Cela permet de développer l'empathie, les capacités de communication et la confiance en soi. Le théâtre d'improvisation a également été utilisé afin de développer des partenariats de confiance en mettant l'accent sur l'amélioration de la capacité à gérer les erreurs et l'incertitude et la prise de conscience de ses préjugés personnels (Battaglia et al., 2021). Il était également question dans cette formation de

développer les capacités à lire la communication non verbale et d'apprendre à se tourner vers les autres plutôt que vers l'expertise. Ces techniques peuvent être utiles pour aborder de façon transparente les enjeux et les dynamiques de pouvoir et se réapproprier son expérience, par rapport à un espace public dominé par une seule vision du monde. Par exemple, des ateliers-théâtre ont été utilisés pour mettre en commun des expériences de discrimination et construire un espace où les discours issus des expériences de citoyens prennent le pas sur les discours qui occupent l'espace public (Rinschbergh, 2021). Ces ateliers peuvent être poursuivies par l'utilisation d'outils plus formels. Godrie (2020) a par exemple développé un outil d'auto-évaluation qui permet de faire le point sur la manière dont les choix sont réalisés en amont d'un projet de recherches participatives (qui sont les personnes à l'origine du projet, comment sont définies les finalités du projet, par qui), la manière dont les différents types de connaissances sont pris ou non en compte, ou encore comment les injustices épistémiques sont maintenues ou réduites durant le projet. Pour cela, il s'agit d'avoir la possibilité et la capacité de reconnaître l'influence de la multiplicité de ses caractéristiques sociales sur les choix individuels, sur les relations et sur les orientations épistémiques données à un objet de recherche.

6.2.4 La mise en application de la réflexivité dans un programme de recherche

Le deuxième objectif de la thèse concernait l'étude d'un programme de recherche dans lequel il a été possible d'intervenir puisque je possédais une double casquette de chercheuse et de coordinatrice. Dans ce contexte, j'ai considéré ma position sociale comme étant privilégiée pour plusieurs raisons : je viens d'un milieu social plutôt aisé, j'ai eu des conditions stables de travail pour pouvoir financer ma thèse, j'ai acquis une certaine autonomie scientifique du fait de la qualité de ma formation, j'ai évolué dans un environnement social et académique serein et bienveillant, et j'ai pu voyager dans plusieurs continents ce qui m'a permis d'avoir des éléments de comparaison quant à la formation académique. En outre, mon directeur de thèse, aussi investigateur du programme de recherche que je coordonnais, soutenait mes idées. J'ai donc vécu moins d'enjeux de pouvoir qui pouvaient limiter ma parole que d'autres doctorant·es ou coordinateur·rices. J'ai voulu utiliser ces privilèges pour « perturber les injustices » dans le programme de recherche, dans le sens proposé par Plamondon (2020), développé ci-dessus (6.2.2).

Du fait de ma position centrale dans la coordination internationale, j'ai tenté de mettre à l'agenda du programme le sujet des injustices, sociales mais aussi épistémiques, vécues par une grande partie des jeunes scientifiques des pays cibles. En premier lieu, j'ai évoqué le sujet de la précarité, notamment le fait que la majorité des jeunes scientifiques n'ont eu que des contrats de 1 à 3 mois, renouvelables, tout le long des 4 années du projet. Dans ce cadre, il est difficile de penser à un projet scientifique à long terme, d'avoir une vue d'ensemble des enjeux du programme dans lesquels ils·elles travaillent, mais il est aussi impossible de prévoir des temps d'écriture et de publication pour gagner en légitimation et en autonomie. J'ai abordé le sujet dans une réunion de la coordination internationale une première fois, où il a été conclu que les conditions de travail des jeunes scientifiques des pays cibles étaient de la responsabilité des coordinateur·rices nationaux·ales, et que la coordination internationale ne pouvait pas intervenir sur ces aspects, sous peine d'être accusée d'ingérence. La coordination internationale a également énoncé que ces considérations auraient dû être discutées lors de la planification du programme. Par la suite, j'ai tenté de faire remonter les problèmes rencontrés par les jeunes scientifiques aux différents responsables et coordinateurs dans les pays. Par exemple, trois doctorant·es, qui étaient constitutif·ves de l'alliance critique, n'ont eu aucun accès à leur terrain durant deux ans, et n'ont jamais obtenu de réponse des membres du programme censés les aider. Ces dernier·es ne souhaitaient pas communiquer sur les obstacles qu'ils rencontraient car ils·elles avaient peur des conséquences sur les possibilités de continuer leur thèse ou sur leurs opportunités d'évolution dans les réseaux des scientifiques seniors du programme. J'ai donc choisi de le faire, du fait que vivant dans un autre pays, mon avenir professionnel ne dépendait pas des personnes du programme. Devant les autres membres du programme, les responsables ont déclaré qu'ils·elles allaient tout faire pour remédier à la situation. Dans la réalité, l'une d'entre eux·elles a tenté d'intimider les doctorant·es pour qu'ils·elles cessent de parler de leurs problèmes. Du fait que les obstacles n'ont pu être surmontés par les discussions et les réunions en visio conférence, j'ai donc proposé, à la demande de certain·es, de réaliser un atelier « jeunes scientifiques » (en master ou en doctorat) dans l'un des pays cibles du programme afin de travailler de façon commune sur des problématiques scientifiques dans le cadre du programme. L'idée était de favoriser les dialogues entre disciplines, entre pays, et de développer des liens sociaux pour créer un cadre bienveillant permettant la discussion autour des différentes idées de façon informelle, pour ensuite les transformer en analyses scientifiques. Il s'agissait également d'augmenter la visibilité des jeunes scientifiques dans le programme. L'objectif était double : à la fois créer un cadre concret pour qu'une alliance critique puisse réellement se construire avec les membres intéressés par cette approche et essayer d'échanger sur les

conditions de travail pour comprendre quels éléments pouvaient être améliorés pour augmenter les possibilités de créativité scientifique. Alors que cet atelier a très bien été reçu par la responsable du groupe de l'alliance critique dans le pays 3, il a été extrêmement mal vécu par l'équipe de coordination nationale du pays 3. Il a été perçu comme une coalition des jeunes scientifiques contre les scientifiques seniors. En effet, il a aussi été question, durant cet atelier, des défis de transmission des savoirs entre les générations. Un des jeunes scientifiques a proposé de réaliser une analyse sur ces défis. Lorsque j'ai émis cette idée à l'ensemble des membres du programme, cela a donné lieu à des propos virulents de la part d'un des coordinateurs du pays 3 à mon encontre en mettant notamment en avant le fait que j'étais étrangère et que je ne connaissais pas leurs contextes. Un enjeu de cette proposition était aussi qu'elle aurait pu être un moyen de remettre en question un système établi, qui comprend notamment la gestion gérontocratique des apprentissages scientifiques et l'instrumentalisation réciproque des partenaires du Nord et du Sud. A la suite de cette interaction, j'ai reçu des messages de soutien informels de la part des membres du programme, qu'ils soient jeunes scientifiques ou non, mais aucun soutien formel. J'ai ressenti de la frustration et de l'impuissance. Je me suis aussi sentie vexée et cela a contribué au choix de ne pas continuer à porter ce sujet au sein du programme. Finalement, la question des injustices à l'encontre des jeunes scientifiques n'a pas été mise à l'ordre du jour du programme de recherches. La coordination internationale a choisi de calmer les tensions en n'évoquant plus d'autres sujets que celui des études en cours. Ces multiples interactions et le manque de soutien officiel de la part des membres du programme a influencé ma façon de percevoir le programme et notamment l'alliance critique, dans laquelle j'étais impliquée. J'ai, sans le vouloir, pris parti et considéré les autres alliances de façon négative, ce qui a pu influencer mon analyse. Le sujet de la critique de la CSU n'a plus été la seule préoccupation dans l'alliance critique et le sujet des conditions de travail qui influencent les possibilités de dissidence scientifique se sont mêlées aux considérations concernant strictement le sujet de la CSU. Ces enjeux multiples associés aux difficultés relationnelles qui ont jalonné le programme n'ont permis ni le développement d'études critiques sur la CSU, ni le développement de discussion sur la justice sociale et épistémique au sein du programme. Les principales leçons apprises à partir de cette expérience sont les suivantes :

- Discuter dès la planification d'un programme des conditions de travail des jeunes scientifiques et des inégalités entre eux·elles (par exemple entre les scientifiques des pays à faibles, moyens et hauts revenus) ;

- Utiliser un guide d'auto-évaluation des injustices épistémiques comme celui proposé par Godrie (2020) à adapter au contexte des partenariats pays à faibles/moyens/hauts revenus¹¹ ;
- Proposer une inclusion de dispositifs de médiation dès la planification du programme pour permettre à chacun d'exposer ses problématiques et de recevoir une aide appropriée sans que sa carrière ou sa vie sociale ne soit impactée ;
- Ne pas se lancer dans une lutte qui vise à remettre en cause des privilèges ancrés dans un système établi sans s'assurer d'avoir des soutiens formels de la part de personnes possédant des pouvoirs financiers, sociaux et symboliques ;
- Reconnaître et tenter de diminuer la place de l'égo dans les interactions et dans la capacité à changer ses opinions et idées préconçues.

6.3 Limites de la thèse

Une des principales limites de cette thèse est le manque de données ethnographiques pour développer les objectifs 2 et 3. En effet, en ce qui concerne l'objectif 2, l'étude du programme de recherches interventionnelles a été réalisée durant la pandémie de COVID-19. Les entretiens et les observations des réunions ont été faits en ligne et il n'a pas été possible de se rendre au centre de décision au sein des pays du programme pour étudier les interactions dans les différents contextes. Ainsi, alors que les tensions étaient palpables au sein du programme, rendre compte de la cause de celles-ci a été difficile. Dans son livre « la présentation de soi », Goffman (1956) évoque la mise en théâtre de la vie des individus. Chacun·e tient un rôle de représentation de lui·elle-même pour faire croire aux autres à l'image qu'il·elle veut donner de lui-même. Goffman développe deux types de lieux dans lesquels chacun a des comportements différents. D'une part, la scène où nous sommes confrontés au public et où nous tenons notre rôle social. D'autre part, les coulisses où nous relâchons notre contrôle. Dans le monde de la recherche (mais aussi dans la vie en général), et notamment lorsque les enjeux de ressources financières sont importants, ce théâtre peut biaiser l'ensemble des relations. Dans notre cas, cela n'a pas permis de comprendre par exemple pourquoi exactement l'alliance critique n'a pas pu exister. Nous n'avons pas vraiment pu mettre en lumière l'intersectionnalité des systèmes

¹¹ Cela peut permettre de rendre visibles les injustices épistémiques et de pouvoir ainsi baser ses arguments sur des connaissances explicites et non seulement sur des témoignages qui peuvent être dévalorisés ou non écoutés

d'oppression de façon formelle, même si des confidences se sont parfois faites par le biais des réseaux sociaux. Ainsi, il aurait été très utile de séjourner plusieurs semaines dans chacun des pays du projet. En ce qui concerne l'objectif 3, nous sommes conscient·es de la présence de biais dans le recrutement des participant·es. Il était prévu de réaliser cette expérimentation auprès d'un ensemble de parties prenantes en santé mondiale lors d'un atelier en présentiel ou bien dans des classes d'étudiants en reprise d'études en sciences politiques. Nous avons préféré réaliser cette étude en ligne, malgré la limite du recrutement en ligne pour obtenir des résultats exploratoires, même s'ils ne sont pas représentatifs en population générale, du fait des difficultés à se déplacer au moment de l'enquête. Il aurait également été pertinent de réaliser des groupes de discussion et des entretiens, formels et informels, sur les déterminants de la crédibilisation des connaissances. Ce manque de données ethnographiques n'a pas permis de vraiment montrer le lien entre les trois degrés d'exclusion épistémique. Nous avons tenté de pallier cette lacune grâce aux différents écrits sur le sujet.

En outre, les revues sur les écrits ont, dans un premier temps, majoritairement été réalisées grâce à des bases de données bibliographiques « conventionnelles » en santé publique qui ne prennent que peu en compte les écrits des « périphéries ». Ce n'est qu'au milieu du doctorat que nous avons pris l'habitude de regarder d'autres plateformes que nous avons identifiées grâce au travail colossal réalisé par Florence Piron et l'association science et bien commun¹². Cette prise de conscience nous a permis de faire évoluer notre problématique.

Enfin pour terminer, une difficulté certaine a été de tenter de développer des collaborations justes tout au long de ce doctorat, de façon à être en accord avec son contenu. Les langages et les formations ne sont pas les mêmes selon que l'on soit en santé publique, en sciences politiques, en sociologie ou en anthropologie, ou bien que l'on soit dans une université canadienne, française ou sénégalaise. Cela nécessite de redéfinir en permanence sa sensibilité, et sa perception de ses connaissances et des connaissances des autres. Il s'agit ainsi de renégocier les priorités en fonction de ce qui est important, parfois cela revient à choisir entre une course vers le succès académique et une volonté de justice.

¹² Association science et bien commun : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/>

6.4 Diffusion des résultats de thèse

Les résultats de la thèse ont fait l'objet de publications scientifiques.

Le premier résultat (Article 2B) sur l'avènement de la CSU dans la gouvernance mondiale en santé a été présenté lors d'un atelier réalisé au Sénégal auprès d'étudiants en santé publique à l'Institut de recherche et de développement et à l'Université Cheikh-Anta-Diop, et en sciences politiques à l'Université Gaston Berger à Saint-Louis.

Le deuxième résultat (Article 3) sur l'appropriation de la CSU dans un programme de recherches interventionnelles ne peut pas encore faire l'objet d'une diffusion formelle du fait que le programme n'est toujours pas terminé. Toutefois, il a été présenté lors du même atelier au Sénégal aux jeunes scientifiques du programme. Nous avons tenté de proposer, de façon collective, des pistes pour favoriser la prise en compte des jeunes scientifiques dans le programme. Cela n'a pas pu aboutir du fait de raisons similaires que celles qui ont limité la possibilité d'émergence de l'alliance critique, comme évoqué dans l'approche réflexive (6.2.4). Cette analyse va être proposée dans le cadre de l'appel à communication pour le colloque « African Research Matters - Mobiliser la recherche face aux défis planétaires », co-organisé par l'Université Gaston Berger et l'Institut de recherche pour le développement en partenariat avec le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) dans le cadre du projet Global Africa.

Le troisième résultat (Article 4) sur l'influence du « messenger » sur le « message » dans une note de politiques a été présenté dans le cadre du webinaire du programme de recherches dans lequel nous travaillons, et à la chaire Renard qui est spécialisé sur la recherche sur le transfert de connaissances. Une infographie a été réalisée et est disponible sur le site de Renard (www.equiperenard.org). Elle a été envoyée à l'ensemble des personnes ayant aidé à réaliser l'enquête et qui ont aidé au recrutement des participant·es. Elle est également disponible en annexe 11. En outre, un article proposant une définition critique de la santé mondiale a également été écrit (Ridde & Fillol, 2021). Enfin, une note de synthèse de la thèse a été réalisée pour favoriser la diffusion de ces apports. Elle est disponible en annexe 12.

7 Chapitre 7 – Conclusion

Plus qu'un manque de prise en compte des connaissances pour l'action, la difficulté à lutter contre les inégalités de santé est liée à l'enracinement des systèmes de production et d'utilisation des connaissances dans des structures injustes. Ainsi, en renforçant les liens entre connaissances et politiques/pratiques, nous pouvons parfois contribuer à reproduire des injustices sociales. La proximité que les secteurs de la recherche et le secteur politique développe peut être bénéfique pour augmenter l'utilité des connaissances produites. Toutefois, elle doit aussi être analysée et mise en perspective pour éviter une trop grande influence des paradigmes socio-économiques sur l'orientation donnée aux connaissances scientifiques, comme nous l'avons vu avec la co-production en santé mondiale (Chapitre 5, Article 2B). L'un des apports de cette thèse est d'explorer la manière dont nous faisons partie de la politique de la santé mondiale, à la fois car la santé est un objet politique, mais aussi, car notre façon de nous organiser est politique. Nous avons vu avec l'échec de l'alliance critique dans l'étude du programme de recherches interventionnelles sur la CSU et l'incapacité à réaliser une réelle diversité épistémique malgré une gouvernance socialement diversifiée (Chapitre 5, Article 3) que la production des connaissances est dépendante des enjeux de pouvoir et relationnels entre les parties prenantes de la santé mondiale. Ces enjeux de pouvoir, même s'ils sont souvent macroscopiques, retentissent dans les interactions du quotidien. Il nous incombe d'être réflexifs dans la façon dont nous réalisons « le quotidien » de la santé mondiale afin de limiter la reproduction des injustices sociales. Il s'agit par exemple de comprendre comment, de façon parfois implicite, nous pouvons crédibiliser ou décrédibiliser certaines connaissances, à cause de préjugés comme nous l'avons vu dans l'expérimentation des notes de politique (Chapitre 5, Article 4) ou tout simplement à cause d'un ordre socio-économique qui légitime une vision du monde spécifique.

Durant la pandémie de COVID-19, mais aussi à travers les mouvements sociaux tels que « me too » ou « black lives matter » qui ont eu lieu ces dernières années, nous avons observé que le rôle des scientifiques et la légitimité de leur expertise était remise en question. La société civile exprime à la fois un besoin de prendre en compte de nouvelles voix que celles qui sont le plus souvent entendues et une remise en cause des discours hétérodoxes. La gestion de la pandémie de COVID-19 aux niveaux international et nationaux confirme les dangers d'une « histoire unique » (Sturmberg et al., 2021). En effet, si la gravité de cette maladie a été associée à sa

nature inattendue et à la saturation soudaine des centres de santé, les mesures d'austérité qui ont réduit les capacités d'accueil des hôpitaux et de gestion et de préparation des systèmes de santé ne sont que rarement évoquées dans les sphères politiques. Pire encore, certains gouvernements ont accentué ces mesures durant la pandémie alors que les laboratoires pharmaceutiques ont engrangé de plus en plus de bénéfices (Stein, 2021; Sturmberg et al., 2021). Les inégalités et les sensations d'injustice ont augmenté. Ainsi, alors que les « anti-vaccinations » sont aujourd'hui catégorisés et montré du doigt dans le monde, cette opposition pourrait aussi être comprise comme une certaine résistance sociale par rapport à une organisation sociale dans laquelle les populations se sentent impuissantes et souhaitent faire entendre des voix divergentes de cette histoire unique. Il pourrait être utile de comprendre comment l'oppression épistémique appliquée à cette problématique conditionne les modalités d'émergence de cette résistance. Cela pourrait également permettre de mieux considérer les rationalités de chacun·e dans la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances scientifiques.

Si une seule idée devait conclure cette thèse, il s'agirait de réaffirmer l'importance de prendre en compte l'interdépendance et l'influence des systèmes d'inégalités structurelles et épistémiques sur la santé, et la possibilité pour chacun·e, à notre niveau, de lutter contre ces dernières. Si la santé mondiale traverse une période critique, son postulat de base qui est la considération de chaque être humain, quel que soit sa nationalité, son genre, sa classe sociale ou sa profession, est dans notre conception, essentielle à rappeler. Les dernières mesures d'austérité dans bon nombre de pays et l'affirmation de la prise de pouvoir des laboratoires pharmaceutiques nous rappellent aujourd'hui l'importance de transcender les barrières nationales. En guise de dernière phrase, nous citerons Lilla Watson, militante pour la considération des épistémologies autochtones : « Si vous êtes venu·es ici pour m'aider, vous perdez votre temps. Mais si vous êtes venu·es parce que votre libération est liée à la mienne, alors travaillons ensemble ».

8 Bibliographie

- Abdalla, S. M., Solomon, H., Trinquart, L., & Galea, S. (2020). What is considered as global health scholarship? A meta-knowledge analysis of global health journals and definitions. *BMJ Global Health*, 5(10), e002884. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002884>
- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze : Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>
- Abimbola, S. (2021). The uses of knowledge in global health. *BMJ Global Health*, 6(4), e005802. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005802>
- Abimbola, S., & Pai, M. (2020). Will global health survive its decolonisation? *The Lancet*, 396(10263), 1627-1628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32417-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32417-X)
- Adadevoh, I. O. (2011). Women's epistemic exclusion and the question of equitable and sustainable educational empowerment. *Philica*, 1-9.
- Addey, C. (2017). Golden Relics & Historical Standards : How the OECD is Expanding Global Education Governance through PISA for Development. *Critical Studies in Education*, 58(3), 311-325. <http://dx.doi.org/10.1080/17508487.2017.1352006>
- Adler, E., & Bernstein, S. (2004). Knowledge in power : The epistemic construction of global governance. In : Barnett M. & Duvall R., *Power in Global Governance*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.013>
- Affun-Adegbulu, C., & Adegbulu, O. (2020). Decolonising Global (Public) Health : From Western universalism to Global pluriversalities. *BMJ Global Health*, 5(8), e002947. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947>
- Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Economica. <https://www.decitre.fr/livres/les-inegalites-sociales-de-sante-9782717858341.html>
- Aiyebilehin, A. J. (2021). "Add-my-name" as a parody of research collaboration among Nigerian researchers. *Accountability in Research*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/08989621.2021.1894935>
- Alavredo, F., Chancel, L., Piketty, et al. (2018). *Rapport sur les inégalités mondiales*. World inequality lab. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>
- Amsler, S. S., & Bolsmann, C. (2012). University ranking as social exclusion. *British journal of sociology of education*, 33(2), 283-301.
- Anderson, E. (2012). Epistemic Justice as a Virtue of Social Institutions. *Social Epistemology*, 26(2), 163-173. <https://doi.org/10.1080/02691728.2011.652211>
- Ansloos, J., & Peltier, S. (2021). A question of justice : Critically researching suicide with Indigenous studies of affect, biosociality, and land-based relations. *Health*, 13634593211046844. <https://doi.org/10.1177/13634593211046845>
- Appelman, A., & Sundar, S. S. (2016). Measuring Message Credibility : Construction and Validation of an Exclusive Scale. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 93(1), 59-79. <https://doi.org/10.1177/1077699015606057>

- Azria, E., Sauvegrain, P., Blanc, J., et al. (2020). Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité & Senologie*, 48(12), 847-849. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.09.006>
- Baquero, O. S., Benavidez Fernández, M. N., & Acero Aguilar, M. (2021). From Modern Planetary Health to Decolonial Promotion of One Health of Peripheries. *Frontiers in Public Health*, 9, 637897. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.637897>
- Barnett, M., & Duvall, R. (2005). *Power in Global Governance*. Cambridge University Press.
- Barrera, O., Guriev, S., Henry, E., et al. (2020). Facts, alternative facts, and fact checking in times of post-truth politics. *Journal of Public Economics*, 182, 104123.
- Battaglia, T. A., Megrath, K., Spencer, N., et al. (2021). Communicating to Engage: An Improvisational Theater-Based Communication Training Designed to Support Community-Academic Partnership Development. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004367>
- Baxerres, C. (2014). *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Archives contemporaines.
- Behague, D., Tawiah, C., Rosato, et al. (2009). Evidence-based policy-making: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social Science & Medicine*, 69(10), 1539-1546.
- Bell, K., & Green, J. (2016). On the perils of invoking neoliberalism in public health critique. *Critical Public Health*, 26(3), 239-243. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1144872>
- Berlo, D. K., Lemert, J. B., & Mertz, R. J. (1969). Dimensions for evaluating the acceptability of message sources. *Public opinion quarterly*, 33(4), 563-576.
- Berman, J., Mitambo, C., Matanje-Mwagomba, B., et al. (2015). Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Research Policy and Systems*, 13, 73. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0061-4>
- Bernal, A. (2018). Epistemic Overload as Epistemic Injustice [Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute]. https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/83925/Bernal_A_D_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berthelot, J. (2008). Chapitre 11. En quoi peut-il être intéressant et utile de développer les études sociales de la science ? Dans : J. Berthelot, *L'emprise du vrai : Connaissance scientifique et modernité* (pp. 199-211). Presses Universitaires de France.
- Birn, A.-E., & Nervi, L. (2019). What matters in health (care) universes : Delusions, dilutions, and ways towards universal health justice. *Globalization and Health*, 15(1), 0. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0521-7>
- Birn, A.-E., Nervi, L., & Siqueira, E. (2016). Neoliberalism Redux : The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*, 47(4), 734-759. <https://doi.org/10.1111/dech.12247>
- Birn, A.-E., Pillay, Y., & Holtz, T. H. (2017). *Textbook of global health* (Fourth edition). Oxford University Press.

- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., et al. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410. <https://doi.org/10.1037/pspp0000078>
- Bloor, D. (1991). *Knowledge and Social Imagery* (2nd Revised edition). University of Chicago Press.
- Böcher, M. (2017). The Role of Scientific Knowledge in Public Policy in Theory and in Political Practice—The Case of Integrated Rural Development. In : Stehr, *Knowledge and Democracy. A 21st century* (p. 183-198). Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203787687-15>
- Bouhedi, M.-C. (2017). Les pratiques de partage des connaissances d’une unité de recherche pluridisciplinaire en interne et externe. *Communication management*, Vol. 14(1), 71-88.
- Bouvier, A., & Conein, B. (2007). *L'épistémologie sociale. Une théorie sociale de la connaissance*. Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Brand, U., Muraca, B., Pineault, É., et al. (2021). From planetary to societal boundaries : An argument for collectively defined self-limitation. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 17(1), 265-292. <https://doi.org/10.1080/15487733.2021.1940754>
- Buse, K., & Walt, G. (2000). Global public-private partnerships : Part I--A new development in health? *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 549-561. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000400019>
- Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., et al. (2020). Decolonising global health : If not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>
- Caplan, N. (1979). The Two-Communities Theory and Knowledge Utilization. *American Behavioral Scientist*, 22(3), 459-470. <https://doi.org/10.1177/000276427902200308>
- Carr, E. R., Szymanski, D. M., Taha, F., et al. (2014). Understanding the Link Between Multiple Oppressions and Depression Among African American Women : The Role of Internalization. *Psychology of Women Quarterly*, 38(2), 233-245. <https://doi.org/10.1177/0361684313499900>
- Cash, D., Clark, W. C., Alcock, F., Dickson, N. M., Eckley, N., & Jäger, J. (2002). Salience, Credibility, Legitimacy and Boundaries : Linking Research, Assessment and Decision Making. *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.372280>
- Chan, M. (2012) ‘Universal coverage is the ultimate expression of fairness’. Acceptance speech at the 65th World Health Assembly, 23 May. Geneva: World Health Organization.
- Chung, R. (2021). Structural health vulnerability : Health inequalities, structural and epistemic injustice. *Journal of Social Philosophy*. <https://doi.org/10.1111/josp.12393>
- Cloos, P., Ndao, E. M., Aho, J., et al. (2020). The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada : A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(4), e0231327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>
- Coady, D. (2010). Two Concepts of Epistemic Injustice. *Episteme*, 7(2), 101-113. <https://doi.org/10.3366/epi.2010.0001>
- Connell, N. a. D., Klein, J. H., & Powell, P. L. (2003). It’s tacit knowledge but not as we know it : Redirecting the search for knowledge. *Journal of the Operational Research Society*, 54(2), 140-152. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601444>

Consortium of Universities for Global Health. (2008). *Meeting report : University consortium for Global Health inaugural meeting*. Consortium of Universities for Global Health.

Cornwall, A., & Brock, K. (2006). *What do Buzzwords do for Development Policy? A critical look at "Poverty Reduction", "Participation" and "Empowerment"*. *Third World Quarterly*, 26(7). . <https://doi.org/10.1080/01436590500235603>

Coutellec, L. (2013). Chapitre 4. Les épistémologies candidates pour une pensée du pluralisme. In : , L. Coutellec, *De la démocratie dans les sciences: Épistémologie, éthique et pluralisme* (pp. 113-125). Éditions Matériologiques.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Daftary, A., & Viens, A. M. (2020). Solidarity in Global Health Research—Are the Stakes Equal? *The American Journal of Bioethics*, 20(5), 59-62. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1745945>

Daigneault, P. M., & Jacob, S. (2012). Les concepts souffrent-ils de négligence bénigne en sciences sociales? Éléments d'analyse conceptuelle et examen exploratoire de la littérature francophone à caractère méthodologique. *Social Science Information*, 51(2), 188-204.

DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*, 395(10231), 1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)

DalGLISH, S. L., Rodríguez, D. C., Harouna, A., & Surkan, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social Science & Medicine*, 177(Supplement C), 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.056>

Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., et al. (2009). The preventable causes of death in the United States : Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, 6(4), e1000058. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>

Del Pozo, B., & Rich, J. D. (2021). Addressing Racism in Medicine Requires Tackling the Broader Problem of Epistemic Injustice. *The American Journal of Bioethics*, 21(2), 90-93. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1861367>

Demortain, D., & Joly, P.-B. (2020, May 18). Urgence thérapeutique, controverses et production de la preuve dans l'espace public – à propos de l'hydroxychloroquine. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. <https://aoc.media/analyse/2020/05/17/urgence-therapeutique-controverses-et-production-de-la-preuve-dans-lespace-public-a-propos-de-lhydroxychloroquine/>

Desclaux, A., & Lévy, J.-J. (2003). Présentation : Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et Sociétés*, 27(2), 5. <https://doi.org/10.7202/007443ar>

Dick, G. (2018). Les injustices épistémiques en démocratie : Comment nuisent-elles aux objectifs de justice et d'inclusion ? [Master dissertation , Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20699/Dick_Genevieve_2018_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Dotson, K. (2018). Conceptualiser l'oppression épistémique. *Recherches féministes*, 31(2), 9-34. <https://doi.org/10.7202/1056239ar>

- Du Bois, W. E. B. (1903). *Les âmes du peuple noir* (traduit par Bessone, M. ; 1ère édition). Editions Rue d'Ulm.
- Dübgen, F., & Skupien, S. (2019). New Approaches to Scientific Dependency and Extraversion : Southern Theory, Epistemic Justice and the Quest to Decolonise Academia. In : F. Dübgen & S. Skupien, Paulin Hountondji , *African Philosophy as Critical Universalism* (p. 109-134). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01995-2_6
- Ebener, S., Khan, A., Shademani, R., et al. (2006). Knowledge mapping as a technique to support knowledge translation. *Bulletin of the World Health Organization*, 7.
- Ehrlinger, J., & Dunning, D. (2003). How chronic self-views influence (and potentially mislead) estimates of performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 5-17. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.5>
- El-Jardali, F., Lavis, J. N., Ataya, N., et al. (2012). Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries : Views, practices, and contextual influences. *BMC Health Services Research*, 12, 200. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-200>
- Engebretsen, E., & Heggen, K. (2015). Powerful concepts in global health Comment on « Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health ». *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 115-117. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.19>
- England, K., & Ward, K. (2007). *Neoliberalization : States, networks, peoples*. Blackwell.
- Evans (St.B. T.), J. (1993). The Cognitive Psychology of Reasoning: An Introduction. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section*, 46(4), 561-567. <https://doi.org/10.1080/14640749308401027>
- Evans (St. B. T.) J. & Over, D. E. (1999). Rationality and Reasoning. *Psychology Press*. <https://www.routledge.com/Rationality-and-Reasoning/Evans-Over/p/book/9780863774386>
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, M. L. (1996). *Etre ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Presses universitaires de Montréal.
- Étienne, C., & Asamoah-Baah, A. (Eds.). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization. https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf
- Factor, R., Kawachi, I., & Williams, D. R. (2013). Evaluation of the UNREST questionnaire for testing the social resistance framework. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(7), 618-624. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201465>
- Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Editions du Seuil. <https://www.mollat.com/livres/6570/frantz-fanon-peau-noire-masques-blancs>
- Farmer, P., Kleinman, A., Kim, J., & Basilio, M. (2013). *Reimagining Global Health : An Introduction* (1re éd.). University of California Press.
- Felsman, P. (2019). *Improvisational Theater for Psychological Health* [Doctoral dissertation, University of Michigan].
- Felsman, P., Seifert, C. M., & Himle, J. A. (2019). The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001>

- Fiedler, M., Welpel, I., & Picot, A. (2008). Young researchers in the field of management: Assessing the relation between the work environment for creativity and job satisfaction, self-confidence, and publication productivity. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, Special issue" Economics and Management of Education, 91-113.
- Fillol, A., & Ridde, V. (2020). Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action: Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances, 4(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.2.15>
- Fitzpatrick, S. J. (2020). Epistemic Justice and the Struggle for Critical Suicide Literacy. *Social Epistemology*, 34(6), 555-565. <https://doi.org/10.1080/02691728.2020.1725921>
- Forman, L. (2015). The Ghost Is the Machine : How Can We Visibilize the Unseen Norms and Power of Global Health? Comment on « Navigating Between Stealth Advocacy and Unconscious Dogmatism: The Challenge of Researching the Norms, Politics and Power of Global Health ». *International Journal of Health Policy and Management*, 5(3), 197-199. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.206>
- Foucault. (1969). *L'Archéologie du savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1966). *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976a). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976b). *Histoire de la sexualité*. Editions Gallimard.
- Foucault, M. (1979). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France, 1978-1979*. Gallimard.
- Frankfurt, H. G. (2006). *De l'art de dire des conneries* (traduit par Sénécals D.). Fayard.
- Frega, R. (2013). L'épistémologie des dominés. *Critique*, n° 799(12), 978-991.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Fricker, M. (2010). Replies to Alcoff, Goldberg, and Hookway on Epistemic Injustice. *Episteme*, 7(2), 164-178. <https://doi.org/10.3366/E1742360010000894>
- Fuhrer, J., & Cova, F. (2020). "Quick and dirty": Intuitive cognitive style predicts trust in Didier Raoult and his hydroxychloroquine-based treatment against COVID-19. *Judgment & Decision Making*, 15(6). <https://doi.org/10.31234/osf.io/ju62p>
- Gautier, L., Sieleunou, I., & Kalolo, A. (2018). Deconstructing the notion of "global health research partnerships" across Northern and African contexts. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0280-7>
- Gaziano, C., & McGrath, K. (1986). Measuring the Concept of Credibility. *Journalism Quarterly*, 63(3), 451-462. <https://doi.org/10.1177/107769908606300301>
- Gecas, V. (1989). The Social Psychology of Self-Efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15(1), 291-316. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.15.080189.001451>
- Gedela, K. (2021). Undoing supremacy in global health will require more than decolonisation. *The Lancet*, 397(10279), 1058.

- Gewin, V. (2021). How to include Indigenous researchers and their knowledge. *Nature*, 589(7841), 315-317. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00022-1>
- Global Health 50/50. (2020). *The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities*. Global Health 50/50 initiative.
- Godrie, B., Boucher, M., Bissonnette, S., et al. (2020). Injustices épistémiques et recherche participative : Un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. *International Journal of Community Research and Engagement*, 13(1), 17.
- Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 7-31. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>
- Goffman, E. (1956). *La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi*. Les Editions de Minuit.
- Goldman, A. I., & Whitcomb, D. (2011). *Social epistemology : Essential readings*. Oxford University Press.
- Goldman, A., & O'Connor, C. (2019). Social Epistemology. In : Zalta E.N., *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/epistemology-social/>
- Goldman, A., & Whitcomb, D. (2011). *Social Epistemology : Essential Readings*. Oxford University Press.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., et al. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Grim, K., Tistad, M., Schön, U.-K., et al. (2019). The Legitimacy of User Knowledge in Decision-Making Processes in Mental Health Care : An Analysis of Epistemic Injustice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6(2), 157-173. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00145-9>
- Grosfoguel, R., & Cohen, J. (2012). Un dialogue décolonial sur les savoirs critiques entre Frantz Fanon et Boaventura de Sousa Santos. *Mouvements*, n° 72(4), 42-53.
- Guilbaud, A. (2015). Chapitre 3. L'ouverture de la santé mondiale aux acteurs marchands. Dans : Guilbaud A., *Business partners : Firmes privées et gouvernance mondiale de la santé* (pp. 87-114). Presses de Sciences Po.
- Hanefeld, J., & Walt, G. (2015). Knowledge and networks – key sources of power in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 119-121. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.25>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. (2003). *The Feminist Standpoint Theory Reader : Intellectual and Political Controversies*. Routledge.
- Haring, R., Kickbusch, I., Ganten, D., et al. (2021). *Handbook of Global Health*. Springer International Publishing. <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6613018>

- Harvey, D. (2007). Neoliberalism as Creative Destruction. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 610(1), 21-44. <https://doi.org/10.1177/0002716206296780>
- Heimer, C. A. (2018). The uses of disorder in negotiated information orders : Information leveraging and changing norms in global public health governance. *The British Journal of Sociology*, 69(4). <http://dx.doi.org/10.1111/1468-4446.12495>
- Hoffman, S. J., & Cole, C. B. (2018). Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Globalization and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
- Hookway, C. (2010). Some Varieties of Epistemic Injustice : Reflections on Fricker. *Episteme*, 7(2), 151-163. <https://doi.org/10.3366/E1742360010000882>
- Hovland, C. I., Janis, I. L., & Kelley, H. H. (1953). *Communication and persuasion; psychological studies of opinion change*. Yale University Press.
- Ijeoma, O. (2021, July 29). It's Time to Decolonize the Decolonization Movement. *Plos Blog* (Speaking of Medicine and Health). <https://speakingofmedicine.plos.org/2021/07/29/its-time-to-decolonize-the-decolonization-movement/>
- Jacobson, N. (2007). Social Epistemology : Theory for the “Fourth Wave” of Knowledge Transfer and Exchange Research. *Science Communication*, 29(1), 116-127. <https://doi.org/10.1177/1075547007305166>
- Jaffré, Y. (2018). Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. *Santé Publique*, HS(HS), 151-166. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0151>
- Jaycox, M. P. (2016). The Black Lives Matter Movement : Justice and Health Equity. *Health Progress*, 97(6), 42-47.
- Juignet, P. (2015, April 2). Michel Foucault et le concept d'épistémè. *Philosciences*. <https://philosciences.com/philosophie-generale/la-philosophie-et-sa-critique/10-michel-foucault-episteme>.
- Kalniga, J. D. M. (2017). L'encadrement scientifique au Cameroun. *Emulations-Revue de sciences sociales*, (21), 53-66.
- Kawachi, I., Daniels, N., & Robinson, D. E. (2005). Health disparities by race and class : Why both matter. *Health Affairs*, 24(2), 343-352. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.343>
- Keller, E. F. (1985). *Reflections on Gender and Science*. Yale University Press.
- Khoddam, H., Mehrdad, N., Peyrovi, H., et al. (2014). Knowledge translation in health care : A concept analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 98.
- Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic Injustice and Illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), 172-190. <https://doi.org/10.1111/japp.12172>
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., et al. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Kunseler, E.-M., Tuinstra, W., Vasileiadou, et al. (2015). The reflective futures practitioner : Balancing salience, credibility and legitimacy in generating foresight knowledge with stakeholders. *Futures*, 66, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2014.10.006>

- Kwok, C. (2020). Epistemic injustice in workplace hierarchies : Power, knowledge and status. *Philosophy & Social Criticism*, 0191453720961523. <https://doi.org/10.1177/0191453720961523>
- Kyratsous, M., & Sanati, A. (2017). Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 974-980. <https://doi.org/10.1111/jep.12609>
- Lapalme, J., Haines-Saah, R., & Frohlich, K. L. (2020). More than a buzzword : How intersectionality can advance social inequalities in health research. *Critical Public Health*, 30(4), 494-500. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1584271>
- Le devoir. (2020, May 19). Trump dit prendre de l'hydroxychloroquine à titre préventif. Le devoir. <https://www.ledevoir.com/monde/etats-unis/579151/donald-trump-prend-de-l-hydroxychloroquine>
- Latour, B. (2005). *La science en action : Introduction à la sociologie des sciences* (Nouvelle éd). La Découverte.
- Latour, B., Woolgar, S., & Biezunski, M. (1979). *La vie de laboratoire*. La Découverte.
- Lauer H. (2017, June 23-29). *How epistemic injustice in the global health arena undermines public health care delivery in Africa*. 25th International Congress of History of Science and 16 Technology, Rio de Janeiro.
- Lawson, M., Chan, M.-K., Rhodes, F., et al. (2019). *Public good or private wealth*. Oxfam. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620599/bp-public-good-or-private-wealth-210119-en.pdf>
- Lee, K., & Kamradt-Scott, A. (2014). The multiple meanings of global health governance : A call for conceptual clarity. *Globalization and Health*, 10, 28. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-28>
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality Disorder : The Patients Psychiatrists Dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), 44-49. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.44>
- Londoño, E., & Simões, M. (2020, june 13). Brazil President Embraces Unproven 'Cure' as Pandemic Surges. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/06/13/world/americas/virus-brazil-bolsonaro-chloroquine.html>
- Longair, H. (2017). *A Relationship Focused Approach to Epistemic Injustice in Global Development Theory and Practice* [Doctoral dissertation, Carleton University]. <https://curve.carleton.ca/3d936b3b-7055-4034-bbde-15ea2060a66b>
- Longino, H. E. (1990). *Science as Social Knowledge*. Princeton university press. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691020518/science-as-social-knowledge>
- Loua, S. (2012). *Efficacité interne de l'enseignement supérieur malien*. Université Lumière, Lyon.
- Löwenheim, O. (2008). Examining the state : A Foucauldian perspective on international « governance indicators ». *Third World Quarterly*, 29(2), 255-274. <http://dx.doi.org/10.1080/01436590701806814>

- Macfarlane, S. B., Jacobs, M., & Kaaya, E. E. (2008). In the Name of Global Health : Trends in Academic Institutions. *Journal of Public Health Policy*, 29(4), 383-401. <https://doi.org/10.1057/jphp.2008.25>
- Macphee, M. (2019). Hysterical Women: Pain Bias and Epistemic Injustice in Medicine. *Granite Journal*,3(2), 9.
- Makosso, B. (2006). La crise de l'enseignement supérieur en Afrique francophone : une analyse pour les cas du Burkina Faso, du Cameroun, du Congo, et de la Côte d'Ivoire. *Journal of Higher Education in Africa/Revue de l'enseignement supérieur en Afrique*, 69-86.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity : From root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- Mbonye, A. K., & Magnussen, P. (2013). Translating health research evidence into policy and practice in Uganda. *Malaria Journal*, 12(274).
- Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso : A mixed-method evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0388-8>
- McCroskey, J. C., Holdridge, W., & Toomb, J. K. (1974). An instrument for measuring the source credibility of basic speech communication instructors. *The Speech Teacher*, 23(1), 26-33. <https://doi.org/10.1080/03634527409378053>
- Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance: Gender and racial oppression, epistemic injustice, and the social imagination*. Oxford University Press. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001/acprof-9780199929023>
- Meghani, S. H., Byun, E., & Gallagher, R. M. (2012). Time to Take Stock : A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United States. *Pain Medicine*, 13(2), 150-174. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01310.x>
- Merry, S. E. (2016). Cultural Dimensions of Power/Knowledge : The Challenges of Measuring Violence against Women. *Sociologie Du Travail*, 58(4). <https://search.proquest.com/ibss/docview/1953363045/E25AFF29F94045DFPQ/228>
- Metzger, M. J. (2007). Making sense of credibility on the Web : Models for evaluating online information and recommendations for future research. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 58(13), 2078-2091. <https://doi.org/10.1002/asi.20672>
- Metzger, M. J., Flanagin, A. J., & Medders, R. B. (2010). Social and Heuristic Approaches to Credibility Evaluation Online. *Journal of Communication*, 60(3), 413-439. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2010.01488.x>
- Meyer, P. (1988). Defining and Measuring Credibility of Newspapers : Developing an Index. *Journalism Quarterly*, 65(3), 567-574. <https://doi.org/10.1177/107769908806500301>
- Micah, A. E., Cogswell, I. E., Cunningham, B., et al. (2021). Tracking development assistance for health and for COVID-19 : A review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990–2050. *The Lancet*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01258-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01258-7)

- Michalovich, A., & HersHKovitz, A. (2020). Assessing YouTube science news' credibility : The impact of web-search on the role of video, source, and user attributes. *Public Understanding of Science*, 0963662520905466. <https://doi.org/10.1177/0963662520905466>
- Moyi Okwaro, F., & Geissler, P. W. (2015). In/dependent Collaborations : Perceptions and Experiences of African Scientists in Transnational HIV Research. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 492-511. <https://doi.org/10.1111/maq.12206>
- Nay, O. (2014). International organisations and the production of hegemonic knowledge : How the World Bank and the OECD helped invent the fragile state concept. *Third World Quarterly*, 35(2), 210-231.
- Ndlovu-Gatsheni, S. J. (2018). *Epistemic Freedom in Africa : Deprovincialization and Decolonization*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429492204>
- Ndofirepi, A. (2017). African universities on a global ranking scale : Legitimation of knowledge hierarchies? *South African Journal of Higher Education*, 31(1). <https://doi.org/10.20853/31-1-1071>
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1-13.
- Nkoudou, T. H. M. (2016). Les injustices cognitives en Afrique subsaharienne : Réflexions sur les causes et les moyens de lutte. In : Piron F., *Justice cognitive, libre accès et savoirs locaux*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/justicecognitive1/chapter/les-injustices-cognitives-en-afrique-subsaharienne-reflexions-sur-les-causes-et-les-moyens-de-lutte/>
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., et al. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14, 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-2>
- Oliver, K., Lorenc, T., & Innv er, S. (2014). New directions in evidence-based policy research : A critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 12, 34. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-34>
- Oliver, K., & Pearce, W. (2017). Three lessons from evidence-based medicine and policy : Increase transparency, balance inputs and understand power. Palgrave Communications, 3(1), 43. <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0045-9>
- Olivier De Sardan, J. P., & Jaffr e, Y. (2003). *Une médecine inhospitali re : Les difficiles relations entre soignants et soign s dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.
- Olusanya, B. O. (2021). Systemic racism in global health : A personal reflection. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1051-e1052. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00147-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00147-9)
- Ongolo-Zogo, P., Lavis, J. N., Tomson, G., & Sewankambo, N. K. (2015). Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms : A structured review of governmental policy documents. *Health Research Policy and Systems*, 13, 2. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-13-2>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Combl r le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. OMS.

- Ouattara, F., & Ridde, V. (2013). Expériences connues, vécues... mais rarement écrites : À propos des relations de partenariat Nord-Sud. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 231-246. <https://doi.org/10.7202/1020832ar>
- Parkhurst, J. O. (2017). *The politics of evidence : From evidence-based policy to the good governance of evidence*. Routledge.
- Passeron, J.-C., & Bourdieu, P. (1964). *Les héritiers : Les étudiants et la culture*. Les Editions de Minuit.
- Paul, E., Brown, G. W., et Ridde, V. (2020). COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ global health*, 5(4).
- Paul, E., Deville, C., Bodson, O., et al. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Peiretti-Courtis, D. (2021). *Corps noirs et médecins blancs*. La Découverte.
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2019). Lazy, not biased : Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. *Cognition*, 188, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.06.011>
- Piketty, T. (2013). *Le capital au XXIe siècle*. Éditions du Seuil.
- Piketty, T. (2021, feb 16). Le temps de la justice sociale. *Le monde*. <https://www.lemonde.fr/blog/piketty/2021/02/16/le-temps-de-la-justice-sociale/>
- Piron, F. (2018). Justice et injustice cognitives : De l'épistémologie à la matérialité des savoirs humains. In : Tremblay, É., & Dorcé, R., *Les Classiques des sciences sociales : 25 ans de partage des savoirs dans la francophonie*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/classiques25ans/chapter/justice-et-injustice-cognitives/>
- Plamondon, K. M. (2020). A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*, 20(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8324-6>
- Plamondon KM, Brisbois B, Dubent L, et al. (2021). Assessing How Global Health Partnerships Function: An equity-informed critical interpretive synthesis. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-207571/v1>
- Plamondon, K. M., & Pemberton, J. (2019). Blending integrated knowledge translation with global health governance : An approach for advancing action on a wicked problem. *Health Research Policy and Systems*, 17(24). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0424-3>
- Quashie, H. (2015). La « blanchité » au miroir de l'africanité. Migrations et constructions sociales urbaines d'une assignation identitaire peu explorée (Dakar). *Cahiers d'études africaines*, 220, 761-786. <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.18293>
- Quashie, H. (2018). Au-delà de la vitrine académique. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(4), 645-680.
- Quashie, H. (2019). L'expatriation de la recherche française en Afrique subsaharienne : Distinctions raciales et épistémologies scientifiques (Sénégal, Madagascar, Bénin). *Histoire de la recherche contemporaine*, 8(2), 208-229. <https://doi.org/10.4000/hrc.3717>

- Quijano, A. (2000). Coloniality of Power and Eurocentrism in Latin America. *International Sociology*, 15(2), 215–232. <https://doi.org/10.1177/0268580900015002005>
- Reñosa, M. D. C., Landicho, J., Wachinger, J., et al. (2021). Nudging toward vaccination : A systematic review. *BMJ Global Health*, 6(9), e006237. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006237>
- Ridde, V. (2021). *Une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
- Ridde, V. (2008). « The problem of the worst-off is dealt with after all other issues » : The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1368-1378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.026>
- Ridde, V., & Ba, M. P. (2020). La pandémie du Covid-19 vue d’Afrique. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. <https://aoc.media/analyse/2020/04/26/la-pandemie-du-covid-19-vue-dafrique/>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2017). What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*, 2(4), e000432. <https://doi.org/courat>
- Ridde, V. & Hane F. (2021). Universal health coverage: the roof has been leaking for far too long. *BMJ Global Health* 2021;6:e008152.
- Ridde, V., Dagenais, C., & Daigneault, I. (2019). It’s time to address sexual violence in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(2), e001616. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001616>
- Ridde, V., & Fillol, A. (2021). Santé Mondiale. *Anthropen*. <https://doi.org/10.47854/anthropen.vi0.51161>
- Rinschbergh, F. (2021). « Tiens, ça n’arrive pas qu’à moi ! » Revalorisation identitaire individuelle et collective en atelier-théâtre. In : B. Godrie, M. Dos Santos, S. Lemaire, *Lucidités subversives. Dialogues entre savoirs et disciplines sur les injustices épistémiques*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/luciditessubversives/front-matter/introduction/>
- Rodin, J., & de Ferranti, D. (2012). Universal health coverage : The third global health transition? *The Lancet*, 380(9845), 861-862. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3)
- Rowley, J. (2007). The wisdom hierarchy : Representations of the DIKW hierarchy. *Journal of Information Science*, 33(2), 163-180. <https://doi.org/10.1177/0165551506070706>
- Rushton, S., & Williams, O. D. (2012). Frames, Paradigms and Power : Global Health Policy-Making under Neoliberalism. *Global Society*, 26(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/13600826.2012.656266>
- Sabatier, P. A. (1998). The advocacy coalition framework : Revisions and relevance for Europe. *Journal of European Public Policy*, 5(1), 98-130. <https://doi.org/10.1080/13501768880000051>
- Santos, B de S. (2007). Beyond Abyssal Thinking : From Global Lines to Ecologies of Knowledges. *Review (Fernand Braudel Center)*, 30(1), 45-89.
- Santos, B de S. (2011). Epistémologies du Sud. *Études rurales*, 187, 21-49.

- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0699-3>
- Scheff, T. J. (1975). *Labeling madness*. Prentice-Hall.
- Schrecker, T. (2016). Neoliberalism and Health : The Linkages and the Dangers. *Sociology Compass*, 10(10), 952-971. <https://doi.org/10.1111/soc4.12408>
- Scott, J. C. (1985). *Weapons of the weak : Everyday forms of peasant resistance*. Yale University Press.
- Sell, S. K., & Williams, O. D. (2020). Health under capitalism : A global political economy of structural pathogenesis. *Review of International Political Economy*, 27(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1659842>
- Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Seuil.
- Sen, A. (2015, jan 6). Universal healthcare: The affordable dream. *The Guardian*. <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>
- Shaxson, L., Bielak, A., Ahmed, I., et al. (2012, April). Expanding our understanding of K* (Kt, KE, Ktt, KMb, KB, KM, etc.) : a concept paper emerging from the K* conference held in Hamilton. Knowledge Technology and Innovation, Hamilton.
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, Moral Claims, and the Exercise of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297-299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
- Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations : A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497-499. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.104>
- Shroff, Z., Aulakh, B., Gilson, et al. (2015). Incorporating research evidence into decision-making processes : Researcher and decision-maker perceptions from five low- and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 13(70).
- Solomon, M. (2006). Norms of Epistemic Diversity. *Episteme*, 3(1-2), 23-36. doi:10.3366/epi.2006.3.1-2.23
- Sosoo, E. E., Bernard, D. L., & Neblett Jr., E. W. (2019). The influence of internalized racism on the relationship between discrimination and anxiety. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 26(4), 570. <https://doi.org/10.1037/cdp0000320>
- Soumaré, M. (2020, may 30). L'hydroxychloroquine toujours plébiscitée en Afrique, malgré les controverses. *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/990170/societe/lhydroxychloroquine-toujours-plebiscitee-en-afrique-malgre-les-controverses/>
- Spinoza, B. (1677). *Éthique*. Gallimard.
- Suárez-Herrera, J. C., & Blain, M.-J. (2012). *La recherche en santé mondiale : Perspectives socio-anthropologiques*. Association francophone pour le savoir-Acfas.

- Sugiyama, K., & Meyer, B. (2008). Knowledge process analysis : Framework and experience. *Journal of Systems Science and Systems Engineering*, 17(1), 86-108. <https://doi.org/10.1007/s11518-008-5069-7>
- Stein F. (2021). Risky business: COVAX and the financialization of global vaccine equity. *Globalization and health*, 17(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00763-8>
- Sturmberg, J., Paul, E., Van Damme, W., et al. (2021). The danger of the single storyline obfuscating the complexities of managing SARS-CoV-2/COVID-19. *Journal of evaluation in clinical practice*, 10. <https://doi.org/10.1111/jep.13640>
- Taylor, P., & Braddock, R. (2007). International University Ranking Systems and the Idea of University Excellence. *Journal of Higher Education Policy and Management*, 29(3), 245-260. <https://doi.org/10.1080/13600800701457855>
- Tichenor, M. (2020). *Metrics*. Cambridge Encyclopedia of Anthropology. <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/metrics>
- Tremblay, M.-C., & Parent, A.-A. (2014). Reflexivity in PHIR : Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne De Sante Publique*, 105(3), e221-223.
- Troude-Chastenet, P. (2018). Fake news et post-vérité. De l'extension de la propagande au Royaume-Uni, aux États-Unis et en France. *Quaderni*, 96(2), 87-101.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). *The New Public Health*. Academic Press.
- Umeogu, B. (2012). Source Credibility: A Philosophical Analysis. *Open Journal of Philosophy*, 02(02), 112-115. <https://doi.org/10.4236/ojpp.2012.22017>
- Uneke, C. J., Ezeoha, A. E., Ndukwe, et al. (2012). Promotion of evidence-informed health policymaking in Nigeria : Bridging the gap between researchers and policymakers. *Global Public Health*, 7(7), 750-765. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.666255>
- Velin, L., Lartigue, J.-W., Johnson, S. A., et al. (2021). Conference equity in global health : A systematic review of factors impacting LMIC representation at global health conferences. *BMJ Global Health*, 6(1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>
- Visvanathan, S. (2016). La quête de justice cognitive. In : Piron F., *Justice cognitive, libre accès et savoirs locaux*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/justicecognitive1/chapter/les-injustices-cognitives-en-afrique-subsaharienne-reflexions-sur-les-causes-et-les-moyens-de-lutte/>
- Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146-1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- Vuillemin, J.-C. (2012). Réflexions sur l'épistémè foucauldienne. *Cahiers philosophiques*, 130(3), 39-50.
- Walker, M. (2019). Defending the Need for a Foundational Epistemic Capability in Education. *Journal of Human Development and Capabilities*, 20(2), 218-232. <https://doi.org/10.1080/19452829.2018.1536695>
- Waq, G., Mavo, H., Snowdon, et al. (2013). Participants' perceptions of a knowledge-brokering strategy to facilitate evidence-informed policy-making in Fiji. *BMC Public Health*, 13, 725. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-725>

- Wardrope, A. (2015). Medicalization and epistemic injustice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(3), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9608-3>
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public administration review*, 39(5), 426-431.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2013). Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1152-1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
- Wilson, S., Svalastog, A. L., Gaski, H., et al. (2020). Double perspective narrating time, life and health. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 16(2), 137-145. <https://doi.org/10.1177/1177180120920774>
- Winslow, C. E. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- Yamey, G., & Feachem, R. (2011). Evidence-based policymaking in global health—The payoffs and pitfalls. *Evidence-Based Medicine*, 16(4), 97-99. <https://doi.org/10.1136/ebm.2011.100060>
- Yoon, S. (2010). Ideas, institutions, and interests in the global governance of epidemics in Asia. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1010539510373131>
- Young, I. M. (2010). *Responsibility for Justice*. Oxford University Press.
- Zapp, M. (2017). The World Bank and Education: Governing (through) knowledge. *International Journal of Educational Development*, 53, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2016.11.007>
- Zelenski, A. B., Saldivar, N., Park, L. S., et al. (2020). Interprofessional Improv : Using Theater Techniques to Teach Health Professions Students Empathy in Teams. *Academic Medicine*, 95(8), 1210-1214. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003420>

9 Annexes

Annexe 1 : Liste des critères d'exclusion

Processus d'exclusion/inclusion (Résumé/Titre) : n=196

- Ne traite pas de la gouvernance globale (n=88) : Ne concerne pas la gouvernance globale comme définie dans la méthode (traite de structures nationales sans influence internationale, relation bilatérale, niveau fédéral ou régional, traite uniquement un aspect administratif/organisationnel)
- Ne traite pas des connaissances ou stockage de l'information (n=39) : Ne concerne pas les connaissances telles que définies ou bien elles ne sont pas au centre de préoccupation du document (ex. : concerne les opinions d'un groupe sur un sujet, mais pas leur utilisation/production/dissémination, traite de la place de la société civile/ONG, mais pas de leurs connaissances, explique le processus démocratique sans parler des connaissances). Ou du stockage en ligne des données (dont plateformes internet)
- Traite d'un aspect du processus politique (n=28) : Traite de *decision making/policy making*, de la construction sociale d'un problème politique/mise à l'agenda, des idées, des discours ou des normes, mais pas de la place des connaissances explicites ou tacites dans ces processus
- Comprend les deux sujets, mais aucun n'est vraiment au centre de la problématique (n=10)
- Autre (n=31) : erreur (ex. : légitimation d'une structure, mais aucun lien avec connaissances), centré sur les enseignants, traite des réseaux, mise à l'agenda de la gouvernance

Annexe 2 : Description des textes retenus

Titre, auteur	Problématique/objectif	Théorie / Discipline / Concepts
Organisations internationales		
<p>1 The OECD and the Expansion of PISA: New Global Modes of Governance in Education Sellar et Lingard, 2013</p>	<p>PISA est l'un des produits de l'OCDE connaissant le plus de succès et lui permettant d'exercer une influence dans le domaine de l'éducation. La demande d'expertise technique des organisations internationales a élargi la « boîte à outils des mécanismes de la gouvernance ». L'OCDE a défini ce qui comptait et l'a étendu à un nombre de pays encore plus important. Cela a créé de nouveaux modes de gouvernance épistémique et infrastructurelle pour l'OCDE dans l'éducation.</p>	<p><u>GG*</u> : Gouvernance globale cognitive, normative, légale, palliative et épistémique et infrastructurelle de l'OCDE <u>K**</u> : PISA</p>
<p>2 Golden Relics & Historical Standards: How the OECD is Expanding Global Education Governance through PISA for Development Addey, 2017</p>	<p>Le texte vise à observer comment l'OCDE renforce sa gouvernance globale en étendant l'espace de ce qui est mesurable dans l'éducation et en y intégrant le programme PISA. Il y a une volonté d'étendre des standards au niveau global, car considérés comme les « étalons d'or », mais finalement ces standards sont considérés comme tels seulement, car l'organisation qui les produit (OCDE) est une organisation « or » avec une grande autorité. L'OCDE a créé une gouvernance globale infrastructurelle et épistémologique en alignant ou se substituant aux systèmes d'évaluation nationaux. C'est un alignement des manières de penser et d'agir en éducation.</p>	<p>Sociologie de la quantification <u>GG</u> : Gouvernance globale infrastructurelle et épistémologique de l'OCDE <u>K</u> : PISA et PISA-D</p>
<p>3 The World Bank and Education: Governing (through) knowledge Zapp, 2017</p>	<p>Le texte vise à étudier comment la Banque mondiale participe et domine la gouvernance globale en éducation, notamment depuis son « <i>knowledge turn</i> ».</p>	<p><u>GG</u> : Mécanismes de la gouvernance de la Banque mondiale qui peuvent se décliner en coercitif/régulatif, normatif, cognitif/épistémique. gouvernance <i>hard/soft</i> <u>K</u> : Les pratiques / activités autour des connaissances, c'est-à-dire production, gestion et transmission</p>
<p>4 The legitimization of OECD's global educational governance: examining PISA and AHELO test production Morgan et Shahjahan, 2014</p>	<p>Le texte vise à montrer que l'OCDE gagne de l'influence dans la façon de gouverner l'éducation, car elle déploie des mécanismes de gouvernance éducative pour informer de « ce qui compte ».</p>	<p>Institutionnalisme sociologique et « <i>policy transfer</i> » <u>GG</u> : Mécanismes de gouvernance globale de l'OCDE <u>K</u> : PISA et AHELO</p>

<p>5 Standardizing and disseminating knowledge: the role of the OECD in global governance</p> <p>Mahon et McBride, 2009</p>	<p>Les activités de production, de légitimation et d'application des connaissances sont des processus litigieux, car la connaissance est associée au pouvoir. Ainsi, une organisation telle que l'OCDE qui crée, synthétise, légitime et dissémine les connaissances considérées comme utiles au niveau global joue un rôle émergent dans la gouvernance globale. L'OCDE a été la pionnière dans cette régulation globale par l'influence par le biais de programmes tels que PISA.</p>	<p><u>GG</u> : Système avec modes de régulation de la gouvernance globale (inquisitif ou médiatif), pouvoir <u>K</u> : Les pratiques/activités autour des connaissances (étude de cas PISA)</p>
<p>6 Democratization, international knowledge institutions, and global governance</p> <p>Miller, 2007</p>	<p>L'auteur fait une démonstration de la manière dont les connaissances sont des sources de pouvoir significatives dans la société globale. Il pense qu'il faut davantage étudier les procédés par lesquels les institutions internationales produisent et valident les connaissances, comment elles traduisent leur expertise en pouvoir et autorité. Il faut étudier autant le « <i>knowledge-making</i> » que le « <i>policy-making</i> ».</p>	<p>Relations internationales <u>GG</u> : L'exercice du pouvoir, légitimité démocratique et redevabilité, autorité <u>K</u> : « <i>Knowledge-making</i> »</p>
<p>Technologies</p>		
<p>7 After decision-making: the operationalization of norms in International Relations</p> <p>Huelss, 2017</p>	<p>Ce texte vise à étudier comment les technologies de la gouvernance, qui sont définies comme les chiffres, les indicateurs ne permettent pas seulement de traduire des rationalités en pratique. Elles construisent leur normativité. L'exemple utilisé pour illustrer est celui des politiques des droits humains dans l'Union Européenne.</p>	<p>Théorie de la gouvernementalité (Foucault) / relations internationales <u>GG</u> : Moyen pour gouverner, transformer la société / gouvernance technique <u>K</u> : Indicateurs</p>
<p>8 Indicators as a Technology of Global Governance</p> <p>Davis, Kingsbury et Merry, 2012</p>		<p><u>GG</u> : Moyens pour réguler personnes et ressources, un processus, des mécanismes, des technologies de la gouvernance / <u>K</u> : Indicateurs</p>
<p>9 Examining the State: a Foucauldian perspective on international 'governance indicators'</p> <p>Löwenheim, 2008</p>	<p>Pour l'auteur, les indicateurs de la gouvernance constituent un système d'examen qui établit et/ou réaffirme des structures de hiérarchie et d'autorité dans le système international. Le lien entre les connaissances et le pouvoir est fort. Les examens internationaux ne sont pas juste un service pour les gouvernements ou les commissions, ils sont ancrés dans un système de pouvoir et de domination et le renforcent.</p>	<p>Théorie de la gouvernementalité (Foucault) / relations internationales <u>GG</u> : gouvernance en tant que capacités/performance, idée de bonne gouvernance / gouvernance technique <u>K</u> : Indicateurs quantitatifs</p>
<p>10 Full faith in credit? The power of numbers in rating frontier sovereigns and the global</p>	<p>L'auteur étudie le système de notation de crédit des États mis en place par les Nations Unies. Il explique que cet appui sur les nombres, s'il n'est pas nouveau, donne une tournure particulière à la gouvernance globale. La gouvernance globale est ainsi tournée vers la facilitation des transactions économiques plutôt que vers</p>	<p>Théorie de la gouvernementalité (Foucault) / relations internationales</p>

<p>governance of development by the UNDP</p> <p>Muhlen-Schulte, 2012</p>	<p>l'appui aux pays. Les chiffres ne sont pas neutres et s'appuient sur une rationalité spécifique, celle du développement du système capitaliste.</p>	<p><u>GG</u> : Développement multilatéral, atteinte de biens publics (peu défini), des technologies de la gouvernance <u>K</u> : Indicateurs quantitatifs</p>
<p>11 Cultural Dimensions of Power/Knowledge: The Challenges of Measuring Violence against Women</p> <p>Merry, 2016</p>	<p>Le document vise à comprendre comment les technologies de mesures et de catégorisation façonnent les connaissances et comment ces connaissances sont utilisées dans la gouvernance. L'hypothèse de l'auteure est que le pouvoir lié à la connaissance (pour sa production) façonne également les « patterns » de la gouvernance. La gouvernance internationale est un type de gouvernance parmi d'autres. Il existe plusieurs types de gouvernances émergentes (comme « <i>evidence-based</i> », le « <i>management-based</i> », etc.) qui sont basées sur les mesures et le « comptage ». Elles nécessitent la catégorisation, l'arrangement, la hiérarchisation.</p>	<p><u>GG</u> : Résoudre des problèmes (violence femmes) <u>K</u> : Indicateurs quantitatifs</p>
<p>Connaissances et décisions/actions</p>		
<p>12 The Wisdom of the Many in Global Governance: An Epistemic-Democratic Defense of Diversity and Inclusion</p> <p>Stevenson, 2016</p>	<p>L'auteure a pour objectif de proposer des solutions pour démocratiser la gouvernance globale. Elle a développé un cadre épistémique-démocratique pour évaluer les institutions politiques et basé sur trois principes pour augmenter les chances de prendre les bonnes décisions : axer les actions sur le développement humain afin d'augmenter la possibilité de participation de chacun, augmenter la diversité interne cognitive, et augmenter les opportunités publiques pour partager les connaissances objectives et subjectives.</p>	<p><u>GG</u> : Système de règles, de structure de processus qui façonnent les problèmes et solutions communes, donne lieu à des décisions <u>K</u> : Participation / démocratie épistémique (participation de tous aux activités de production, utilisation des connaissances pour les décisions)</p>
<p>13 Between efficiency, capability and recognition: competing epistemes in global governance reforms</p> <p>Chan, 2007</p>	<p>L'auteure analyse la place des valeurs, des pré-idées dans les systèmes de pensées (marché, droits humains, etc.) qui guident et dominent les décisions des réformes de la gouvernance globale. Elle étudie ces réformes comme des sites de contestation entre différentes « vérités ».</p>	<p>Théories de la justice sociale Sciences de l'éducation <u>GG</u> : Réformes des institutions de la gouvernance globale afin de résoudre des problèmes communs <u>K</u> : Épistémès (systèmes de vérité)</p>
<p>14 Knowledge in power: the epistemic construction of global governance</p> <p>Adler et Bernstein, 2004</p>	<p>Comprendre les bases constitutives de la gouvernance globale. Ces bases sont les capacités matérielles, les connaissances, la légitimité et la justice qui sont guidées par l'autorité, les « bonnes » pratiques, la validité épistémique et la raison pratique. Le pouvoir dans la gouvernance globale n'est pas uniquement matériel, il passe surtout par les systèmes de pensée, les épistémès alliés à ces capacités matérielles.</p>	<p><u>GG</u> : Manière d'ordonner les « choses globales », très liée à la notion de pouvoir / <u>K</u> : Épistémès, validité épistémique</p>

<p>15 Epistemic Subsidiarity – Coexistence, Cosmopolitanism, Constitutionalism Jasanoff, 2013</p>	<p>Comparaison de trois formes de subsidiarités épistémique dans trois contextes nationaux pour penser l’harmonisation des standards de risques internationaux. Ces standards dépendent des incertitudes politiques et technoscientifiques. Comment les différents cadres de « <i>public reasoning</i> »* qui sous-tendent la gouvernance internationale du risque peuvent se rencontrer, se faire opposition ou s’assembler. Comparaison des designs internationaux adoptés par les États pour le « <i>public reasoning</i> », qui impliquent les règles tacites et explicites pour produire les données probantes, solliciter les avis des experts, et garantir la voix du public. * <i>that is, how policy-relevant knowledge is generated, how it is evaluated for policy purposes, how scientific disputes are resolved, and how lay publics are engaged in decision-making</i> (.</p>	<p><u>GG</u> : Faits et valeurs utilisés pour définir des normes <u>K</u> : Subsidiarité épistémiques</p>
<p>16 Evidence-based medicine and the governance of pandemic influenza Kamradt-Scott, 2012</p>	<p>L’auteur étudie la manière dont la gouvernance globale a répondu aux différentes pandémies de grippe. Il observe que les réponses sont biomédicales et ne correspondent pas toujours aux besoins des pays et que la propagation du mouvement « <i>evidence-based médecine</i> » renforce ces réponses inadaptées.</p>	<p><u>GG</u> : Réponse aux pandémies <u>K</u> : Types de connaissances utilisées</p>
<p>17 Scientized politics and global governance in the cotton trade: evaluating divergent theories of scientization Quark, 2012</p>	<p>L’auteure étudie la manière dont les décisions politiques sont de plus en plus « scientisées ». Elle observe trois approches pour étudier cette scientisation des décisions : l’approche de la politique mondiale (<i>world polity approach</i>), l’approche des systèmes mondiaux (<i>world-systems approach</i>) et la sociologie politique des sciences (<i>political sociology of science</i>).</p>	<p><u>GG</u> : Arrangements de la gouvernance globale et décisions politiques <u>K</u> : Science et utilisation dans les décisions</p>
<p>18 Blending integrated knowledge translation with global health governance: an approach for advancing action on a wicked problem Plamondon et Pemberton, 2019</p>	<p>Alimenter les étapes de l’IKT (<i>integrated knowledge translation</i>) avec les caractéristiques de la GHG (<i>global health governance</i>).</p>	<p><u>GG</u> : Système polycentrique de prise de décision collective <u>K</u> : Transfert de connaissances intégré</p>
<p>19 Science diplomacy and transnational governance impact Legrand et Stone, 2018</p>	<p>Des coalitions d’acteur·rices sont créés pour répondre à des pathologies globales, ce qui crée de nouveaux réseaux d’influence. La diplomatie scientifique vise à développer les impacts de la science à travers ces nouveaux réseaux.</p>	<p><u>GG</u> : Structures, processus de la gouvernance globale <u>K</u> : Diplomatie scientifique</p>
<p>Rôle des acteur·rices et des réseaux d’acteur·rices</p>		
<p>20 Producing the Climate: States, Scientists, and the Constitution of Global Governance Objects</p>	<p>Comprendre la construction des objets de la gouvernance globale grâce à l’étude de la construction des problèmes à travers l’analyse de la coproduction entre la création des connaissances et la création de l’ordre politique et social.</p>	<p><u>GG</u> : Un cycle pour construire/résoudre des problèmes / <u>K</u> :</p>

Allan, 2017		roduction/construction des connaissances
21 Constructing credibility: using technoscience to legitimate strategies in agrifood governance Bain <i>et al.</i> , 2010	Comprendre comment les normes sont créées et légitimées et comment les « <i>standards makers</i> » utilisent les discours scientifiques pour étendre leur capacité et limiter la capacité des autres pour refaçonner les relations sociales, politiques, naturelles et économiques. Ceux qui font les "standards", qui deviennent crédibles s'appuient sur des normes technoscientifiques et des valeurs pour établir la crédibilité des standards et de leur autorité. Gouvernance globale agroalimentaire façonnée par paradigme technoscientifique qui dit que tous les problèmes peuvent être résolus par des approches modernes/rationnelles/réductionnistes. Explique comment les stratégies de la gouvernance sont légitimées.	<u>GG</u> : Multiples acteur·rices, pratiques, institutions, et leurs interactions pour réguler le secteur agroalimentaire <u>K</u> : Utilisation des connaissances pour légitimer des décisions
22 The Power of Legitimation: The Role of Expert Networks in Global Environmental Governance Rousselin, 2016	Étudier le rôle de l'expertise dans l'implantation des normes internationales. Le processus de définition des normes est caractérisé par la production, l'articulation et la contestation des revendications de connaissances de différentes sources.	<u>GG</u> : Contexte, moyen de réguler un secteur <u>K</u> : Experts et sources de connaissances
23 Agri-food governance and expertise: the production of international food standards Lee, 2009	Discute la place des communautés épistémiques dans la mise en place des indicateurs dans l'organisation internationale. Importance de la contestation.	<u>GG</u> : Régulation d'un secteur <u>K</u> : Experts et communautés épistémiques
24 The uses of disorder in negotiated information orders: information leveraging and changing norms in global public health governance Heimer, 2018	Analyser comment les informations sont diffusées selon un ordre négocié (priorité donnée) qui dépend de la façon dont sont fournies et considérées les informations par et dans les organisations de la gouvernance globale. Comprendre comment certaines « non-informations » peuvent influencer ce qui sera considérée comme une information socialement suffisante et la façon dont les normes globales se réalignent en fonction.	<u>GG</u> : Ensemble d'organisations avec des enjeux de pouvoir qui intervient pour gérer une crise sanitaire <u>K</u> : Différents types de connaissances, processus de légitimation, réseaux sociaux (outils de diffusion)
25 Global governance and ICTs: exploring online governance networks around gender and media Padovani et Pavan, 2016	Les auteures ont étudié comment, sur les médias en ligne, les acteur·rices influençaient les problèmes et les enjeux en ce qui concerne le genre. Elles ont observé différents types de pouvoir qui reflètent divers modes d'engagement des acteur·rices. Les médias en ligne permettent de modifier les rapports de pouvoir entre les acteur·rices.	<u>GG</u> : Processus de la gouvernance comme les principes, les idées, les tendances et les normes, dimension communicative de la gouvernance <u>K</u> : Technologies d'informations et de la communication (TIC)

*GG = Gouvernance globale (*Global governance*)

**K= Connaissances (*Knowledge*)

Annexe 3 : Certificat d'approbation du comité d'éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

17 juin 2020

Objet: Certificat d'approbation éthique - Renouvellement

Mme Amandine Fillol,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au Comité tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Insaf Salem Fourati
Responsable de l'évaluation éthique continue
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Valéry Ridde, professeur associé, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive
Christian Dagenais, professeur titulaire, Faculté des arts et sciences - Département de psychologie
p.j. Certificat #CERES-18-127-D(1)

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
- Renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Étude du transfert de connaissance en santé mondiale
Étudiante requérante	Amandine Fillol , Candidate au Ph.D. en santé publique, École de santé publique -Département de médecine sociale et préventive
Sous la direction de:	Valéry Ridde, professeur associé, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal & Christian Dagenais, professeur titulaire, Faculté des arts et sciences - Département de psychologie, Université de Montréal.
Modifications depuis l'approbation initiale :	Modification au protocole de recherche (modification du titre du projet; du terrain de l'étude (retrait du Niger), reformulation des objectifs de recherche); Modifications aux outils de recrutement et de collecte des données); Modification à l'équipe de recherche (retrait de M. Mahaman Moha) ; Modification aux formulaires d'information et de consentement (17 juin 2020)

Financement	
Organisme	Agence française de développement
Programme	Initiative santé Sahel (I3S)
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	C20180104
Chercheur principal	Annabel Desgrées du Loû
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité. Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

Insaf Salem Fourati Responsable de l'évaluation éthique continue Pour le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) Université de Montréal	17 juin 2020	1er juillet 2021
	Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi
	23 octobre 2018	1er juillet 2021
	Date du certificat initial	Date de fin de validité

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

FORMULAIRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE
Étude du transfert de connaissance en santé mondiale

Etudiant-Chercheuse **Amandine Fillol**
Etudiant en doctorat
Ecole de santé publique de l'université de Montréal – CANADA,
Département de médecine sociale et préventive

Sous la direction de **Valéry Ridde**
Directeur de recherche,
Centre population et développement, Institut de recherche pour le
développement (France)
Directeur de recherche en santé publique et investigateur principal
du projet « Unissahel »

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou que vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez contacter :

Fillol Amandine, Etudiante-chercheur, Ecole de santé publique de l'université de Montréal,
7101, avenue du Parc, 3^e étage, Montréal (Québec), H3N 1X9,

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) : ceres@umontreal.ca, Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604,

Site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Objectif du projet

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un doctorat en santé publique, option santé mondiale, à l'Université de Montréal. Il vise à comprendre comment la production, le transfert et l'utilisation des connaissances « explicites », c'est-à-dire les connaissances issues de la recherche, des évaluations, des données administratives ou toute autre connaissance de type formel peut influencer la manière de gouverner au niveau mondial, autrement dit comment elle peut influencer la gouvernance de la santé mondiale et réciproquement.

Raison, nature et conditions de la participation

Votre participation à ce projet sera requise à une reprise. Il s'agira de participer à un entretien avec un ou plusieurs des chercheurs responsables du projet, selon vos disponibilités et vos envies. Les questions durant l'entretien concerneront à la fois vos missions, votre rôle dans le processus de transfert de connaissances du projet Unissahel, et la perception que vous avez au sujet des connaissances explicites. La durée attendue de l'entretien est de 50 minutes mais il se peut que cela soit plus long. Il vous sera demandé si vous êtes d'accord pour que l'entretien soit enregistré. Vous pouvez refuser. Il se peut que vous soyez contacté à nouveau afin de participer à un deuxième entretien.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation

L'équipe de recherche est d'avis que la participation à ce projet de recherche comporte peu de risque pour vous. En revanche, il est possible que vous sentiez des inconvénients. Vous pouvez vous sentir gêné de répondre à certaines questions ou vous pouvez ne pas avoir envie de répondre à certaines questions.

Avantages et bénéfices de la participation

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la gouvernance mondiale et la production, le transfert et l'utilisation des connaissances explicites en santé mondiale.

Compensation financière

Il n'y aura pas de compensation matérielle pour la participation.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que ses collègues recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, genre, fonction. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels, et seul l'étudiante chercheuse, son directeur et les chercheurs/assistants de recherche associés à ce projet y auront accès. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code et tous les éléments permettant de vous identifier seront ôtés lors des rapports et publications. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Les données seront conservées pour une durée minimum de 7 ans de façon numérique. A partir de cette date, les versions numériques seront supprimées.

Retour des résultats

Une restitution des résultats des entretiens réalisés vous sera proposée de manière collective (en présentiel ou par voie numérique). Dans tous les cas, les informations seront anonymes. Des articles scientifiques seront rédigés ainsi que des notes de politiques. Elles vous seront diffusées.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Déclaration du participant

**A REECRIRE DANS LA REPONSE PAR COURRIEL, QUI VAUDRA POUR
CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE**

« J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées ».

**OU IL EST POSSIBLE DE NOTIFIER LE CONSENTEMENT PAR VOIE ORALE
LORS DE L'ENTRETIEN. L'ETUDIANTE-CHERCHEURSE NOTERA ICI-MEME LA
MENTION DE CE CONSENTEMENT.**

Engagement de l'étudiante chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom de l'étudiant-chercheuse

AMANDINE FILLOL

Signature de l'étudiante-chercheuse

Date : 05 Mai 2020

Annexe 5 : Formulaires d'information et de consentement (Article 4, Objectif 3)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (1ERE PARTIE, AVANT ETUDE)

Déroulement de l'étude

Vous allez participer à une étude en santé mondiale. Dans un premier temps, il vous sera demandé de vous présenter puis vous allez lire un document sur l'efficacité des mesures de confinement pour les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes. Après votre lecture, il vous sera demandé de remplir un questionnaire.

Formulaire d'information et de consentement

Durant votre participation à cette étude, les données recueillies sont consignées dans un dossier numérique protégé par mot de passe. Tous les renseignements recueillis demeurent strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Les données seront conservées pour une durée minimum de 7 ans dans les dossiers numériques. A partir de cette date, les versions numériques seront supprimées.

Avantages et bénéfices de la participation

En participant à cette étude, vous pouvez contribuer à l'avancement des connaissances sur le transfert de connaissances en santé mondiale.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation

L'équipe de recherche est d'avis que la participation à cette étude comporte peu de risque pour vous. En revanche, il est possible que vous sentiez des inconvénients. Vous pouvez vous sentir gêné(e) ou trompé(e). Si c'est le cas, vous pouvez refuser que vos données soient utilisées en contactant la personne ressource mentionnée à la fin du questionnaire. Vos réponses seront automatiquement supprimées. Les données sont absolument confidentielles.

Compensation financière

Il n'y a pas de compensation pour votre participation.

Retour des résultats

Les informations récoltées seront anonymes. Des articles scientifiques seront rédigés ainsi que des notes de politique.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de refuser que vos données soient utilisées, sans avoir à donner de raison. Une personne ressources est mentionnée à la fin du questionnaire, vous pourrez la contacter si vous refusez l'exploitation des données. En cas de retrait, toutes les données vous concernant seront supprimées.

En cochant la case ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude.

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à l'expérimentation. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités. J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et j'accepte de participer au projet de recherche.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (2EME PARTIE, APRES ETUDE)

Explication de l'objectif de l'étude

Vous venez de lire un document présentant une synthèse d'une revue de la littérature sur l'efficacité des mesures de confinement pour les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes.

Ces données sont issues d'un article scientifique publié et accessible en ligne.

Campeau, L., Degroote, S., Ridde, V., Carabali, M., & Zinszer, K. (2018). Containment measures for emerging and re-emerging vector-borne and other infectious diseases of poverty in urban settings: a scoping review. *Infectious diseases of poverty*, 7(1), 95.

Cette expérimentation visait à analyser l'effet de l'institution autrice d'un document sur la crédibilité des connaissances contenues dans celui-ci et l'intention d'entreprendre certaines actions après la lecture. Pour cela, nous avons créé six versions du document (version originale disponible [ici](#)). Chaque participant(e) a donc lu les mêmes données scientifiques mais présentées par une institution autrice différente.

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un doctorat en santé publique, option santé mondiale, à l'Université de Montréal.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou que vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez contacter :

Amandine Fillol

Ecole de santé publique de l'université de Montréal

7101, avenue du Parc, 3e étage, Montréal (Québec), H3N 1X9,

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter cerses@umontreal.ca

Pour enregistrer les réponses et terminer le questionnaire, cliquer sur le bouton suivant.

[Terminer le questionnaire](#)

Annexe 6 : Guides d'entretien (Article 3, Objectif 2)

CHERCHEURS			
Thèmes	Questions	Relances	Idées de thème d'analyse
Identification du « problème »			
Entrée dans le projet et chronologie	<p><u>Comment</u> a commencé le projet Unissahel ? Quel est le <u>contexte</u> qui a amené à la création de ce projet ?</p> <p>De quelles manières avez-vous participé à sa création/formulation/émergence ? Pourquoi/comment êtes-vous aujourd'hui impliqué dans un projet qui vise à étudier la CSU ?</p>		<p>Etapas de construction du projet et éléments du contexte (directives, gouvernance, etc. / Niveau national, international / Recherche, politique)</p> <p>POSITIONNEMENT SOCIAL DE L'ACTEUR</p>
Définition du problème	<p>Selon vous, quels sont les problèmes visant à être résolus par les études que vous menez dans le cadre d'Unissahel ?</p> <p>Pouvez-vous me dire un peu plus au sujet des idées et des valeurs derrière l'idée de la CSU ?</p> <p>Comment l'orientation vers la question de la CSU, influence/a influencé vos recherches ?</p>	Développer sur les problèmes : définition, contexte, référentiels	<p><u>Représentations</u> du problème à la base du projet</p> <p>RESSOURCES EPISTEMIQUES QUI SERVENT AU CADRAGE DISCURSIF/SYMBOLIQUE DU PROBLEME (Langage, secteur, discipline, concepts, etc.)</p>
Produire des connaissances pour résoudre le/les problèmes			
Choix des connaissances à produire (rationalité, discours, argumentaire)	<p>Comment ont été choisies les interventions sur lesquelles portent le projet ?</p> <p>Comment/pourquoi les recherches sur ces interventions ont été choisies (<i>Enumération/Description</i>) ?</p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p>Que pensez-vous de ces choix ?</p>	Développer sur le rôle/apport du chercheur, identifier les différentes études aux quelles il participe et développer sur chacune	<p><u>Raisons sous-jacentes aux choix</u> des études</p> <p><u>Déterminants de la légitimité</u> des connaissances à produire (référentiels, rationalités, interactions)</p> <p>INFLUENCE DU SYSTEME EPISTEMOLOGIQUE</p>
Emergence processus de transfert des connaissances			
Choix des connaissances à transférer	<p>Selon vous, quels sont les connaissances produites dans le cadre de ce projet qui sont/seront partagées ?</p> <p>A qui ? Pourquoi ? Comment ?</p>	<p>Relancer sur les <u>raisons</u> qui poussent à choisir certaines par rapport à d'autres</p> <p>Relancer sur les types d'utilisation</p>	<p>Déterminants de la légitimité des connaissances à produire</p> <p>Interactions entre les acteurs</p>

	<p>Qui choisit quelles connaissances transférer dans votre contexte ?</p> <p>A quoi les connaissances produites pourront servir ?</p>		<p><u>Types d'utilisation</u> (conceptuel, instrumental, etc. / vise à reproduire, abstraire, interpréter, etc.)</p>
Barrières perçues	<p>Quelles sont les barrières potentielles pour que les connaissances que vous créez soient utilisées à votre avis ?</p>		
Stratégies et outils de TC			
Stratégies	<p>Quelles sont les stratégies de TC que vous avez mis en place ou auxquelles vous participez dans le cadre du projet ?</p> <p>Etes-vous seul à décider ? Comment cela se passe ?</p>		<p>Interactions entre les acteurs</p>
Perception de la qualité des connaissances ou des stratégies de TC	<p>Comment savez-vous si la manière dont vous procédez est pertinente pour favoriser l'utilisation des connaissances ?</p> <p>Comment faites-vous (ou ferez-vous) pour <u>favoriser l'utilisation des connaissances</u> lorsque vous en produisez ou faites partie d'une équipe qui en produit ?</p> <p>Comment faites-vous pour essayer <u>d'augmenter la perception de la qualité des connaissances</u> produites lorsque vous les présentez/transmettez ?</p> <p>Quels sont les spécificités de votre contexte ? (Projet, pays, équipes)</p>		<p>Critères « d'évaluation » des stratégies / de qualité</p> <p>Stratégies et perceptions des connaissances et du TC</p>
Perception des outils	<p>Connaissez-vous des dispositifs de TC ? Ou des outils pour mieux transférer les connaissances ? En utilisez-vous ? Pourquoi ?</p> <p>Quelles sont les difficultés/facilités pour en faire ?</p>		

STREET LEVEL BUREAUCRATS/DECIDEURS/TECHNICIEN/CONSEILLER (niveau pays)			
Thèmes	Questions	Relances	Idées de thème d'analyse
Identification du « problème »			
	<p>Comment le projet UNISSAHEL/I3S est né ? Quel est le contexte qui a amené à la création de ce projet ?</p> <p>A partir de quand avez-vous participé à ce projet ? De quelles manières y avez-vous participé ?</p>		<p>Etapes de construction du projet et éléments du contexte (directives, gouvernance, etc. / Niveau national, international / Recherche, politique)</p> <p>POSITIONNEMENT SOCIAL DE L'ACTEUR</p>
Définition du problème	<p>Selon vous, quels sont les problèmes visant à être résolus par les projets d'Unissahel ? Pouvez-vous me dire un peu plus au sujet des idées et des valeurs derrière l'idée de la CSU ? Comment l'organisation dans laquelle vous travaillez participe à son atteinte ? Quel est le contexte de la CSU dans le pays dans lequel vous travaillez ?</p>	Développer sur les problèmes : définition, contexte, référentiels	<p><u>Représentations</u> du problème à la base du projet</p> <p>RESSOURCES EPISTEMIQUES QUI SERVENT AU CADRAGE DISCURSIF/SYMBOLIQUE DU PROBLEME (Langage, secteur, discipline, concepts, etc.)</p>
Produire des connaissances pour résoudre le/les problèmes			
Choix des connaissances à produire (rationalité, discours, argumentaire)	<p>Savez-vous comment ont été choisies les interventions sur lesquelles portent le projet Unissahel ? Savez-vous comment les recherches sur ces interventions ont été choisies (<i>Enumération/Description</i>) ? Y avez-vous participé ? Que pensez-vous de ces choix ?</p>	Développer sur le rôle/apport du participant, identifier les différentes études auxquelles il participe et développer sur chacune	<p><u>Raisons sous-jacentes aux choix</u> des études <u>Déterminants de la légitimité</u> des connaissances à produire (référentiels, rationalités, interactions)</p> <p>INFLUENCE DU SYSTEME EPISTEMOLOGIQUE</p>
Emergence processus de transfert des connaissances			
Utilisation des connaissances	<p>Selon vous, à quoi les connaissances produites dans le projet Unissahel pourront servir ?</p>	Relancer sur les types d'utilisation	<u>Types d'utilisation</u> (conceptuel, instrumental, etc. / vise à reproduire, abstraire, interpréter, etc.)
Barrières perçues	<p>Quelles sont les barrières d'utilisation des connaissances créées par Unissahel pour les parties prenantes de la CSU à votre avis ?</p>		

	Quelles sont les stratégies à mettre en place pour renforcer cette utilisation ?		
Stratégies et outils de TC			
Perception de la qualité des connaissances ou des stratégies de TC	Comment faites-vous lorsque vous devez transférer des connaissances dans le cadre de votre travail ? (Quels trucs et astuces) Quels sont les spécificités de votre contexte ? (Projet, pays, équipes) Comment faites-vous pour essayer d'augmenter la perception de la qualité des connaissances produites lorsque vous les présentez/transmettez ?		Critères « d'évaluation » des stratégies / de qualité Stratégies et perceptions des connaissances et du TC
Perception des connaissances (de façon générale)			
Sources d'information	Comment vous informez-vous lorsque vous avez besoin de vous renseigner sur un sujet dans le cadre de votre travail ?		
Perception de la qualité des connaissances	Lorsqu'on vous présente une étude, que regardez-vous en premier ? Quels sont les éléments qui vont influencer votre opinion sur le contenu ? Comment estimez-vous la qualité d'une information ?	Source ? Auteur ? Contenu ?	<u>Auteur</u> (knower) : spécialiste, compétences, relations personnelles, réseaux, notoriété <u>Témoignage</u> : biais d'obtention de l'information (par sujet ou objet) <u>Contenu</u> (knowledge) : critères de rigueur, discipline, domaine <u>Lien avec le contexte</u>
Moyens d'informations			
Accès aux connaissances/expertise : moyens d'information (actif)	Par quels moyens recevez-vous des informations dans votre quotidien ?	Médias, Personnes (réseau, connaissances), Moyens/Techniques de communication	

Annexe 7 : Version initiale de la note de politique

LES MESURES DE CONFINEMENT FONCTIONNENT-ELLES POUR LES MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE ET D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET RÉ-ÉMERGENTES ?

UNE NOTE DE RECHERCHE À L'INTENTION DES DÉCIDEURS POLITIQUES MONDIAUX ET NATIONAUX



©IRD – Vincent Robert

RÉSUMÉ

Plusieurs mesures visant à endiguer les épidémies de maladies infectieuses sont en place à l'échelle mondiale. Toutefois, leur mise en œuvre et leur efficacité sont insuffisamment répertoriées. Nous avons réalisé un examen de la portée des mesures de confinement pour les maladies à transmission vectorielle (MTV) et d'autres maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes. Les articles examinés (n=31) ont démontré que les stratégies de confinement étaient avant tout conçues et lancées une fois les épidémies déjà déclarées et établies. La majorité des études présentaient des expériences portant sur la prestation de services de soins et des interventions environnementales ou à caractère sanitaire, avec peu d'interventions à base communautaire. Elles ne comportaient aucun renseignement sur des pratiques standardisées, des processus de mise en œuvre ou des modifications apportées aux interventions initialement conçues. L'évaluation de l'efficacité se faisait généralement par observation et était rarement de nature expérimentale. Les recommandations présentées dans les publications servaient à créer une liste de recommandations à l'intention des parties prenantes qui pouvaient ensuite être utilisées pour concevoir ou mettre en œuvre ultérieurement des directives propres à la gestion des épidémies.

CE QU'IL FAUT RETENIR

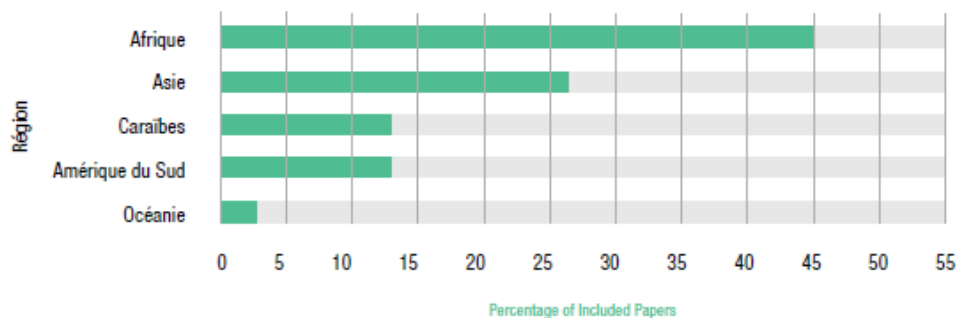
- En présence de maladies cycliques ou saisonnières, les stratégies de confinement des épidémies doivent être planifiées ou conçues au préalable, dans la mesure du possible.
- La consignation systématique du modèle et du mode de mise en œuvre des mesures de confinement est nécessaire pour améliorer la création de directives standardisées à usage général.
- Il a été rapporté que l'amélioration de la structure du système de santé, notamment la formation des prestataires de soins, de la surveillance, et de la gestion et de l'affectation des ressources (lits, médicaments, etc.) constituait des mesures efficaces pour endiguer les épidémies.
- L'inclusion de mesures environnementales et sanitaires, telles que la décontamination, la mise en quarantaine et la brumisation ont été citées parmi les mesures de confinement les plus fréquemment utilisées.

INTRODUCTION

L'accélération de la croissance urbaine favorise l'émergence et la réémergence de maladies à transmission vectorielle et d'autres maladies infectieuses. Les mesures de confinement (MC) sont des stratégies mises en place pour la prévention et le contrôle efficaces des épidémies. Pour améliorer ces mesures à l'avenir, nous devons déterminer celles qui ont été mises en œuvre par le passé, évaluer leur efficacité et remédier aux lacunes de connaissances exposées précédemment. Bien que l'éclosion de certaines maladies puisse être prédite/anticipée, les systèmes de santé sont pris au dépourvu par des agents pathogènes nouveaux ou ré-émergents rendant difficile la prise en charge des épidémies. Par conséquent, pour vérifier les connaissances relatives à l'efficacité des mesures de confinement des maladies à transmission vectorielle et d'autres maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes en milieu urbain, nous avons réalisé un examen de la portée de ces mesures à travers un certain nombre de publications. Nous présentons ici un résumé des résultats et fournissons une liste de recommandations à l'intention des décideurs politiques.

APPROCHE

Nous avons recherché des bases de données sanitaires de premier plan pour consulter des articles publiés entre 2000 et 2016, avec au total 31 articles inclus dans notre examen sur la portée de ces mesures. Les études en question ont été réalisées en Afrique (n=14 ; 45%), en Amérique du Sud (n=4 ; 13%), en Asie (n=8 ; 26%), dans les Caraïbes (n=4 ; 13%) et en Océanie (n=1 ; 3%).

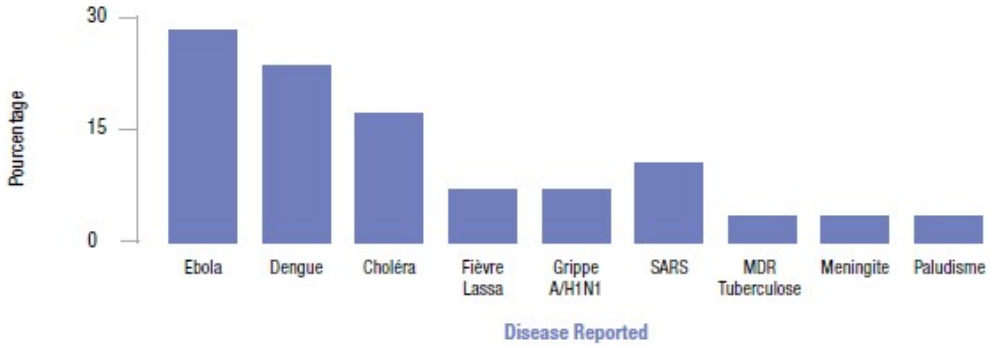


RÉSULTATS

Notre examen indique un degré d'efficacité variable des mesures de confinement, étant donné les différents modes de conception et de mise en œuvre et les différents facteurs contextuels. La plupart des renseignements obtenus concernaient des maladies de nature cyclique ou saisonnière. Plusieurs mesures de confinement ont été utilisées en simultanée, bien que l'évaluation de leur efficacité n'ait été fondée que sur des observations sans indicateur standardisé ou directive préétablie.

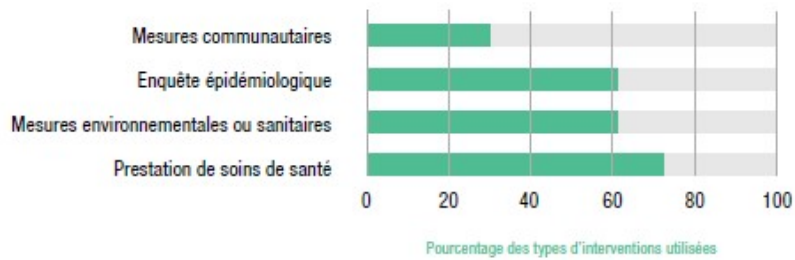
1. RÉPARTITION DES MALADIES

Parmi les maladies en question figuraient la maladie à virus Ebola (n=9 ; 29%), la fièvre dengue (n=7 ; 23%), le choléra (n=5 ; 16%), la fièvre Lassa (n=2 ; 6%), la grippe A/H1N1 (n=2 ; 6%), la maladie à infection respiratoire aigüe (n=3 ; 10%), la tuberculose multirésistante (n=1 ; 3%), la méningite (n=1 ; 3%) et le paludisme (n=1 ; 3%).



2. TYPES D'INTERVENTIONS UTILISÉES

Les mesures étaient regroupées en quatre catégories : prestation de soins de santé (n=22 ; 71%) enquête et/ou surveillance épidémiologique (n=19 ; 61%), mesures environnementales ou sanitaires (n=19 ; 61%) et mesures communautaires (n=9 ; 29%).





3. EFFICACITÉ RAPPORTÉE (EN MOYENNE)/ PERSPECTIVE

La plupart des articles (24 sur 31) ont, dans l'ensemble, rapporté des résultats positifs, notamment en termes de réduction de la charge de morbidité et de propagation des maladies. Les résultats utilisés pour évaluer l'efficacité des interventions variaient grandement parmi les articles et comprenaient entre autres.

- Le nombre de cas
- Les taux de cas de décès
- Les indices entomologiques
- Les retards de détection des maladies ou le temps s'écoulant entre le début d'une maladie et l'hospitalisation
- La proportion de contacts parmi les nouveaux cas
- Le nombre de cas évités

4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE ET TRANSFÉRABILITÉ

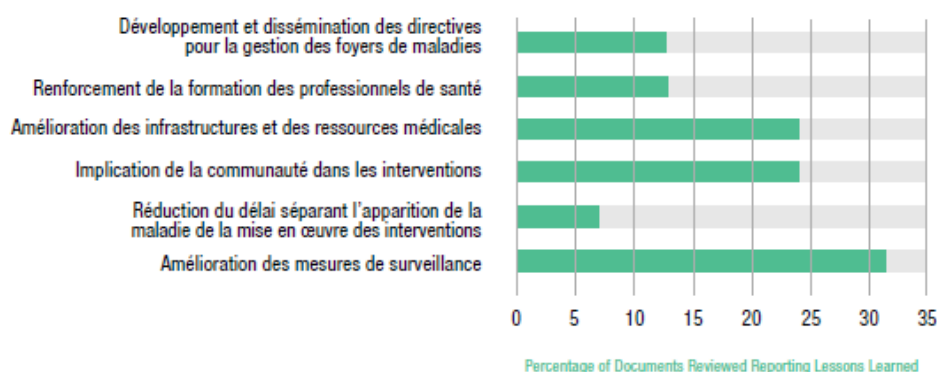
La population récipiendaire doit être mieux décrite tout en rapportant les mesures mises en œuvre. Seuls huit articles fournissaient des renseignements portant sur les caractéristiques épidémiologiques et/ou sociodémographiques. Les facteurs institutionnels influençant les interventions, tels que la volonté et l'engagement politiques ou les perceptions positives des décideurs politiques par rapport à l'intervention, ont rarement été décrits. Parmi les types de partenaires impliqués dans les interventions figuraient des organisations internationales (par exemple, l'OMS, Médecins Sans Frontières, des agences des Nations-Unies), des organisations non-gouvernementales locales et internationales, des institutions gouvernementales et d'autres parties prenantes, telles que des collectivités locales ou des leaders d'opinion. Les différents aspects liés au processus de mise en œuvre étaient à peine décrits dans la majorité des études.

5. DÉFIS

- Le manque d'expérience dans le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies en question parmi les médecins locaux, principalement en raison de la non-endémicité de ces maladies, a été cité comme le principal défi rencontré.
- L'identification des foyers et par conséquent le retard dans la mise en œuvre des mesures de confinement ont été associés au diagnostic erroné et à une sous-déclaration des premiers cas.
- L'absence de ressources suffisantes (matériel médical, médicaments, lits d'hôpitaux, etc.) et d'infrastructures a été définie comme un obstacle à l'endiguement efficace des foyers de maladies.

6. ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS RAPPORTÉS DANS LES ÉTUDES EXAMINÉES

La plupart des articles fournissaient des recommandations pour un endiguement efficace des maladies à venir. Recommandations formulées dans les documents examinés : amélioration des mesures de surveillance (n=10 ; 32%), réduction du délai séparant l'apparition de la maladie de la mise en œuvre des interventions (n=9 ; 29%), implication de la communauté dans les interventions (n=7 ; 23%), amélioration des infrastructures et des ressources médicales (n=7 ; 23%), renforcement de la formation des professionnels de santé (n=4 ; 13%), et développement et dissémination des directives pour la gestion des foyers de maladies (n=4 ; 13%).



CONCLUSIONS

Bien que l'éclosion de certaines maladies soit anticipée et que des mesures de confinement soient par conséquent mises en place au préalable, notre recherche montre que les systèmes évalués dans le cadre de notre examen sont davantage réactifs que proactifs. Surtout, il est difficile d'établir un lien de causalité entre la mise en œuvre des mesures de confinement et la lutte aboutie contre les maladies, étant donné les différents contextes et la variabilité des processus de mise en œuvre. Néanmoins, malgré les données probantes limitées dont nous disposons sur l'efficacité des mesures de confinement, il est possible d'en dégager certaines ayant obtenu des résultats concluants : les activités planifiées de manière opportune, l'amélioration du système de santé (système de surveillance, formation des prestataires de soins) et l'attribution adéquate des ressources (économiques et matérielles et dotation en effectifs). Enfin, l'endiguement efficace des foyers de maladies est possible grâce à une planification adéquate, à une collaboration multidisciplinaire, à des rapports systématiques et à l'évaluation des activités.

EN SAVOIR PLUS

Le rapport d'étude intégral est disponible sur :

<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-018-0478-4>

RECOMMANDATIONS

- 1^{er}** Focalisez-vous sur les approches proactives, lorsque le temps et les ressources le permettent. Par exemple :
 - Reconnaissez et identifiez la présence d'un foyer de maladie au moment opportun.
 - Développez et préparez un plan de base générique pour lutter contre l'écllosion de la maladie en incluant la possibilité de procéder à une réaffectation des ressources économiques et humaines, le cas échéant.
 - Identifiez les états de santé cycliques et saisonniers (par ex. dengue ou paludisme après la saison des pluies) et produisez une procédure cadre évaluant le rôle de surveillance et la disponibilité des lits d'hôpitaux.
- 2^o** Favorisez la formation des professionnels de santé et l'amélioration des infrastructures médicales durant les périodes inter-épidémiques de menaces connues. Par exemple, la création de plans pour la formation du personnel médical, en charge de la surveillance et de l'assainissement sur les maladies connues et ré-émergentes contribue à l'amélioration du système de santé, comme cela a pu être observé dans les interventions les plus abouties.
- 3^o** Appuyez-vous sur des cadres d'action qui ont porté leurs fruits par le passé ou dans des contextes similaires (en d'autres termes, lorsque vous planifiez des interventions, fiez-vous à des recommandations étayées par des données probantes concernant des situations similaires à celles rencontrées dans votre contexte local).
- 4^o** Cherchez à promouvoir une description globale de votre intervention, en particulier s'agissant du contexte, en utilisant des listes de vérification validées.
 - Attribuez des ressources et du temps aux responsables du secteur de la santé publique pour qu'ils rapportent de manière globale et systématique le modèle et le mode de mise en œuvre des mesures de confinement.
 - Incluez une période d'évaluation adéquate dans la planification des interventions.
- 5^o** Cherchez à promouvoir une participation communautaire sur la durée, dans la mesure où cette démarche favorise son implication avant et après l'écllosion des maladies.

Annexe 8 : Première et dernière page modifié

LES MESURES DE CONFINEMENT FONCTIONNENT-ELLES POUR LES MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE ET D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET RÉ-ÉMERGENTES ?

UNE NOTE DE RECHERCHE À L'INTENTION DES DÉCIDEURS POLITIQUES MONDIAUX ET NATIONAUX



RÉSUMÉ

Plusieurs mesures visant à endiguer les épidémies de maladies infectieuses sont en place à l'échelle mondiale. Toutefois, leur mise en œuvre et leur efficacité sont insuffisamment répertoriées. Nous avons réalisé un examen de la portée des mesures de confinement pour les maladies à transmission vectorielle (MTV) et d'autres maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes. Les articles examinés (n=31) ont démontré que les stratégies de confinement étaient avant tout conçues et lancées une fois les épidémies déjà déclarées et établies. La majorité des études présentaient des expériences portant sur la prestation de services de soins et des interventions environnementales ou à caractère sanitaire, avec peu d'interventions à base communautaire. Elles ne comportaient aucun renseignement sur des pratiques standardisées, des processus de mise en œuvre ou des modifications apportées aux interventions initialement conçues. L'évaluation de l'efficacité se faisait généralement par observation et était rarement de nature expérimentale. Les recommandations présentées dans les publications servaient à créer une liste de recommandations à l'intention des parties prenantes qui pouvaient ensuite être utilisées pour concevoir ou mettre en œuvre ultérieurement des directives propres à la gestion des épidémies.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- En présence de maladies cycliques ou saisonnières, les stratégies de confinement des épidémies doivent être planifiées ou conçues au préalable, dans la mesure du possible.
- La consignation systématique du modèle et du mode de mise en œuvre des mesures de confinement est nécessaire pour améliorer la création de directives standardisées à usage général.
- Il a été rapporté que l'amélioration de la structure du système de santé, notamment la formation des prestataires de soins, de la surveillance, et de la gestion et de l'affectation des ressources (lits, médicaments, etc.) constituaient des mesures efficaces pour endiguer les épidémies.
- L'inclusion de mesures environnementales et sanitaires, telles que la décontamination, la mise en quarantaine et la brumisation ont été citées parmi les mesures de confinement les plus fréquemment utilisées.

RECOMMANDATIONS

- 1^{er}** Focalisez-vous sur les approches proactives, lorsque le temps et les ressources le permettent. Par exemple :
 - Reconnaissez et identifiez la présence d'un foyer de maladie au moment opportun.
 - Développez et préparez un plan de base générique pour lutter contre l'écllosion de la maladie en incluant la possibilité de procéder à une réaffectation des ressources économiques et humaines, le cas échéant.
 - Identifiez les états de santé cycliques et saisonniers (par ex. dengue ou paludisme après la saison des pluies) et produisez une procédure cadre évaluant le rôle de surveillance et la disponibilité des lits d'hôpitaux.
- 2^o** Favorisez la formation des professionnels de santé et l'amélioration des infrastructures médicales durant les périodes inter-épidémiques de menaces connues. Par exemple, la création de plans pour la formation du personnel médical, en charge de la surveillance et de l'assainissement sur les maladies connues et ré-émergentes contribue à l'amélioration du système de santé, comme cela a pu être observé dans les interventions les plus abouties.
- 3^o** Appuyez-vous sur des cadres d'action qui ont porté leurs fruits par le passé ou dans des contextes similaires (en d'autres termes, lorsque vous planifiez des interventions, fiez-vous à des recommandations étayées par des données probantes concernant des situations similaires à celles rencontrées dans votre contexte local).
- 4^o** Cherchez à promouvoir une description globale de votre intervention, en particulier s'agissant du contexte, en utilisant des listes de vérification validées.
 - Attribuez des ressources et du temps aux responsables du secteur de la santé publique pour qu'ils rapportent de manière globale et systématique le modèle et le mode de mise en œuvre des mesures de confinement.
 - Incluez une période d'évaluation adéquate dans la planification des interventions.
- 5^o** Cherchez à promouvoir une participation communautaire sur la durée, dans la mesure où cette démarche favorise son implication avant et après l'écllosion des maladies.

Logo de l'organisation autrice

Annexe 9 : Questionnaire

Question	Modalités de réponse
Présentation du participant (pré-lecture)	
Caractéristiques socio-démographiques	
1. De quel genre êtes-vous ?	Homme/Femme/Autre/ Je ne souhaite pas répondre
2. Quel âge avez-vous ?	Moins de 25 ans / 26 à 35 ans / 36 à 45 ans / 46 à 55 ans / 56 à 65 ans / Plus de 65 ans / Je ne souhaite pas répondre
3. Quel est votre niveau de scolarité ? (Dernier diplôme obtenu)	Baccalauréat ou moins / Niveau universitaire 1 ^{er} Cycle (Licence, DEUG) / Niveau universitaire 2 ^e cycle (Maîtrise, Master 1 ou 2) / Niveau universitaire 3 ^e cycle (Doctorat) / Autre / Je ne souhaite pas répondre
Profession	
4. Dans quel type d'organisation exercez-vous principalement ?	Institution académique ou centre de recherche / Gouvernement ou ministère / Agences gouvernementales (par ex. Institut de santé publique, etc.) / Centre de santé (par ex. Hôpitaux, cliniques, etc.) / Organisation non-gouvernementale / Organisation de la société civile (locale ou internationale) / Organisation du système des Nations Unies (par ex. UNESCO, UNICEF, FAO, etc.) / Organisme de financement (par ex. Fondations, entreprises privées, etc.) / Autre
Si autre, préciser	
5. Quel type de travail exercez-vous principalement ?	Recherche / Evaluation de projets et/ou de programmes / Financement de projets et/ou de programmes / Développement, coordination, gestion de projets et/ou de programmes / Élaboration de politiques publiques et/ou gestion publique / Action de plaidoyer (par ex. lobbyisme, mobilisation communautaire, etc.) / Médias et communication (par ex. journalisme, etc.) / Enseignement et/ou formation professionnelle / Autre
Si autre, préciser	
6. Quel niveau de décision estimez-vous avoir dans le cadre de votre profession pour influencer ou orienter les choix stratégiques ou politiques de votre organisation ?	Likert 5 points (Important)
7. Combien d'années d'expérience avez-vous dans le secteur dans lequel vous exercez ?	0 – 5 / 6 – 10 / 11 – 20 / 21 et plus / Je ne souhaite pas répondre
Origine et trajectoire migratoire	
8. Dans quel pays êtes-vous né (e) ?	Belgique / Bénin / Burkina Faso / Burundi / Cameroun / Canada / Comores / Côte d'Ivoire / Djibouti / Gabon / Guinée / Guinée équatoriale / Haïti / France /

	Luxembourg / Madagascar / Mali / Monaco / Niger / Rwanda / République centrafricaine / République du Congo / Congo / Sénégal / Seychelles / Suisse / Tchad / Togo / Vanuatu / Autre / Je ne souhaite pas répondre
Si autre, préciser	
9. Dans quel pays vivez-vous ?	Belgique / Bénin / Burkina Faso / Burundi / Cameroun / Canada / Comores / Côte d'Ivoire / Djibouti / Gabon / Guinée / Guinée équatoriale / Haïti / France / Luxembourg / Madagascar / Mali / Monaco / Niger / Rwanda / République centrafricaine / République du Congo / Congo / Sénégal / Seychelles / Suisse / Tchad / Togo / Vanuatu / Autre / Je ne souhaite pas répondre
Si autre, préciser	
10. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme de plus haut niveau ?	Belgique / Bénin / Burkina Faso / Burundi / Cameroun / Canada / Comores / Côte d'Ivoire / Djibouti / Gabon / Guinée / Guinée équatoriale / Haïti / France / Luxembourg / Madagascar / Mali / Monaco / Niger / Rwanda / République centrafricaine / République du Congo / Congo / Sénégal / Seychelles / Suisse / Tchad / Togo / Vanuatu / Autre / Je ne souhaite pas répondre
Si autre, préciser	

Connaissances et opinion sur le confinement et les maladies infectieuses (pré-lecture)	
A propose des épidémies de maladies infectieuses :	
11. A quel point êtes-vous familier-e avec ce sujet ?	Likert 5 points (Familier-e)
12. A votre avis, à quel point les mesures de confinement sont efficaces pour les endiguer ?	
13. A votre avis, à quel point vos collègues / votre entourage professionnel estiment que les mesures de confinement sont efficaces pour les endiguer ?	Likert 5 points (Efficaces)
14. Aux meilleures de vos connaissances, quelle est votre opinion sur la solidité des résultats de recherche permettant d'appuyer l'utilisation des mesures de confinement pour les endiguer ?	Likert 5 points (Solides)
Lecture	
15. Comment avez-vous lu le document ?	Je l'ai lu au complet / J'ai lu quelques parties / JE n'ai presque rien lu
Trois scénarii au choix pour analyser la norme sociale	
Ce document a été lu par 458 personnes dans le monde. Voici l'avis laissé par les lecteurs : 325 (71%) personnes l'ont trouvé « excellent », 80 (17%) personnes l'ont trouvé « bon », 21 (5%) personnes l'ont trouvé « moyen », 32 (7%) personnes l'ont trouvé « mauvais ».	Mauvais (=1) / Moyen (=2) / Bon (=3) / Excellent (=4) / 0 = Je ne sais pas
Quel avis donneriez-vous sur ce document ?	

Ce document a été lu par 158 personnes dans votre pays. Voici l'avis laissé par les lecteurs : 112 (71%) personnes l'ont trouvé « excellent », 26 (17%) personnes l'ont trouvé « bon », 8 (5%) personnes l'ont trouvé « moyen », 12 (7%) personnes l'ont trouvé « mauvais »	
Quel avis donneriez-vous sur ce document ?	
Pour le moment, ce document est en phase de test, personne n'a donné son avis sur sa qualité	
Quel avis donneriez-vous sur ce document ?	
16. Après la lecture, à votre avis, à quel point les mesures de confinement sont efficaces pour endiguer les maladies infectieuses ?	Likert 5 points (Efficaces)
17. Après la lecture, quelle est votre opinion sur la solidité des résultats de recherche permettant d'appuyer l'utilisation des mesures de confinement pour les endiguer ?	Likert 5 points (Solides)
Perception de l'organisation autrice	
18. Pouvez-vous identifier l'organisation qui a écrit le document que vous avez lu, s'il vous plaît ?	AFD / BAD / OMS Europe / OMS Afrique / Université de Montréal / UCAT / Il n'y avait pas d'auteur / Je n'ai pas fait attention ou je me souviens plus
19. Connaissez-vous cette organisation ?	Oui / Non / Je ne sais pas
20. Êtes-vous habitué à recevoir des informations, des newsletters ou consultez-vous ses actualités régulièrement ?	
21. A quel point appréciez-vous cette organisation ?	Pas du tout / Plutôt pas / Neutre / Plutôt / Totalelement
22. A quel point trouvez-vous qu'elle est digne de confiance ?	
23. A quel point pensez-vous que vos collègues / entourage professionnel apprécient cette organisation ?	
Qualité des connaissances	
24. Le contenu du document est pertinent dans le cadre de mon travail	Likert 5 points (D'accord)
25. Le contenu du document est en accord avec mes valeurs professionnelles	
26. Le contenu du document semble prendre en compte un ensemble de points de vue et pas seulement celui de l'auteur	
27. Le contenu du document est facile à comprendre	
28. Le niveau de détails fourni dans le document est approprié	
29. La méthodologie présentée dans le document paraît robuste	
30. L'argumentation présentée dans le document et menant aux recommandations est convaincante	
31. La présentation visuelle du document est attrayante	
32. La longueur du document est adéquate	
33. Les recommandations proposées sont claires	

Utilisation de la note de politique	
RELECTURE	
34. Relire le document	
DISCUSSION et/ou PARTAGE	
35. Envoyer le document à quelqu'un d'autre	
36. Partager les messages clés du document avec des collègues/connaissances	
37. Engager la discussion au sujet de ce document avec des collègues/connaissances	
38. Ecrire un billet de blog ou un article sur le sujet traité dans le document	
CHERCHER PLUS D'INFORMATIONS	
39. Lire les études complètes sur lesquelles est basé le document si elles me sont communiquées	
40. Aller chercher d'autres informations en lien avec le sujet du document	Likert 5 points (Probable)
REFERENCE / UTILISATION CONCEPTUELLE	
41. Citer ce document dans mes rapports ou des documents sur le sujet si j'en ai l'occasion	
42. Changer mon opinion sur la question de l'efficacité des mesures de pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses	
CHANGER PRATIQUES	
43. Changer mes politiques ou pratiques actuelles en ce qui concerne le sujet des mesures de confinement pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses	
44. Développer ou commanditer de nouvelles études sur le sujet des mesures de confinement pour endiguer les épidémies de maladies infectieuses	
Autre	
45. A quel point êtes-vous confiant dans vos capacités à lire, comprendre et interpréter des études scientifiques?	
46. A quel point les résultats d'études scientifiques influencent ou informent généralement vos pratiques?	

Annexe 10 : Description détaillée des participant·es (Article 4)

	N	%
Caractéristiques générales		
Genre		
Homme	159	68,24
Femme	72	30,90
Autre	1	0,43
DM* / NVPR*	1	0,43
Age		
Moins de 25 ans	8	3,43
26-35 ans	67	28,76
36-45 ans	81	34,76
46-55 ans	48	20,60
56-65 ans	0	0,00
Plus de 65 ans	27	11,59
DM / NVPR	2	0,86
Diplôme		
1- Baccalauréat ou moins	5	2,15
2- Niveau universitaire 1er Cycle (Licence, DEUG)	21	9,01
3- Niveau universitaire 2e cycle (Maîtrise, Master 1 ou 2)	95	40,77
4- Niveau universitaire 3e cycle (Doctorat)	110	47,21
DM / NVPR	2	0,86
Caractéristiques sur la profession		
Organisation dans laquelle le participant exerce sa profession		
1- Institution académique ou centre de recherche	67	28,76
2- Gouvernement ou ministère	29	12,45
3- Agences gouvernementales (par ex. Institut de santé publique, etc.)	17	7,30
4- Centre de santé (par ex. Hôpitaux, cliniques, etc.)	22	9,44
5- Organisation non-gouvernementale	57	24,46
6- Organisation de la société civile (locale ou internationale)	11	4,72
7- Organisation du système des Nations Unies (par ex. UNESCO, UNICEF, FAO, etc.)	11	4,72
8- Organisme de financement (par ex. Fondations, entreprises privées, etc.)	6	2,58
9- Cabinet de conseil	6	2,58
10- Autre	7	3,00
Secteur de la profession		
1- Recherche	57	24,46
2- Evaluation de projets et/ou de programmes	12	5,15
3- Financement de projets et/ou de programmes	10	4,29
4- Développement, coordination, gestion de projets et/ou de programmes	70	30,04
5- Élaboration de politiques publiques et/ou gestion publique	7	3,00
6- Action de plaidoyer (par ex. lobbyisme, mobilisation communautaire, etc.)	4	1,72
7- Médias et communication (par ex. journalisme, etc.)	6	2,58
8- Enseignement et/ou formation professionnelle	13	5,58
9- Professionnel de santé	43	18,45
10- Autre	11	4,72
Sensation d'autonomie dans la profession		
Pas du tout	18	7,73
Plutôt pas	38	16,31
Neutre	14	6,01
Plutôt	98	42,06
Totalement	60	25,75
DM / NVPR	5	2,15

Sensation de pouvoir influencer ou orienter les décisions dans le cadre de son organisation		
Pas du tout	11	4,72
Plutôt pas	32	13,73
Neutre	43	18,45
Plutôt	115	49,36
Totalement	25	10,73
DM / NVPR	7	3,00
Expérience dans la profession		
0-5 ans	66	28,33
6-10 ans	52	22,32
11-20 ans	70	30,04
Plus de 21 ans	43	18,45
DM / NVPR	2	0,86

*DM = Données manquantes

*NVPR = Ne veut pas répondre

Annexe 11 : Infographie du troisième objectif de la thèse (Article 4)

QUAND LE "MESSENGER" EST PLUS IMPORTANT QUE LE MESSAGE

Amandine Fillol, Esther Mc Sween-Cadieux, Bruno Ventelou, Marie-Pier Larose, Ulrich Boris Nguemdjo Kanguem, Kadidiatou Kadio, Christian Dagenais, Valéry Ridde

La façon dont nous accordons de la crédibilité à des connaissances est à la fois influencée par notre positionnement social et les idées prédéfinies sur la personne ou l'organisation qui émet les connaissances.



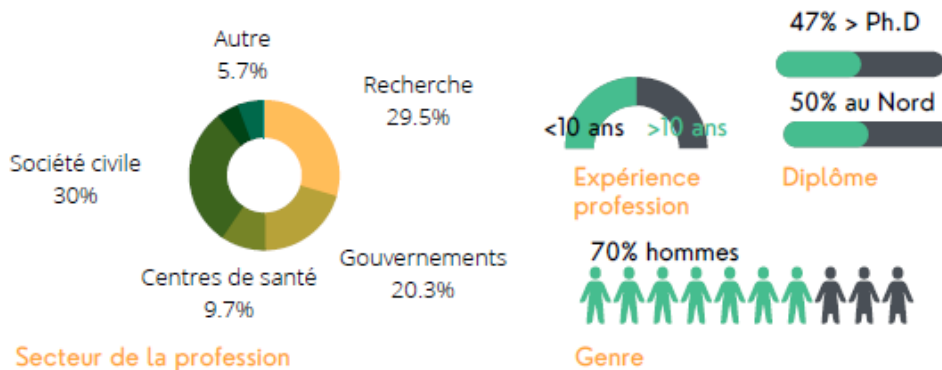
Comment l'organisation autrice d'une note de politique influence la qualité perçue et l'utilisation des connaissances dans un contexte de santé mondiale ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude expérimentale auprès des acteurs·rices de la santé mondiale en Afrique francophone.

7 notes de politiques identiques signées par des organisations différentes distribuées de façon aléatoire aux participants grâce à un questionnaire en ligne



L'étude a recensé 233 participants travaillant en Afrique francophone dans le secteur de la santé.



Des analyses statistiques ont permis d'analyser, pour chaque type d'autorité, comment la localisation de l'organisation (Amérique du Nord / Europe (Nord), Afrique (Sud)) était associée à la qualité perçue et à l'utilisation déclarée.

1

Autorité financière (bailleur de fond)
L'organisation du Nord a été associée à une moins bonne qualité

2

Autorité scientifique (université)
L'organisation du Nord a été associée à une meilleure qualité et une plus forte utilisation

3

Autorité morale (organisation internationale)
L'organisation du Nord a été associée à une moins bonne qualité et une moins forte utilisation

En outre, les participants les moins diplômés déclaraient de meilleurs scores de qualité pour les notes tout comme ceux qui avaient le moins d'expérience. Le fait d'être professionnel de santé, homme et avoir obtenu son diplôme au Nord était associé à des scores d'utilisation des notes de politiques plus élevés.



Pour plus d'information, l'article sera prochainement publié.

Annexe 12 : Note de synthèse de la thèse

De l'oppression à la résistance : propositions d'actions pour « perturber » les injustices dans les programmes de recherches en santé

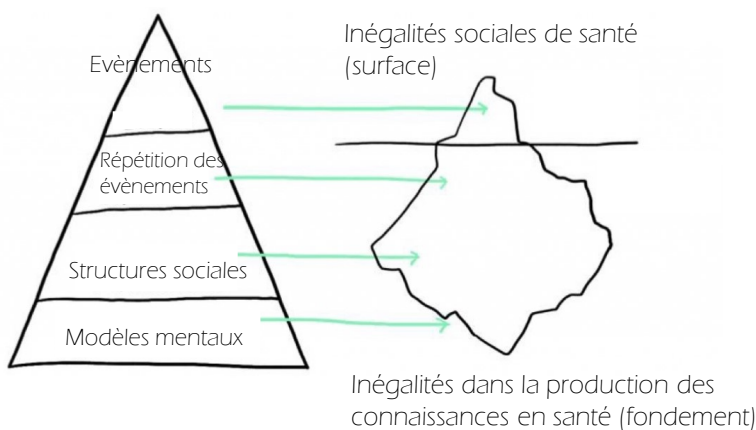
Amandine Fillol

Présentation des résultats d'une thèse en santé publique mondiale

1, Contexte et problématique

Des inégalités sociales qui perdurent

Depuis des décennies, les inégalités sociales de santé, tout comme les inégalités de répartition de revenu et de pouvoir, ne diminuent pas, tant entre que dans les pays.



Qui ne sont que « la partie visible » de l'iceberg

La lutte contre les inégalités en santé est pensée à partir de connaissances produites dans des arrangements paraissant « normaux » alors qu'ils existent dans des structures sociales injustes.

Le transfert de connaissances en santé mondiale : une opportunité de réflexivité

Le transfert de connaissances peut participer à la reproduction des modèles qui contribuent aux inégalités sociales en favorisant le liens entre connaissances et action. La quatrième vague de recherche en transfert de connaissances vise à comprendre l'influence des structures sociales sur les systèmes de production et d'utilisation des connaissances.

K

*



Comment le contexte de la santé publique mondiale favorise des exclusions répétées de certaines personnes dans la production et l'utilisation des connaissances ?

2, Principaux résultats



Volet 1

Niveau macroscopique : comment un objet de la gouvernance globale en santé est fabriqué ?

Nous avons étudié l'avènement de la **couverture sanitaire universelle (CSU)*** dans la gouvernance globale en santé.

Cet avènement est grandement menées de façon directe ou indirecte par un « **centre** » dans la **gouvernance globale** en santé, composé d'élites de multiples secteurs et aux multiples autorités. Ce centre favorise le cadrage discursif de la CSU et de la santé comme un **produit marchand**.



Volet 2

Niveau mésoscopique : comment l'appropriation de cet objet permet (ou non) une définition dissidente dans la sphère scientifique ?

Nous avons étudié la manière dont l'objet de recherche de la CSU a été défini dans un programme de recherches par un collectif de scientifiques.

Alors que plusieurs groupes d'études ont repris la définition donnée à un niveau macroscopique et se sont concentrés sur l'aspect financier de la CSU, une alliance critique qui proposait une déconstruction de l'objet d'étude n'a pas pu voir le jour. Cette alliance manquée est due à un **ensemble d'inégalités** qui ont **limité les possibilités de participation de certains scientifiques** et donc de contributions dissidentes sur la CSU.



Volet 3

Niveau microscopique : comment l'évaluation des connaissances est-elle influencée par des idées préexistantes sur le « messenger » ?

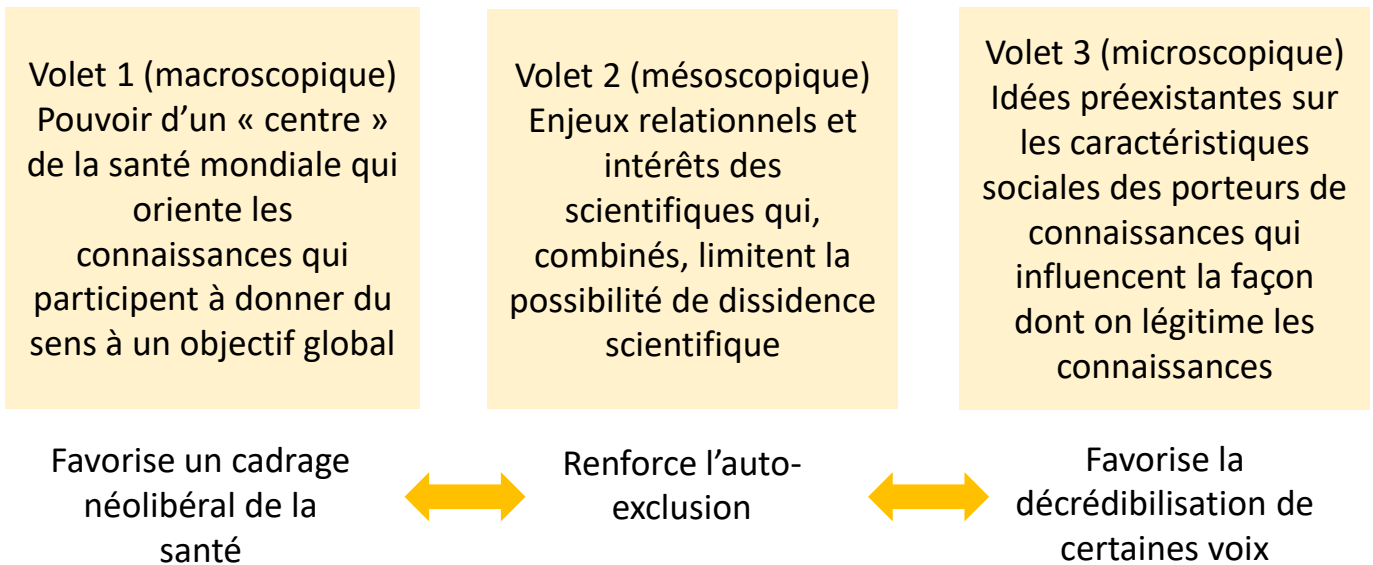
Dans notre étude expérimentale parmi les acteur·rices de la santé mondiale, nous avons observé que la qualité perçue et la déclaration d'utilisation des connaissances présentées dans une note de politique dépendait du **type d'autorité (financière, scientifique ou morale)** de l'organisation présentée comme autrice ainsi que **sa localisation géographique (Nord ou Sud)**.

* La CSU, un des objectifs du développement durable, vise à garantir que tout le monde puisse utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans risquer un appauvrissement ou une ruine financière parce qu'ils ont du payer pour ces services

3, Conclusion et propositions d'actions

Des processus complémentaires

Ces trois volets montrent la complémentarité des processus qui limitent la participation de chacun·e à la production et l'utilisation des connaissances et favorisent la légitimation d'un cadrage marchand de la santé.



« Perturber » les injustices dans les programmes de recherches en santé

- 1 Mettre à l'agenda des programmes de recherches une réflexion sur les déterminants structurels de la santé (ex : financement public dans les systèmes de santé)
- 2 Inclure de façon systématique des parties prenantes qui n'ont habituellement pas la possibilité de se faire entendre et analyser « qui parle autour de la table »
[Guide d'autoévaluation sur les injustices épistémiques](#)
- 3 Reconnaître ses propres biais qui participent à exclure certains individus ou connaissances à partir de préjugés sociaux plutôt que des raisons scientifiques
[Atelier théâtre pour favoriser l'empathie et la capacité à se mettre à la place de l'autre](#)

Références

- Dotson, K. (2018). Conceptualiser l'oppression épistémique. *Recherches féministes*, 31(2), 9-34. <https://doi.org/10.7202/1056239ar>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Jacobson, N. (2007). Social Epistemology : Theory for the "Fourth Wave" of Knowledge Transfer and Exchange Research. *Science Communication*, 29(1), 116-127. <https://doi.org/10.1177/1075547007305166>
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1-13.
- Piron, F. (2018). Justice et injustice cognitives : De l'épistémologie à la matérialité des savoirs humains. In : Tremblay, É., & Dorcé, R., *Les Classiques des sciences sociales : 25 ans de partage des savoirs dans la francophonie*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/classiques25ans/chapter/justice-et-injustice-cognitives/>
- Plamondon, K. M. (2020). A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*, 20(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8324-6>

Remerciements

Un grand merci à mon directeur de thèse Valéry Ridde, à mes collègues de l'Université de Montréal et de l'Institut de recherche pour le développement et à ma famille. De chaleureux remerciements également à Aurélie Hot, Lola Traverson et Sofia Meister pour la réalisation de cette note de recherche.

