

NUMÉRO 11 | DÉCEMBRE 2016

L'équité en santé mondiale :
qu'en est-il de la fabrique, de la
circulation et des conséquences
des stéréotypes sur les
populations ?

Patrick Cloos, Loubna Belaid



L'équité en santé mondiale :
qu'en est-il de la fabrique,
de la circulation et des
conséquences des stéréotypes
sur les populations ?

Patrick Cloos, Loubna Belaid

Auteurs :

- **Patrick Cloos, M.D., Ph.D.**
École de travail social, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- **Loubna Belaid, Ph.D.**
Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, Montréal, Canada

Remerciements :

Les auteurs remercient le Dr Emmanuel N’Koué Sambiéni pour sa relecture. Nos remerciements sincères pour l’effort de révision approfondie du document tant dans sa forme que son fond, chose qui a permis de disposer d’un document de qualité appréciable qui va contribuer à éclairer le monde de la recherche dans le domaine de la cybersanté.

Certains extraits de ce texte ont été tirés d’un livre écrit par Patrick Cloos publié aux Presses de l’Université Laval (Québec, 2015) :« Pouvoirs, Différence et Stéréotypes : Regard Socio-Anthropologique sur la Santé Publique Américaine ».

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l’objet de la présente publication.

Résumé

La santé mondiale est un vaste champ de savoirs et d'interventions dont l'intérêt porte sur des grands enjeux comme les inégalités sociales transnationales qui affectent toutes les populations dans le monde. La constitution d'un savoir issu de pratiques comparatives entre groupes sociodémographiques est un moyen d'informer l'intervention destinée à ce qui est communément qualifié de communautés. Selon une certaine littérature, les disparités raciales et ethniques sanitaires sont un problème de santé mondiale. Malgré la controverse qui entoure l'usage de la catégorie de race, à laquelle sont souvent associées voire préférées celles d'ethnicité ou encore de culture, certains auteurs jugent que leur mobilisation comme cadre d'analyse reste pertinente pour discuter et rendre compte des iniquités sociales dans le monde. En d'autres mots, ces catégories permettraient d'identifier des groupes et des individus désavantagés sur le plan médico-sanitaire. Ce commentaire vise à discuter la manière dont ces trois catégories sont instrumentalisées par les pratiques sanitaires qui constituent, ensemble, comme cela avait déjà été proposé dans un autre contexte, un système d'opposition et de différence. En d'autres mots, la construction de cette forme de savoir relève de pratiques dans le champ sanitaire qui en viennent à reproduire, renforcer et donner un nouveau sens à la différence dans l'opposition. C'est un ensemble d'opérations qui aboutissent éventuellement à la constitution de stéréotypes à connotation raciale, ethnique voire culturelle. Nos propos s'appuient sur deux recherches ayant été menées aux États-Unis et au Burkina Faso. La première a procédé à une déconstruction du discours de la santé publique américaine et plus précisément des pratiques et des représentations à propos de la catégorie de race. Elle la situe dans son contexte historique et politique. La seconde a observé la circulation de stéréotypes à propos de certaines populations locales au sein des discours de professionnels de santé au Burkina Faso. Elle a aussi permis de discuter des conséquences potentielles de ces stéréotypes sur une politique sanitaire. Plus globalement, dans ce commentaire, nous discutons des conséquences potentielles des stéréotypes sur la santé des populations visées et sur leurs conduites. Enfin, nous cherchons à dégager des moyens de sortir d'un discours qui a tendance à naturaliser la différence et à donner beaucoup de place à la question de la diversité tout en omettant, dans une certaine mesure, la question du racisme et des inégalités sociales et économiques partout présentes.

Mots-clés: *Burkina Faso, États-Unis, racialisation, santé mondiale, stéréotypes.*

1. INTRODUCTION

La santé mondiale entretient avec la santé publique de grandes similitudes comme les programmes de prévention des maladies à l'échelle populationnelle. Ce domaine d'études porte sur des grands enjeux comme les inégalités sociales transfrontalières et transnationales qui affectent la santé de toutes les populations dans le monde (Pedersen, 2012). La constitution d'un savoir sur les pratiques comparatives entre pays ou entre groupes sociodémographiques d'un même pays est donc un moyen pour tenter de parvenir à cette fin. Muennig et Su (2013) soutiennent, par exemple, que la race dans le domaine de la santé mondiale demeure incontournable si l'on tient compte des expériences de certains groupes et des disparités de santé. DeLaet & DeLaet vont dans le même sens ; ils suggèrent que les disparités raciales et ethniques en santé sont un problème de santé mondiale dans la mesure où l'ensemble des «groupes raciaux et ethniques désavantagés connaissent des résultats de santé inférieurs en termes de morbidité et de mortalité dans toutes les régions du monde où ce type d'information est disponible» (2016 : 99).¹ Selon ces derniers, malgré la controverse autour de la catégorie de race (Fullilove, 1998), à laquelle sont souvent associées voire préférées celles d'ethnicité ou encore de culture, sa mobilisation comme cadre d'analyse reste pertinente pour discuter et rendre compte des iniquités sociales dans le monde. En d'autres mots, ces catégories permettraient d'identifier des groupes et des individus étant désavantagés sur le plan médico-sanitaire. L'idée n'est pas ici de proposer un choix entre les catégories de race, d'ethnicité et/ou de culture ni de discuter leur existence éventuelle et encore moins de les (re)conceptualiser.

L'objectif de ce commentaire est plus spécifiquement de discuter l'instrumentalisation de ces trois catégories faisant partie, selon Abu-Lughod (1992), d'un système d'oppositions et de différences. Ainsi, la construction du savoir vis-à-vis de ces catégories relève de pratiques qui créent ou qui reproduisent la *différence* dans l'opposition, un ensemble d'opérations qui aboutissent éventuellement à la constitution de stéréotypes, comme le souligne Hall (2003), auteur du champ des *cultural studies*.

Nos propos sur les stéréotypes dans le domaine de la santé seront illustrés plus spécifiquement par deux recherches qui portent chacune sur un pays, en particulier les États-Unis et le Burkina Faso. La première s'est intéressée au discours de la santé publique américaine et plus précisément aux pratiques et aux représentations à propos de la catégorie de race située dans son contexte historique et politique (Cloos, 2015 a,b). La seconde, a quant à elle, permis de constater la circulation des stéréotypes à propos des groupes ethniques parmi les professionnels de santé au Burkina Faso et de discuter les conséquences potentielles de ces stéréotypes sur une politique sanitaire (Belaid et al., sous-presse).

2. FAIRE LA DIFFÉRENCE POUR PLUS D'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UNE PRATIQUE LÉGITIME ?

L'un des modèles théoriques auxquels répond la santé mondiale s'inscrit directement dans l'approche des déterminants sociaux de la santé. Il s'arrime à des valeurs telles que l'équité et la justice sociale. Comme pour la santé publique, la finalité d'une telle perspective réside dans l'amélioration de la santé des populations sur la base de ces valeurs (Beaglehole & Bonita, 2010 ; Pedersen, 2012). Celles-ci visent à assurer un accès aux services et aux soins de santé pour tous, indépendamment des différences culturelles ou du statut social. La recherche d'équité en santé et la réduction des inégalités sociales vont donc de pair. Dans cet ordre d'idées, il paraît donc logique de penser que des politiques antidiscriminatoires se révèlent pertinentes pour assurer non seulement l'accès aux soins pour tous mais également, et de façon plus générale, l'accès aux ressources et aux opportunités (éducation, emploi, logement, alimentation, transport, par exemple). L'Organisation Mondiale de la Santé souligne que « l'interdiction de la discrimination ne signifie pas que les différences ne doivent pas être reconnues » (2002 :11). Ainsi *faire la différence* serait légitime mais seulement pour garantir l'équité entre les groupes et le droit à la santé. Mais de quels groupes parle-t-on, qui les définit et comment ?

Aux États-Unis comme ailleurs, les gens s'identifient ou sont identifiés à une ou plusieurs catégories raciales, catégories qui découlent d'une classification historique et politique de la population américaine dont le caractère dynamique et fluide est évident. Ainsi, les catégories raciales d'hier ne sont plus tout à fait les mêmes aujourd'hui. Cet aspect illustre le caractère fondamentalement social et contextuel de cette classification dans la mesure où de nouvelles catégories sont apparues et la composition de chacune d'entre elles varie au cours du temps. Les acteurs de la santé publique se réfèrent à cette forme de classification, qu'ils associent à leur technique pour développer un savoir médical et sanitaire.

La citation suivante illustre le type de question posée aux participants dans les études : « vous percevez-vous Blanc, Noir ou Africain-Américain, Hispanique ou Latino, Asiatique-Américain, Hawaïen ou d'une île du Pacifique, ou Indien-Américain ou Autochtone », (Neumark et al., 2002). Ces étiquettes renvoient à des couleurs, des origines, des espaces géographiques, la culture et la langue, et même à l'indigénat. Les catégories raciales et ethniques sont standardisées et institutionnalisées, dans la mesure où elles répondent aux normes de l'Office of *Management and Budget*, un département fédéral. Le Surgeon General (2001) nous apprend que ce département a récemment choisi de séparer les Asiatiques de la catégorie des Hawaïens et des habitants d'une île du Pacifique. Ce type de catégorisation possède deux fonctions, nous dit-on : celle de standardiser l'information et celle de vérifier l'allocation non discriminatoire des fonds fédéraux. Cela signifie que la recherche financée par le Département de la santé doit utiliser ce type particulier de standardisation.

3. COMPRENDRE LE CONTEXTE HISTORIQUE ET POLITIQUE DE L'IDÉE DE RACE

La race ne devrait pas simplement être vue comme un mot, un terme ou une catégorie : c'est une idée qui s'est rationalisée depuis plusieurs siècles pour marquer la *différence*. Une idée qui cible tant les corps que les groupes, qui s'est progressivement constituée à partir des Lumières et qui a accompagné le développement concomitant des États-nations européens et nord-américains (Loomba, 2005). Une idée qui doit aussi être située tant du point de vue du pouvoir politique que des sciences et des colonialismes modernes (Bibeau et Pedersen, 2002 ; Hall, 2003), et qui a été progressivement institutionnalisée et prise en charge par les lois et les codes. La race allait devenir un instrument du pouvoir et une idée politique de la différence centrée sur les corps.

L'idée de race peut être mise en relation avec le racisme qui fut théorisé par Foucault (1997). Le racisme aurait permis à l'État de justifier dans le passé les guerres coloniales à l'encontre de certaines populations jugées non seulement différentes mais également inférieures. Ce rapport hiérarchique découlait d'une classification bâtie sur un ensemble d'attributs biologiques corporels (la couleur de la peau, la forme du visage) auxquels furent associés des caractéristiques tantôt mentales, tantôt intellectuelles ou encore sexuelles. Une forme de classification de l'humanité qui allait permettre de légitimer la traite transatlantique et les colonialismes. Les pratiques de l'état moderne et de ses institutions trouvaient leur justification dans des représentations et des pratiques à propos des autres devenus racialisés. La racialisation, et donc la couleur de peau, allait ainsi contribuer à déterminer le statut social qui, par le biais de politiques et de lois, régissait les conduites des uns et des autres et les rapports sociaux.

Aujourd'hui, il est généralement admis que le racisme n'a pas de fondement scientifique. La supériorité de certains groupes sur d'autres n'est, en général, plus reconnue dans le discours scientifique comme elle l'était auparavant. Toutefois, dans le domaine de la santé publique, l'on dit que certains sont en meilleure santé que d'autres. Que certains se comportent plus en santé que d'autres. Et que certains vivent plus longtemps que d'autres. Tout cela sur une base raciale, ethnique ou culturelle. Dans ce sens, les pratiques persistent à façonner la hiérarchie raciale et sanitaire, avec le « Blanc » faisant la plupart du temps office de norme. Les pratiques reproduisent ainsi l'idée de majorité blanche (souvent implicitement) et de minorités raciales englobant les populations dites non blanches.

4. L' « AUTRE » : UN OBJET CULTUREL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Cloos (2015a) suggère que les limites entre les idées de culture et de race apparaissent comme étant plutôt poreuses dans beaucoup d'études de santé publique ; ces termes se superposent et se réfèrent tous à des ensembles censés correspondre à des personnes et des groupes ayant des similitudes entre eux et auxquels les gens viendraient à s'identifier. Krieger et al. (2003), comme d'autres, partent de *l'a priori* que chaque race ou ethnicité est un groupe possédant un « héritage culturel commun ». De même, écrit le Surgeon General dans son rapport (2001),

tout groupe se définit par une même culture : un héritage commun, un ensemble de croyances, de normes et de valeurs, ou encore par un système de significations partagées. La culture, de concert avec d'autres facteurs, façonne la santé, écrit le Surgeon General.

Les croyances culturelles seraient la base de l'action des gens, écrivent Needle et al. (2003). Il s'agirait donc de s'atteler à circonscrire la culture du groupe afin de pouvoir éventuellement changer les comportements et finalement les résultats de santé. On retrouverait une certaine similitude parmi les individus d'un pays, d'un continent ou encore d'une race dans la manière d'exprimer la maladie : par exemple, on peut lire dans le rapport du Surgeon General que les patients latinos, surtout les femmes des Caraïbes, présentent une symptomatologie commune qualifiée d'*ataque de nervios*, un phénomène qui inclut « des cris incontrôlables, des crises de pleurs, des tremblements, et une agression physique et verbale » (2001 : 11). La question n'est évidemment pas ici de nier l'empreinte culturelle de la santé/maladie. Mais peut-on penser que les personnes identifiées à un groupe sur une base raciale ou ethnique donnent toute la même signification à la maladie, et peut-on d'ailleurs dissocier les représentations du contexte social et d'autres catégories sociales comme le statut social et le genre ? De plus, la description de ce genre de comportement n'est-elle pas à voir comme une fabrique de stéréotypes dans la mesure où, dans l'exemple précédent, ces femmes sont réduites à quelques éléments pour le moins réducteurs ? Des attitudes et des croyances permettraient donc de caractériser un groupe d'une part et voir en ces aspects culturels une barrière à la bonne santé du groupe, d'autre part ?

Dans l'étude menée au Burkina (Belaid et al., sous-presse), l'identification ethnique des groupes sociaux établit par les professionnels de la santé s'est accompagnée d'une caractérisation culturelle de ces groupes. Ainsi, les pratiques culturelles entourant l'accouchement et le mode d'organisation sociale constitueraient un obstacle à l'usage des services de santé maternelle. Cette perspective rejoint la notion de culturalisme tel qu'énoncé par Fassin (2001), qui rappelle que les experts politiques ou médico-sanitaires considèrent leurs propres représentations comme du savoir, alors que celles des populations sont plutôt vues comme des croyances. Les acteurs de la santé publique en viennent à caractériser non seulement les groupes d'un point de vue culturel, mais aussi l'intervention qu'il s'agit d'adapter aux groupes.

La santé publique comme pratique, culturalise dans la mesure où « elle produit des énoncés et des actes sur la culture de ses usagers dont elle entend transformer les représentations et les pratiques pour leur permettre d'accéder à une existence meilleure ou prolongée » (Fassin, 2005, p. 44-45). Ainsi, il s'agit pour la santé publique de changer la culture du groupe pour lui assurer une meilleure santé. Mais culturaliser les sujets, selon Fassin, signifie aussi pour la santé publique installer une relation d'altérité avec le public. La culture, écrit Abu-Lughod (1991), est une « notion essentielle pour faire l'autre ». La description de la culture des groupes sous-tend pour les acteurs de la santé publique la possibilité de modification ou de changement de leurs comportements de santé (tabagisme, activités sexuelles, habitudes alimentaires, etc.). Mais, par son intermédiaire, les pratiques visent avant tout à faire émerger la différence plutôt que la similitude qui, elle, s'éloigne de leurs préoccupations. Ainsi, malgré son statut anti-essentialiste, pense Abu-Lughod (1991), la culture est une notion qui, comme celle de race, tend à fixer la différence entre le « soi » et l'« autre » (*to freeze difference*), une différence qui devient finalement innée, pense l'auteure.

5. LES STÉRÉOTYPES : OPPOSER POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE

Stereotyping, comme le note Stuart Hall, concerne un ensemble de pratiques représentationnelles, qui « réduisent les gens en quelques caractéristiques assez simples, et qui sont représentés comme étant fixés par Nature » (2003 : 257). Selon Hall, la constitution des stéréotypes joue un rôle majeur dans la représentation de la *différence*. Ce processus engage des pratiques visant à diviser et à exclure (le semblable du différent) : on fixe les limites de façon symbolique (la race blanche, la culture dominante, par exemple) et on exclut tout ce qui n'y appartient pas (les minorités raciales et ethniques). Le constat de Hall est à notre avis applicable aux pratiques de la santé publique. Les oppositions Blancs/non-Blancs, Blancs/Noirs, Blancs/minorité, majorité/minorité, Nord/Sud illustrent parfaitement bien ce genre de pratiques. La constitution des stéréotypes, indique Hall, vise ainsi à confirmer l'ordre symbolique.

Les comportements jugés comme à risque, certaines maladies, la violence, la pauvreté, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le tabagisme, tous ces enjeux de santé publique participent à faire de celui à qui ces caractéristiques sont associées une catégorie sociale sortant de la norme. Cet écart à la norme résulte de mesures de fréquence pour un événement donné et pour chaque catégorie en passant par les calculs statistiques. Les chiffres permettent de quantifier la différence dans la comparaison et de positionner les catégories l'une par rapport à l'autre. Molina (2006), parlant de la santé publique du XXe siècle, suggère que « les groupes dominants produisent le hors norme qu'ils se proposent de contrôler » tout en stigmatisant les gens et les groupes qui sortiraient de la normalité.

Dans les études de santé publique aux États-Unis (Cloos, 2015), le « Blanc » représente souvent la richesse, le progrès, la technologie, la modernité, la bonne santé, mais aussi la domination et le racisme (pour expliquer la pauvreté des « autres »). C'est pourtant l'exemple à suivre, la référence. Il est aussi celui qui peut amener les « autres » à un idéal sanitaire. L'« autre » est souvent malade, pauvre, une victime sans assurance médicale et moins éduquée. Le « Noir », pauvre et en mauvaise santé, ayant des conduites à risque, la victime, celui qui a été esclavagisé. L'Amérindien cristallise la spoliation, l'oubli et l'exclusion. Et puis, les nouveaux objets sociaux - Hispanique et Asiatique. La catégorie hispanique est un mélange de « Noir » et de « Blanc », symbole du paradoxe : pauvre mais en bonne santé. L'« Asiatique » représente l'espoir sanitaire des minorités. Au Burkina Faso, les professionnels de la santé qui travaillent dans la région du Sahel opposent les catégories Peul, Bella et Songhai à la catégorie Mossi. Le groupe Mossi est érigé en group modèle favorable aux services de santé contrairement aux autres groupes de la région (Belaid et al., sous-presse).

L'opposition comme pratique crée la différence et les stéréotypes et tend à figer les groupes dans certaines images et assigner des identités sociales et sanitaires. En santé publique, les stéréotypes seraient excusables pourvu qu'il s'agisse de justice sociale. On produirait dans certains cas la différence « pour faire le bien » et « plus seulement pour faire le mal ». Les gens seraient identifiés en fonction de leur couleur de peau pour les faire vivre. Ainsi, la racialisation répondrait à un pouvoir sur la vie (le biopouvoir) mais aussi, et paradoxalement, à un pouvoir sur la mort (le racisme) (Cloos, 2015a).

La violence épistémique accompagnant la création de stéréotypes est tolérée par sa finalité. La fin justifie les moyens, dit-on. En faisant et en reproduisant la différence, l'on reproduit symboliquement l'ordre social. Le pouvoir sur la vie façonne les identités raciales et sanitaires. Ceux-là sont plus riches, se comportent plus sainement et sont donc plus en santé. Les « autres », par contre, toujours les mêmes d'ailleurs, sont moribonds : plus souvent malades, plus souvent morts. Ils sont plus pauvres, sans emploi, pas d'assurance, ils habitent des quartiers pauvres, ils ont moins d'opportunités, moins de ressources. Et le devoir des uns est de les y en sortir. C'est aussi leur pouvoir. Mais toujours dans la *différence*. Pourtant, la pauvreté aux États-Unis concerne toute la population même celle qui est identifiée blanche. Ainsi la pauvreté dans ce pays est loin d'être le problème des seules minorités qui sont toutefois, proportionnellement, plus touchées.² Mais accepter cette évidence impose une remise en question du système capitaliste/néolibéral et la reconnaissance des rapports de classe car le racisme ne pourrait plus être vu comme l'une des seules explications, avec la différence culturelle, pour expliquer les inégalités sociales de santé.

6. LES CONSÉQUENCES POTENTIELLES DES STÉRÉOTYPES SUR LES GROUPES ET LES GENS

Les pratiques et conduites en question ici concernent aussi bien les chercheurs, les professionnels de santé et les comportements des individus. Le stéréotype comme pratique et représentation, écrit Hall (2003), vise à réduire, caractériser, naturaliser l'« autre » dans des images fixes. Ghazal Mir (2005) suggère que les professionnels de la santé attribuent le mauvais état de santé des dites minorités ethniques au manque de responsabilité, au fatalisme et au manque de compliance thérapeutique. L'auteur ajoute que les stéréotypes (qui d'ailleurs circulent aussi à propos des professionnels des soins de santé, souligne-t-il), empêchent la qualité de la communication, ceci pouvant avoir des conséquences négatives sur l'accès aux soins de santé et à l'information, et la prise de décision de la part des professionnels de santé.

Dans l'étude menée au Burkina Faso (Belaid et al., sous-presse), les professionnels de santé ont mobilisé une série de stéréotypes culturels vis-à-vis de certains groupes pour expliquer l'échec partiel d'une politique sanitaire. Ces pratiques conduisent à la stigmatisation de certains groupes et permettent aux agents sanitaires de se déresponsabiliser de la faible utilisation des services de santé maternelle par ces groupes. La stigmatisation peut renforcer la discrimination et conduire à l'exclusion, comme le rappelle Massé (2012). Et Massé d'ajouter que les individus s'identifiant au groupe jugé hors norme peuvent très bien adopter le comportement à risque qui lui est attribué.

Dans un contexte de rapports de pouvoir comme le colonialisme et le racisme, Fanon (1952/1971) avait déjà discuté le lien entre les images négatives attribuées à un groupe et les comportements individuels. Selon l'auteur de deux choses l'une : soit les individus tentent d'écarter l'image négative que la société leur attribue, soit ils la font sienne. Dans le même ordre d'idées, Cloos (2015b) suggère que la fabrique des identités raciales et sanitaires (tel comportement à risque ou telle maladie plus particulièrement attribuée à telle catégorie sociodémographique) par la santé publique n'est pas sans effet sur les conduites des groupes y étant associées. Azzarito

2 Source: National Center for Children in Poverty. «Poverty by the Numbers. By Race, White Children Make Up the Biggest Percentage of America's Poor» http://www.nccp.org/media/releases/release_34.html

(2007) indique que l'image de bonne santé attribuée au groupe dominant, à l'identité américaine et au succès peut induire des comportements de résistance de la part de certains immigrants. Ceci avait déjà été suggéré par Roy (2003) à propos des taux de prévalence de diabète élevés parmi les Innus au Québec pouvant être interprétés comme un acte de résistance vis-à-vis des services médico-sanitaires associés au pouvoir colonial. En fin de compte, la résistance et le refus de s'identifier aux normes et à certaines représentations sociales sont aussi un droit et la source de liberté. C'est ainsi que la recherche de plus d'autonomie de la part d'une population visée par une intervention sanitaire peut rentrer en conflit avec les programmes de santé publique.

7. VERS UNE DÉNATURALISATION DU DISCOURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE/MONDIALE

La réflexivité est un principe critique qui consiste à réfléchir et à discuter la manière dont les chercheurs et plus largement les acteurs sociaux transforment la réalité (et la connaissance). La réflexivité est une possibilité de rendre compte de la façon dont les pratiques et les représentations sont associées au pouvoir. Un pouvoir de représenter la réalité qui peut avoir des conséquences sur les personnes et les groupes. Un pouvoir réduisant la connaissance à une forme quantitative du savoir, à l'établissement de corrélations et au calcul de statistiques, de prédiction et de risque, et non à la recherche de sens et de complexité, et de fluidité et de mouvement. Appadurai (2005) propose de sortir des images trop statiques du colonialisme. On ne serait pas ou plus, quoi qu'en dise l'état, dans un monde où les conduites des gens sont déterminées par l'appartenance ethnique. L'auteur propose de tenir compte de la mondialisation qu'il décline en plusieurs espaces ou mouvements (personnes, groupes, technologies, finances et idées) pour étudier les conduites. Les grandes idées modernes comme la nation, la démocratie, la science et le progrès qui accompagnent l'étude des inégalités de santé semblent pourtant avoir participé au confinement de l'« autre » dans un espace temporel différent.

La racialisation n'a-t-elle pas finalement pour fonction de constituer un monde imaginé dans lequel les minorités représentent l'exotisme (Afrique, Asie, Alaska, Hawaii, les pays hispaniques). Le gouvernement américain, écrit Appadurai (2005), conclut qu'il n'a pas seulement affaire à une population, mais plutôt à des populations avec des caractéristiques particulières. Les idées de race, d'ethnicité, de culture et d'origine sont apparues comme un moyen de gérer la différence et la variation, comme un moyen de mettre de l'ordre. Dans beaucoup de sociétés, on a plutôt tendance à célébrer la diversité, qui n'en reste pas moins vue comme un problème voire une menace pour la population dominante. Pour preuve, l'accentuation des mouvements migratoires récents en Europe et en Amérique du Nord. À ce propos, Michaels (2009) suggère que la question de la diversité – qui est devenue avec le temps culturelle, raciale ou encore ethnico-culturelle –, occupe beaucoup de place dans le discours politique, social et économique aux États-Unis, par rapport à celle de l'accroissement des inégalités de revenus dans le contexte néolibéral (aux États-Unis et ailleurs). En d'autres mots, on serait dans un discours prônant plutôt le respect de la différence (tout en reproduisant les stéréotypes) que l'égalité sociale.

Les indicateurs socioéconomiques ne sont pas pour autant absents des pratiques de la santé publique ni de la réflexion concernant les liens entre statut social et minorités, mais on a parfois l'impression que la santé publique est parfois plus concernée par l'élaboration et la mise en

œuvre d'interventions culturelles que de stratégies visant à déterminer et modifier les facteurs structurels et institutionnels favorisant l'exclusion. La santé publique en est-elle pourtant un instrument de transformation sociale ? Poser autrement, quelles sont les possibilités pour la santé publique et la santé mondiale de *vraiment* rendre la situation des populations plus équitables ?

8. EN GUISE DE CONCLUSION : RENONCER AUX REPRÉSENTATIONS COLONIALES

La connaissance diffusée par la santé publique est une connaissance souvent fragmentée et réifiée qui présente des groupes opposés de façon plutôt statique et sans similitudes entre eux. Une connaissance qui se fonde notamment sur l'identification raciale et ethnique, élaborée du haut vers le bas, une connaissance théorico-déductive où l'expérience vécue est peu abordée (pourtant pertinente pour l'étude des liens entre racisme et santé). Pourtant, écrit Appadurai (2005), les chercheurs ont tout intérêt à rendre compte des formes sociales post nationales : il faut revoir la notion d'espace, la sortir des limites de la nation telle qu'elle a été définie par le passé. Tenir compte de la déterritorialisation, du mouvement, de la mobilité, bref de la transnationalité et de la création d'imaginaires collectifs qui transcendent les frontières coloniales et qui façonnent les comportements. Il est plus que jamais urgent dans un contexte d'accélération des mouvements migratoires de sortir du discours racialisé, ethniciste et culturaliste, afin de débusquer les autres possibilités qui s'offrent aux gens et de se rendre compte que d'autres pratiques réunissent et forment des groupes (la recherche de dignité et de paix, par exemple).

Toutefois, dans le contexte mondial actuel, l'on ne peut que constater un resserrement des politiques migratoires et la consolidation des États qui malgré l'hétérogénéité grandissante de leur population ont tendance à se replier sur eux-mêmes pour se protéger des autres populations fuyant la guerre et la précarité et emportant avec elles une multitude de stéréotypes.

Comme c'est le cas au Canada, les personnes, dont l'identité sociale se rapporte à l'une des populations qualifiées de minorités visibles, sont particulièrement touchées par la discrimination (Institut de la Statistique du Québec, 2015). Ainsi donc, la recherche en santé mondiale ne peut faire abstraction de l'étude des mécanismes délétères du racisme et, plus globalement, de toutes les formes de discrimination y compris celles qui favorisent les plus nantis aux dépens des plus basses classes, ou encore les citoyens par rapport aux personnes n'ayant pas de statut migratoire. Mais en veillant à ne pas reproduire ni renforcer les stéréotypes qui aboutissent à la stigmatisation et éventuellement l'exclusion sociale.

Références bibliographiques

Abu-Lughod, L. (1991). «Writing against culture», dans R.G. Fox (dir.), *Recapturing Anthropology: Working in the Present* (p. 137-162). Santa Fe : School of American Research Press.

Appadurai, A. (2005). *Après le colonialisme : Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot.

Azzarito, L. « 'Shape up America!' Understanding fatness as a curriculum project». *Journal of the American Association for the Advancement of Curriculum Studies*, 3, 1-25.

Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). What is Global Health? *Global Health Action* (Invited Commentary) 3: 5142

Belaid, L., Cloos, P., & Ridde, V. (sous-presse). « Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso ». *Revue Canadienne de Santé publique*.

Cloos, P. (2015a). *Pouvoirs, Différence et Stéréotypes : Regard Socio-Anthropologique sur la Santé Publique Américaine*. Québec, Presses de l'Université Laval, 208p.

Cloos, P. (2015b). « The Racialization of the U.S. Public Health: A Paradox of the Modern State ». *Cultural Studies/Critical Methodologies*. Special issue '*Biopedagogies of/in Public Health*', 15 (5): 379-386.

DeLaet, D. L., and D. E., DeLaet. (2016). *Global Health in the 21st Century: The Globalization of Disease and Wellness*. USA, New York : Routledge.

Fanon, F. (1952/1971). *Peau noire, masques blancs*. Paris : Seuil.

Fassin, D. (2001). « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun ». Dans J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (pp. 181-208). Paris : Balland.

Fassin, D. (2003). « Naissance de la santé publique : Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989) ». *Genèses, Sciences sociales et histoire*, 4 : 139-152.

Foucault, M. (1997). Cours du 17 mars 1976. Dans *Il Faut Défendre la Société : Cours au Collège de France. 1975-1976* (pp.213-235). Paris : Gallimard/Le Seuil.

Fullilove, M.T. (1998). « Abandoning 'Race' as a Variable in Public Health Research – An Idea Whose Time Has Come ». *American Journal of Public Health*, 88:1297-98.

Hall, S. (dir.) (2003). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Londres : Sage.

Institut de la Statistique du Québec. (2015). *Portrait de la discrimination au Québec*. Ste Foy, Québec : Gouvernement du Québec <http://www.stat.gouv.qc.ca/>

Krieger, N. (2003). «Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: An ecosocial perspective». *American Journal of Public Health*, 93 (2):194–199.

- Loomba, A. (2005). *Colonialism/Postcolonialism* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Massé, R. (2012). « Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques ». *La santé de l'Homme*, 419 : 9-12.
- Michaels, W.B. (2009). *La diversité contre l'égalité*. Paris : Raisons d'Agir.
- Mir, G. (2005). *The Impact of Faith Identity on the health and healthcare of Pakistani Muslims*, Centre for Research on Ethnicity, Nationality and Multiculturalism, University of Surrey: <http://www.surrey.ac.uk/Arts/CRONEM/Conference-2005papers/Ghazala%20Mir.doc> [accédé le 17 février 2016].
- Molina, N. (2006). *Fit to be Citizens? Public Health and Race in Los Angeles, 1879-1939*. Berkeley: University of California Press.
- Muennig, P., & Celina Su. (2013). *Introducing Global Health: Practice, Policy, and Solutions*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Croll F. (2002). Overweight status and eating patterns among adolescents: Where do youths stand in comparison with the Healthy People 2010 objectives? *Amj Public Health*, 92 (5) : 844-851.
- Organisation Mondiale de la Santé. (Juillet 2002). « La santé et les droits humains ». Série santé et droits humains. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, no 1.
- Pedersen, D. (2012). « Vers un paradigme unificateur en santé mondiale ». Dans José Carlos Suàrez-Herrera et Marie-Jeanne Blain (dir.). *La recherche en santé mondiale. Perspective socio-anthropologiques* (pp.45-61). Montréal, Québec, Canada : Acfas.
- Roy, B. (2003). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- US Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/index.html>

Cahiers REALISME
Numéro 11, Décembre 2016

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 11, Décembre 2016

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/