

Quel savoir a droit de cité ?

Colonialité du savoir, rencontre clinique et inégalités sociales de santé maternelle dans le sud du Nigeria

Josephine Aikpitanyi^{1, 2, 3}

1. *Institut de recherche en santé et société, Université catholique de Louvain, Belgique*
2. *F.R.S-FNRS, Fonds de la recherche scientifique, Belgique*
3. *Institut de recherche économique et sociale, Université catholique de Louvain, Belgique*

Dans le domaine de la santé maternelle, les données sont sans équivoque : les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés, des zones rurales et des communautés historiquement marginalisées font systématiquement face à des résultats moins bons que leurs homologues mieux loties, aussi bien dans les pays à hauts revenus que dans les pays à faibles revenus (Souza et al., 2024). Le paradigme de l'accès, qui a orienté une grande partie des politiques mondiales de santé maternelle au cours des dernières décennies, s'appuie sur une logique cohérente et solidement étayée : réduire la distance — physique, financière et informationnelle — entre les femmes et les services de santé constitue une condition nécessaire à l'amélioration des résultats et à la réduction des inégalités (Gabrysch et Campbell, 2009).

Pourtant, la persistance des inégalités de santé maternelle, y compris là où l'accès aux soins s'est considérablement amélioré, souligne une dimension du problème que le paradigme de l'accès seul ne peut résoudre. Si la couverture des soins de santé progresse sans que les inégalités sociales se réduisent au même rythme, comprendre ce qui se passe au cours des prises en charge devient une question primordiale. Précisément, notre recherche sur les inégalités sociales de santé est née du décalage entre notre cadre disciplinaire initial - l'économie de la santé, centrée sur la quantification des résultats, la modélisation de l'accès et l'évaluation des interventions - et les réalités de terrain, qui révélaient des dimensions épistémiques, relationnelles et symboliques des inégalités insuffisamment prises en compte par les concepts alors mobilisés.

Mon positionnement prend appui sur une distinction formulée par Graham (2004) : la différence entre la configuration sociale de la santé — la distribution documentée de qui tombe malade et de qui ne tombe pas malade — et les processus sociaux par lesquels ces configurations sont produites et reproduites. La première a fait l'objet d'une cartographie approfondie, notamment dans le cadre de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH, 2008), qui a situé les inégalités de santé dans la structure sociale plutôt que dans le comportement individuel. Les seconds — les mécanismes par lesquels ces

inégalités se produisent et se reproduisent au sein des institutions et dans les rencontres de la pratique quotidienne en matière de santé — demeurent, comme l'a soutenu Graham, sous-théorisés. Cet article constitue une contribution à ce second projet.

Dans le champ spécifique de la santé maternelle, cette sous-théorisation a pris une forme particulière. Le modèle des trois retards (Thaddeus et Maine, 1994) — qui identifie trois moments critiques susceptibles de retarder l'accès à des soins adéquats : le retard dans la décision de consulter, le retard dans l'acheminement vers les soins et le retard dans la réception de soins appropriés — a constitué pendant trois décennies le cadre dominant de la recherche mondiale en santé maternelle. Malgré les apports considérables de ce modèle, il est peu adapté pour examiner ce qui se passe une fois que les femmes ont franchi le seuil de la structure de santé. Les cadres de soins maternels respectueux (Bohren et al., 2014) ont commencé à combler cette lacune en théorisant la dimension relationnelle et qualitative de la rencontre de soins. Je m'inscris dans ce prolongement, en y ajoutant une réflexion épistémique sur les savoirs légitimes au cours de ces rencontres, et, réciproquement, quels savoirs ne le sont pas.

Trois cadres conceptuels, bien que précieux, laissent dans l'ombre des aspects importants de ce tableau. Les approches par facteurs de risque tendent à se concentrer sur des variables individuelles, occultant ainsi l'architecture relationnelle et institutionnelle dans laquelle ces risques sont produits (Link et Phelan, 1995). Les cadres de vulnérabilité, si bien intentionnés soient-ils, risquent de positionner les femmes comme des destinataires passifs de préjudices structurels plutôt que comme des navigatrices actives et ingénieuses au sein de systèmes complexes. Les cadres centrés sur la discrimination et la domination saisissent des dimensions importantes de l'exclusion, mais s'avèrent moins à même de saisir les dynamiques plus subtiles du savoir et de la reconnaissance pourtant centrales dans la manière dont les inégalités sont vécues au sein de la rencontre de soins (Krieger, 2001). L'enjeu est de proposer un cadre capable d'articuler simultanément ces différentes dimensions. A partir d'une enquête menée durant trois mois entre 2024 et 2025 auprès de six groupes de discussion réunissant soixante femmes en âge de procréer dans le sud du Nigeria, notre contribution vise à rendre compte dans quelle mesure l'organisation même des soins peut reproduire les inégalités sociales qu'elle est censée réduire.

Méthode : la valeur de l'écoute attentive

L'analyse des inégalités telles qu'elles prennent forme au sein de la rencontre de soins, en s'attachant autant à l'expérience et au sens qu'à la structure a des implications méthodologiques directes. Comprendre comment les femmes donnent du sens à la grossesse, comprennent ce qui se passe dans leur corps, naviguent dans les décisions de soins et

négoient entre différents cadres de signification exige des méthodes capables de collecter ce type de savoir au-delà des instruments d'enquête standardisés et des questionnaires structurés.

Cette orientation épistémologique s'inscrit dans une démarche largement redevable à Bourdieu. Elle cherche à saisir des dispositions socialement structurées — ce que Bourdieu (1980) nomme l'*habitus* — c'est-à-dire les schèmes de perception, d'appréciation et d'action que les individus incorporent au fil de leur trajectoire sociale et qui orientent, souvent à leur insu, leurs pratiques de santé et leur rapport aux institutions de soins. Dans cette perspective, les représentations que les femmes formulent à propos de leur grossesse, de leur corps ou des soins qu'elles reçoivent sont le produit de conditions sociales objectivées, et ne peuvent être pleinement comprises qu'en les rapportant aux structures qui les ont engendrées. Cette démarche implique une vigilance réflexive de la part de la chercheuse — non pas au sens d'une simple prise de conscience subjective de ses propres biais, mais au sens bourdieusien d'une objectivation des conditions sociales et institutionnelles qui structurent la relation d'enquête elle-même, et notamment la position de la chercheuse vis-à-vis des participantes (Bourdieu et Wacquant, 1992).

Kleinman (1988) a soutenu que les modèles explicatifs par lesquels les patients interprètent leurs symptômes et s'orientent dans les soins ne sont pas périphériques au comportement de santé, mais en constituent le cœur même. Une méthodologie adéquate à cette intuition doit créer les conditions nécessaires pour que ces modèles puissent être exprimés, explorés et confrontés. C'est précisément ce que permettent les groupes de discussion: leur dynamique collective crée les conditions d'une mise en visibilité des dispositions partagées que l'entretien individuel ne saurait atteindre. Lorsque des femmes débattent entre elles de ce qu'elles vivent dans leur corps, de la confiance qu'elles accordent ou non aux soignants, ou de ce qui leur semble possible ou impossible dans une consultation, elles ne livrent pas seulement des récits personnels ; elles actualisent, ajustent et parfois contestent collectivement des normes et des catégories de perception socialement constituées. C'est dans ces dynamiques d'accord, de désaccord et de négociation entre les participantes que l'*habitus* collectif — les manières d'être et de percevoir propres à un groupe social — devient observable.

C'est précisément ce type de données — collectives, interprétatives et ancrées dans les contextes sociaux où le sens est construit — qui soutient la logique de construction théorique dans laquelle s'inscrit ma démarche de recherche. Cette démarche est proposée en complément, et non en critique, des traditions épidémiologiques qui ont contribué à documenter l'ampleur et la répartition des inégalités de santé maternelle. Comme l'a observé Krieger (2011), différentes traditions méthodologiques ont des points forts distincts :

l'épidémiologie offre une précision dans la cartographie des configurations à l'échelle des populations, tandis que les approches qualitatives et théoriquement informées sont mieux placées pour examiner les processus par lesquels ces configurations sont produites. Les deux sont nécessaires.

Ce que les femmes savent et ce que les systèmes de santé sont conçus pour voir : une question épistémique

Les systèmes de santé maternelle sont structurés autour d'un régime particulier de savoirs — biomédical, standardisé, orienté vers la mesure — qui tend à rendre invisibles d'autres façons de comprendre le corps, la grossesse, les causes des complications obstétricales ainsi que leurs issues. Ce que les femmes savent, ce qu'elles croient, ce qu'elles ressentent, ainsi que le sens qu'elles donnent à leur expérience de soins, ne disparaissent pas lorsqu'elles franchissent la porte d'une structure de santé. Ces dimensions entrent en contact — parfois en tension — avec les catégories et les protocoles d'un système qui n'a pas été conçu pour les accueillir.

Cette dimension épistémique n'est pas dissociable d'une histoire coloniale. Les hiérarchies de savoirs qui structurent les systèmes de santé contemporains portent l'empreinte d'un projet épistémologique colonial dont Quijano (2007) a analysé la logique avec précision : l'installation du savoir occidental comme étalon universel, à l'aune duquel toutes les autres traditions épistémiques sont évaluées et, presque invariablement, jugées déficientes. De Sousa Santos (2011) nomme « épistémicide » l'effacement systématique de formes de savoir non occidentales au profit d'une rationalité dominante qui se présente comme universelle mais qui est, en réalité, située. Dans le contexte de la santé maternelle en Afrique subsaharienne, cette dynamique se manifeste de manière concrète : les cadres spirituels, relationnels et communautaires à travers lesquels les femmes comprennent la grossesse et le soin sont régulièrement requalifiés, dans le discours clinique et de santé publique, comme des obstacles, des croyances ou des signes d'une littératie en santé insuffisante — non pas parce qu'ils sont inefficaces, mais parce qu'ils sont illisibles dans le langage du système (Bhakuni et Abimbola, 2021). Reconnaître cette dynamique n'est pas une critique de la pratique clinique individuelle. C'est une invitation à se demander quel savoir a droit de cité au sein des systèmes de santé, pourquoi, et ce que cela coûte aux femmes dont l'expérience n'est pas aisément traduite dans des termes reconnus par ces systèmes.

Les soixante femmes de cette étude étaient lettrées, maîtrisant les cadres biomédicaux, profondément savantes dans les cadres spirituels et relationnels, et remarquablement habiles à articuler entre eux ces registres de savoir. Une femme pouvait assister à chaque consultation prénatale, prendre des compléments alimentaires (*fer, acide folique*) et suivre les instructions de la sage-femme tout en priant pour sa grossesse, consultant un guérisseur traditionnel ou respectant les interdits alimentaires que sa grand-mère lui avait transmis. Ce n'étaient pas des contradictions. C'était une réponse sophistiquée et stratifiée à un domaine d'incertitude incompressible, mobilisant toutes les ressources disponibles en savoir et en sens pour traverser une expérience déterminante de la vie d'une femme. Une participante l'a exprimé avec une clarté qui mérite d'être citée :

« I have spiritual protection that I rely on during pregnancy... I also use herbal remedies that were recommended by my mother... But I cannot tell the doctor because he might stop attending to me. »

Or, les cadres spirituels, les compréhensions relationnelles de la causalité et les pratiques traditionnelles sont régulièrement catégorisés dans le discours clinique et de santé publique comme des obstacles aux soins, comme des indices d'une littératie en santé insuffisante ou de systèmes de croyances qui entravent des comportements jugés appropriés (Kleinman, 1988). Les professionnels de santé vivent rarement cette catégorisation comme un acte de pouvoir. Elle se présente plutôt comme la conséquence naturelle de l'application des données probantes à la pratique.

Cependant les conséquences de cette dynamique pour les femmes étaient concrètes et observables notamment lors des complications de grossesse. Lorsque leur compréhension de ces situations reposait sur des croyances fatalistes, le témoignage de ces femmes était interprété par le personnel clinique comme l'expression d'un déficit justifiant une intervention corrective. Cette requalification est alors une source d'inégalité puisqu'elle va avoir des répercussions sur le type de savoir valant la peine d'être apporté en consultation clinique, amenant les femmes à occulter ce qui risque d'être mal reçu, en ne disant que ce que le système est disposé à entendre. Cette forme d'inégalité sociale n'apparaît dans aucune mesure de résultat, ni dans aucune statistique de couverture alors même qu'elle façonne la qualité et le contenu de la rencontre de soins.

Les dispositions avec lesquelles les femmes traversent la grossesse portent l'empreinte accumulée de communautés dont les traditions de savoir ont été systématiquement dévalorisées par les institutions auxquelles elles ont été invitées à faire confiance. La

reconnaissance — être entendue, être vue, être prise au sérieux — est distribuée de manière inégale selon des lignes sociales que le système lui-même contribue à reproduire.

Comment les inégalités sont produites au sein de la rencontre de soins

Dans la pratique, les femmes étaient toutes, à bien des égards, des navigatrices habiles du système de santé démontrant une connaissance fine des institutions et une capacité réelle à s'y orienter. Néanmoins, ce registre adaptatif témoigne des dynamiques de pouvoir institutionnel décrites par Foucault (1973) dans la mesure où les institutions façonnent inévitablement les rencontres qu'elles accueillent en privilégiant un certain type de savoir.

Mais plus largement, comme l'a souligné Farmer (2004), la violence structurelle — le tort produit par les structures sociales plutôt que par des agents individuels — ne se distribue pas au hasard : elle suit les mêmes lignes de fracture que les autres formes de désavantage social. Dans ce contexte, l'effort cognitif et émotionnel qu'implique cette navigation tend à peser le plus lourdement sur les femmes dont les cadres de compréhension s'éloignent le plus des normes biomédicales — celles qui doivent traduire le plus pour être entendues, et qui disposent du moins de ressources sociales pour le faire :

« I felt invisible because I didn't have connections... When they know you or your family, they treat you better. »

Ces propos révèlent que la capacité à naviguer dans le système n'est pas seulement une question de connaissances individuelles — c'est aussi une question de capital social, inégalement distribué.

La dimension relationnelle de la prise de décision en matière de santé des femmes complique encore davantage ce tableau. Les systèmes de santé sont en effet conçus autour d'un patient pensé comme acteur autonome de ses propres décisions se heurtant aux réalités sociales plus complexes dans lesquelles les femmes vivent effectivement. En effet, dans les groupes de discussion, les femmes ont décrit les choix reproductifs comme enchâssés dans des processus collectifs façonnés par les perspectives des époux, des belles-mères et des réseaux de parenté élargis. La recherche menée dans les contextes d'Afrique subsaharienne a montré de manière constante que le recours aux soins résulte du caractère relationnel et négocié de la prise de décision au sein des ménages (Thaddeus et Maine, 1994 ; Bohren et al., 2014). La confiance dans les institutions de soins est elle-même socialement construite et transmise au sein des réseaux de parenté et de communauté. Les systèmes de santé conçus autour d'un patient individualisé ne sont pas équipés pour prendre en compte cette réalité. Plutôt que de traiter cela comme un obstacle à l'autonomie individuelle, il y a là une occasion de concevoir des interventions qui s'articulent avec les contextes sociaux dans lesquels les décisions sont

réellement prises, en reconnaissant la famille et la communauté, et non seulement la femme prise individuellement, comme l'unité pertinente du comportement de santé.

Implications pour la recherche, les politiques et la pratique interdisciplinaire

Ce que cette étude met en lumière a des implications qui s'étendent au-delà de la rencontre clinique jusqu'à l'organisation de la recherche sur les ISS elle-même et à sa relation avec les politiques publiques. Conduite entre novembre 2024 et janvier 2025 dans le sud du Nigeria, cette recherche s'inscrivait dans un moment de débat actif sur la qualité et l'équité des soins de maternité en Afrique subsaharienne, un débat dans lequel ses conclusions sont actuellement mises en avant à travers des échanges avec des acteurs de la politique publique. Trois directions se dégagent de cette réflexion, chacune portant sur une dimension différente de l'évolution du champ.

La première concerne les cadres explicatifs. Comme Link et Phelan (1995) le soutiennent dans leur théorie des causes fondamentales, le comportement de santé ne peut être dissocié des conditions structurelles qui le façonnent. Cette étude conduit à étendre cet argument en y intégrant la dimension épistémique des inégalités — c'est-à-dire le savoir reconnu au sein des systèmes de santé et celui qui ne l'est pas — en tant que mécanisme de production des inégalités à part entière. Les recherches futures qui prendront cette dimension au sérieux exigeront à la fois une ouverture méthodologique et la volonté de suivre les données dans les espaces que les cadres plus étroitement structurés ne sont pas conçus pour atteindre.

La deuxième porte sur la conception de la recherche et sa relation avec les politiques. La méthodologie de cette étude reflète un choix délibéré : permettre aux récits des femmes de définir les termes de l'analyse plutôt que de confirmer un cadre établi à l'avance. Ce type de recherche qualitative, théoriquement ancrée, ne fournit pas les recommandations précises et directement exploitables que les évaluateurs de programmes requièrent habituellement. Elle produit pourtant quelque chose de plus fondamental : une compréhension plus fine des mécanismes qui maintiennent les inégalités et une base plus adéquate pour concevoir des réponses qui s'attaquent aux causes plutôt qu'aux symptômes. La relation entre ce type de recherche et les politiques n'est pas une relation de tension mais de complémentarité. Elle fournit l'ancrage analytique que les cadres à orientation technique requièrent pour dépasser la gestion des inégalités et œuvrer à leur réduction effective.

La troisième porte sur l'organisation de la production de savoirs interdisciplinaires dans la recherche sur les ISS. Le champ a réalisé de véritables progrès dans le rapprochement entre l'épidémiologie, la sociologie, l'anthropologie, la géographie, l'économie et les sciences politiques. Le prochain défi consiste à s'assurer que les termes sur lesquels cette collaboration est organisée sont examinés avec la même rigueur que la collaboration elle-même. Lorsque

les méthodes épidémiologiques définissent par défaut ce qui constitue un savoir légitime et transférable, et que les contributions qualitatives et théoriques sont positionnées comme supplétives plutôt que fondamentales, le champ risque de reproduire, dans sa propre pratique, les mêmes hiérarchies épistémiques qu'il identifie comme un problème au sein des systèmes de santé. Construire une recherche véritablement interdisciplinaire requiert non seulement de rassembler des expertises diverses, mais aussi de créer les conditions dans lesquelles différentes façons de savoir sont traitées comme également nécessaires, chacune posant des questions que les autres ne peuvent pas poser, et chacune étant tenue de faire la preuve de sa rigueur dans ses propres termes.

Ces directions exigent des investissements, une volonté institutionnelle et un degré de réflexivité qui ne viennent pas toujours aisément aux communautés de recherche et de politique établies. Mais elles découlent directement de ce que les femmes de cette étude ont décrit, des récits livrés avec précision, avec humour et avec la patience particulière de personnes longuement habituées à s'expliquer à des institutions qui n'ont pas été construites en tenant pleinement compte de leur vie. Prendre ces récits au sérieux et construire des cadres de recherche et de politique à la hauteur de ce qu'ils révèlent n'est pas une demande radicale. C'est le minimum qu'un champ engagé en faveur de l'équité en santé se doit d'offrir aux personnes qu'il étudie.

Références

1. Bhakuni H., Abimbola S., 2021. Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health* 9(10), e1465–e1470.
2. Bohren M. A., Hunter E. C., Munthe-Kaas H. M., Souza J. P., Vogel J. P., Gülmezoglu A. M., 2014. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), Article 71.
3. Bourdieu P., 1990. *The logic of practice* (R. Nice, Trans.). Polity Press. (Original work published 1980)
4. Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power* (G. Raymond & M. Adamson, Trans.). Polity Press. (Original work published 1982)
5. Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press.
6. Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé. (2008). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé.
7. de Sousa Santos, B. (2011). Épistémologies du Sud. *Études rurales*, 187, 21–49.
8. Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325.
9. Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Tavistock. (Original work published 1963)
10. Gabrysch, S., & Campbell, O. M. R. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, Article 34.
11. Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.

12. Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
13. Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677.
14. Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. Oxford University Press.
15. Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra Issue), 80–94.
16. Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. *Cultural Studies*, 21(2–3), 168–178.
17. Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., Jayaratne, K., Osoti, A., Vogel, J. P., Campbell, J., Mugerwa, K., Lumbiganon, P., Tunçalp, Ö., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Bhutta, Z. A. (2024). A vision for a new era of maternal and newborn health: A collaborative framework for transforming care globally. *The Lancet Global Health*, 12, e306–e316.
18. Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110.
19. Tuhiwai Smith, L. (1999). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. Zed Books.
20. White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.