

Commentaire

Pour une santé publique en faveur d'une justice épistémique

Amandine Fillol¹ , Leslie Fonquerne², Linda Cambon¹
et Valéry Ridde³

Résumé:

La santé publique s'oriente de plus en plus vers l'étude des structures oppressives (telles que le racisme, le sexisme, ou le validisme) et de leur influence sur le marché de l'emploi, les systèmes éducatifs et judiciaires, et l'accès aux systèmes de santé de qualité. Ce commentaire vise à proposer une réflexion sur la manière dont ces structures influencent également la façon de faire de la santé publique. À travers le concept d'injustice épistémique, qui décrit le fait que l'organisation sociale influence la possibilité de connaître et de faire valoir sa connaissance dans une société donnée, nous montrons qu'en tant qu'acteur.rice de santé publique, nous pouvons reproduire et renforcer des injustices sociales. Les injustices épistémiques sont la plupart du temps le fruit de structures et de pratiques quotidiennes. Il est nécessaire de développer l'utilisation d'outils permettant de favoriser la réflexivité pour faciliter la mise en perspective des injustices et des privilèges.

Mots clés : connaissances en santé, équité / justice sociale, santé publique, injustice épistémique

Introduction

Le terme de déterminant social de la santé, développé dans les années 1990 (1), a marqué un tournant dans la recherche de justice sociale. La Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé reconnaît la présence d'une « répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national et des injustices qui en découlent » (2), permettant ainsi de donner une nouvelle orientation aux actions en santé. Les écrits

scientifiques tiennent désormais davantage compte de cette répartition inégale, mais aussi des structures oppressives, telles que le racisme, le sexisme, ou le validisme, et de leur influence sur le marché de l'emploi, les systèmes éducatifs et judiciaires, et l'accès aux systèmes de santé de qualité (3). À l'instar d'autres auteurs et autrices (4,5), nous considérons que les activités de santé publique, « malgré les meilleures intentions, peuvent être complices de la mauvaise santé des personnes socialement vulnérables » (4), particulièrement du fait d'injustices épistémiques. Au sein de la santé publique, comme

1. Université Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, MÉRISIP / PHARES Équipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, Bordeaux, France / CHU de Bordeaux, Service de prévention, Bordeaux, France / Univ. Bordeaux, ISPED, Chaire Prévention, Bordeaux, France.
2. Centre d'Epidémiologie et de Recherche en santé des POPulations (CERPOP), Equity, Université Toulouse Paul Sabatier, France.
3. Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, Paris, France / Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

*Leslie Fonquerne is also affiliated with CERTOP (Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir), Université Toulouse 2 Jean Jaurès.

Correspondance à: Amandine Fillol, Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, MÉRISIP; PHARES Équipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France; CHU de Bordeaux, Service de prévention, F-33000 Bordeaux, France; Univ. Bordeaux, ISPED, Chaire Prévention, F-33000 Bordeaux, France. Email: amandine.fillol@u-bordeaux.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 20 octobre 2022. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 1 juin 2023).

dans l'ensemble de la société, les structures oppressives limitent la possibilité pour certaines personnes de faire entendre leur voix et de contribuer intellectuellement aux discours, aux connaissances, aux décisions et aux actions (4,6). Les actions de santé publique sont généralement créées et dirigées par une petite partie de la population, le plus souvent socialement ou financièrement privilégiée, amenée à résoudre les problèmes de vulnérabilité d'une autre partie de la population socialement vulnérable (7). Par ce biais, sans pratique réflexive systématique, la santé publique peut reproduire des injustices sociales en limitant la diversité des personnes, des discours et des idées dans la production des connaissances, des décisions et des actions. Les changements nécessaires, en faveur d'une plus grande justice épistémique en santé des populations, passent donc par la remise en question de certains privilèges (avantages sociaux en raison de l'appartenance à un groupe dominant) épistémiques. Alors, comment rendre ce concept de réflexivité opérationnel? Ce commentaire a pour objectif de proposer des pistes de solution pour favoriser la représentation sociale, dans sa diversité, au sein de la santé publique, à partir du concept émergent d'« injustice épistémique ». Après l'avoir défini, nous montrerons de quelle manière cette injustice ainsi que le rôle des structures oppressives dans l'activité de santé publique peuvent mutuellement s'influencer. Dans un second temps, nous proposerons des pistes de solution favorables à une justice épistémique dans l'action en santé publique.

Quand la valorisation de ce que l'on « sait » dépend de notre position sociale : les injustices épistémiques

Le concept d'injustice épistémique permet de comprendre comment l'organisation sociale influence la possibilité de connaître et de faire valoir sa connaissance dans une société donnée (8). Deux types d'injustices épistémiques se distinguent.

D'une part, l'injustice de témoignage (testimonial injustice) consiste en la décredibilisation des connaissances portées par une personne du fait de ses caractéristiques sociales. Cette injustice est étudiée dans le cadre des soins de santé. En consultation médicale, le jugement épistémique du personnel de santé peut amener à ignorer, nier, dévaloriser les récits d'expérience des patients et

patientes ou au contraire à les reconnaître comme des connaissances légitimes. Dans le cadre de consultations gynécologiques, les femmes font régulièrement face à une négation de leurs souffrances liées à la contraception ou aux menstruations de la part des membres du corps médical. Par conséquent, l'ensemble du panel contraceptif est rarement présenté (9). Par ailleurs, aux États-Unis d'Amérique, à situation égale, les personnes latino ou noires-américaines recevraient moins de traitements pour la douleur que celles identifiées comme étant blanches (10). Il a également été montré que le stéréotype du syndrome méditerranéen¹ est un obstacle à la prise en charge des personnes racisées dans les hôpitaux en France. Ces injustices épistémiques trouvent leurs racines dans les divers systèmes d'oppression, ici le sexisme et le racisme.

D'autre part, l'injustice herméneutique ou d'interprétation (hermeneutical injustice) désigne l'impossibilité pour certaines personnes de faire valoir leurs expériences avec leurs mots car la société en légitime d'autres. Ainsi, les aspects essentiels de l'expérience d'une personne peuvent être occultés dans la compréhension d'un vécu reposant sur les témoignages de la population générale concernée. Ces témoignages sont souvent considérés comme crédibles, car issus de personnes dominantes. Pendant de nombreuses années, il a été impossible pour certaines femmes de nommer l'expérience de harcèlement qu'elles subissaient, et ainsi d'être reconnues comme victimes, car le concept n'était pas reconnu de façon collective (8). Dans le champ médical, sous couvert d'une supposée nature fragile ou hystérique des femmes, et donc d'une décredibilisation du témoignage de leurs symptômes, l'endométriose peine à être reconnue comme une maladie, entraînant un délai de diagnostic de sept à dix ans en France (11). Les différents types d'injustices s'appréhendent au sein d'un même continuum : ici, l'endométriose peine à être reconnue à la fois du fait des caractéristiques sociales des personnes concernées (femmes) (injustice de témoignage), entraînant une difficulté à faire valoir leurs expériences (injustice herméneutique).

Si l'on observe des injustices épistémiques entre le personnel et les usagers. ères du système de santé, de telles injustices peuvent aussi se présenter dans le domaine de la santé publique. Par exemple, dans le cadre de projets de recherche ou d'interventions, les

opinions de chaque acteur. rices seront inégalement prises en compte, selon que ces connaissances soient ou non valorisées par les personnes dominantes du partenariat (12). Or, une absence de considération peut reproduire des effets délétères sur la santé, notamment en réduisant des comportements dits à risque à des choix individuels. En effet, les groupes sociaux minoritaires ou à faible pouvoir socio-économique adoptent des comportements plus néfastes pour la santé que les groupes sociaux plus privilégiés (13). Pourtant, ces comportements, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, les conduites à risque (sexuelles, sur la route) peuvent s'appréhender comme des stratégies de résistance sociale à une situation défavorable. L'adoption consciente ou non de telles stratégies favorise de nombreux problèmes de santé mentale et physique, dont la responsabilité reviendrait moins aux individus qu'à l'organisation de la société (14,15).

Comme il a déjà été montré par ailleurs (16), une oppression sociale va de pair avec une oppression épistémique, c'est-à-dire une impossibilité de reconnaître, conceptualiser ou partager une expérience de discrimination. Ces stratégies sont parfois interprétées en santé publique comme le résultat d'un manque d'information ou d'une certaine inconscience, voire d'une irresponsabilité individuelle, ce qui reproduit alors ces injustices épistémiques.

Lutter contre les injustices épistémiques en santé publique : opter pour une « objectivité forte » et donc située

Les travaux portant sur les injustices épistémiques traitent peu la présence de ces dernières dans la sphère scientifique. Pourtant, la production scientifique participe à légitimer un mode de vie épistémique défavorable à certains groupes sociaux. Les épistémologies féministes et décoloniales ont pourtant impulsé une réflexion sur la façon dont les dynamiques sociales conditionnent la production des connaissances (12). Pour Haraway (17) et Harding (18), pionnières des épistémologies du « parti pris féministe » (*feminist standpoint*), des « savoirs situés » ou du « point de vue situé » (*standpoint*), tout savoir est subjectif. Selon ce point de vue, le savoir est produit à partir d'une position spécifique dans les rapports sociaux, laquelle a une influence sur la nature des savoirs produits. Les

scientifiques et les acteurs, rices de santé publique pensent à partir d'un point de vue qui peut être considéré, à tort, comme étant neutre.

Pour pallier ce biais, Harding propose d'adopter une « objectivité forte » (*strong objectivity*) (18) en situant le point de vue depuis lequel les connaissances sont produites. Par exemple, admettre que la médecine de la reproduction est axée sur la gouvernance des corps des femmes permet de montrer qu'elle a tardé à reconnaître que les hommes peuvent contribuer à l'infertilité du couple (19). Dans une même logique, la stratégie internationale des 1000 jours invisibilise la responsabilité des hommes dans la qualité de vie de leur progéniture (20). Vingt fois plus de recherches sont menées sur l'impact du mode de vie des femmes, plutôt que celui des hommes, sur le fœtus (21). Or, en responsabilisant fortement les femmes, ces recherches favorisent l'anxiété maternelle, qui elle-même se répercute sur le fœtus (22). En faisant l'impasse sur une « objectivité forte », la stratégie des 1000 jours devient contre-productive.

Remettre en question le point de vue scientifique dominant, trop souvent pensé comme neutre, permet de révéler les relations de pouvoir présentes dans la production des connaissances et de tendre vers davantage d'objectivité (23). Comment un système de production des connaissances scientifiques, majoritairement dominé par une partie de la population (privilégiée), pourrait-il prétendre à quelque neutralité que ce soit dans l'analyse des faits sociaux ?

Les parties prenantes de la santé publique sont concernées par ces enjeux pour au moins trois raisons. En premier lieu, il existe une faible culture de la réflexivité sur la manière dont les connaissances scientifiques sont liées à des enjeux sociaux, alors même que ces connaissances font partie intégrante des systèmes étudiés. Si davantage de personnes prennent conscience de la dimension orientée des activités scientifiques (selon qui y prend part et les mène, et par qui les idées sont véhiculées), il est rare de trouver des outils permettant de déconstruire les modalités de l'activité scientifique et les inégalités la conditionnant. En deuxième lieu, alors que les modalités « participatives » des recherches sont encouragées en santé publique, elles n'amènent pas toujours à une réelle prise en compte des points de vue de chacun.e. En effet, il ne suffit pas de rassembler des personnes « autour de la table » pour que chaque

voix soit entendue (24). L'injustice épistémique permet de comprendre que chacun.e d'entre nous est influencé.e par des biais implicites, qui conditionnent à la fois la prise de parole et la capacité d'écoute. Enfin, les stratégies de santé publique mises en place véhiculent des idées situées. En favorisant la transmission de certaines connaissances par rapport à d'autres dans les stratégies de transfert/mobilisation des connaissances, et en ne reconnaissant pas d'autres expériences épistémiques que la nôtre, nous pouvons reproduire ces injustices. Nous participons alors à perpétuer et renforcer un ordre social plus global, qui distingue les connaissances considérées comme légitimes de celles qui ne le seraient pas.

Ainsi, nous souhaitons partager deux outils propices au développement de pratiques en santé publique plus justes. Le premier est une grille d'analyse de la prise en compte des inégalités sociales dans les projets de recherche (25). Cette grille comprend un *continuum* de six types d'actions ciblés sur les causes des inégalités en santé publique allant de leur « discréditation » (*discredit*) à la « perturbation » (*disrupt*) des causes fondamentales des inégalités. Ce *continuum* permet de poser une base de dialogue pour envisager la portée des actions en regard de l'équité en santé. Le deuxième outil est un guide d'auto-évaluation permettant d'explicitement comment les parties prenantes à une recherche participative contribuent à la définition des objets des études (12). À ce jour, il n'existe pas de retour sur l'utilisation de tels outils ou même sur la prise en compte des injustices épistémiques en recherche en santé publique. Ces questions touchent à des structures établies, souvent implicites, que chacun et chacune peut plus ou moins reproduire. L'usage de ces outils permettrait alors de « perturber » les injustices au sein de la santé publique sans prétendre proposer de solutions idéales. Il s'agit de susciter un intérêt pour ces enjeux en favorisant l'utilisation de ces outils et les réflexions à ce sujet.

Conclusion

Il serait aisé d'imaginer que les injustices épistémiques soient le résultat d'actions malveillantes volontaires. Or, elles sont la plupart du temps le fruit de structures et de pratiques quotidiennes qui méritent d'être analysées en développant une remise en question des injustices et des privilèges, y compris chez nous-mêmes, scientifiques. En ce sens,

des sociologues mettent au jour des tabous méthodologiques tels que l'absence de réflexivité dans la relation d'enquête (26), et alertent sur les biais cognitifs que cela engendre. Il s'agit alors de systématiser l'exercice de réflexivité en interrogeant d'une part son positionnement social, le cadrage théorique choisi ou encore, son approche épistémologique, et leur influence sur les pratiques. D'autre part, il nous faut questionner les rôles endossés durant l'exercice de nos travaux, selon qu'ils soient de notre propre initiative ou qu'ils nous soient attribués par les autres.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iD

Amandine Fillol  <https://orcid.org/0000-0003-2395-8185>

Note

1. Stéréotype raciste consistant à considérer que les personnes (nord-)africaines ou noires exagèrent leurs symptômes ou leurs douleurs (27).

Références

1. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Paris : John Libbey Eurotext; 1996.
2. Commission on Social Determinants of Health. Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2009.
3. Abubakar I, Gram L, Lasoye S, Achime ET, Becares L, Bola GK, et al. Confronting the consequences of racism, xenophobia, and discrimination on health and health-care systems. *The Lancet*. 2022; 400: 2137–2146.
4. Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y. Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health*. 2020; 5: e003394.
5. Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? *The Lancet*. 2020; 396: 1627–1628.
6. Bourdieu P. La distinction. Critique sociale du jugement. Paris : Éditions de Minuit; 1979.
7. Ridde V, Ouédraogo S, Yaya S. La santé publique francophone : une aveuglante absence de diversité. *AOC*. 2021 Fev 15.

8. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
9. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! » Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé Publique*. 2021; 33: 663–673.
10. Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Med*. 2012; 13: 150–174.
11. Millepied AC. Visualiser l'endométriose. *Rev D'anthropologie Connaiss*. 2020; 14: 1–22.
12. Godrie B, Boucher M, Bissonnette S, Chaput P, Dupéré S, Gélinau L, et al. Injustices épistémiques et recherche participative : un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. *Int J Community Res Engagem*. 2020; 13: 17.
13. Factor R, Kawachi I, Williams DR. Understanding high-risk behavior among non-dominant minorities: a social resistance framework. *Soc Sci Med*. 2020; 73: 1292–1301.
14. Sosoo EE, Bernard DL, Neblett EW Jr. The influence of internalized racism on the relationship between discrimination and anxiety. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2019; 26: 570.
15. Carr ER, Szymanski DM, Taha F, West LM, Kaslow NJ. Understanding the link between multiple oppressions and depression among African American women: the role of internalization. *Psychol Women Q*. 2014; 38: 233–245.
16. Adadevoh IO. Women's epistemic exclusion and the question of equitable and sustainable educational empowerment. *Philica*. 2011; 1–9.
17. Haraway D. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Fem Stud*. 1998; 14: 575–599.
18. Harding S. Rethinking standpoint epistemology: what is "strong objectivity?" *Centen Rev*. 1992; 36: 437–470.
19. Belgherbi S, La Rochebrochard E (de). Can men be trusted in population-based surveys to report couples' medical care for infertility? *BMC Med Res Methodol*. 2018; 18: 1–9.
20. Jarty J, Fournier T. « Healthy children, healthy nations. » Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui ? *Enfances Fam Génér*. 2019; 33: 1–23.
21. Sharp G, Schellhas L, Richardson S, Lawlor D. Time to cut the cord: recognizing and addressing the imbalance of DOHaD research towards the study of maternal pregnancy exposures. *J Dev Orig Health Dis*. 2020; 10: 509–512.
22. GESCI. La recherche médicale au prisme du genre. Les « 1000 jours » ou l'héritage maternel jusque dans les gènes : généalogie sexuelle d'un programme de biosciences ; 2021 janv 22; Toulouse. Toulouse: CERTOP ; 2021.
23. Courau T, Jarty J, Lapeyre N. Le genre des sciences. Approches épistémologiques et pluridisciplinaires. Lormont : Le Bord de l'Eau; 2022.
24. Godrie B, Juan M, Carrel M. Recherches participatives et épistémologies radicales: un état des lieux. *Participations*. 2022; 32: 11–50.
25. Plamondon KM. A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*. 2020; 20: 224.
26. Clair I. La sexualité dans la relation d'enquête : Décryptage d'un tabou méthodologique. *Rev Fr Sociol*. 2016; 57: 45–70.
27. Dergham M, Charles R. Le « syndrome méditerranéen » : une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies. *Médecine*. 2020; 16: 460–464.