

LA SANTÉ GLOBALE, NOUVEAU LABORATOIRE DE L'AIDE INTERNATIONALE ?

LE MOMENT DE LA SANTÉ GLOBALE

Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale

Laëtitia Atlani-Duault*, Laurent Vidal**

En présence d'une notion qui imprègne de façon récurrente les débats, le chercheur qui se penche sur ce qui se joue dans ce phénomène hésite entre deux lectures : effet de mode ou renouvellement paradigmatique ? Face à « la santé globale », il est difficile de ne pas se poser ce type de question. En première instance, il semble acquis que nous sommes en présence d'un projet intellectuel et d'action ancien, déjà incarné dans une succession de champs de légitimation intellectuels, successivement et à titre d'exemples, la « médecine tropicale » et la « santé publique », et actuellement réaménagé.

Pour autant – seconde lecture possible de ce qui se joue – s'impose le constat d'une nouvelle période de la santé publique internationale, marquée par l'avènement d'une santé désormais prétendue « globale ». Que marque ce tournant et, surtout, que nous dit-il de l'aide internationale dans le domaine de la santé au Sud aujourd'hui ? Ce sera le fil conducteur de cette livraison de la *Revue Tiers Monde*.

Si la santé globale est devenue un mot-clef incontournable dans le champ de la santé et quand bien même elle s'est structurée, surtout dans le monde anglo-saxon, dans l'espace académique (Macfarlane, Jacobs, Kaaya, 2008) avec ses Instituts, départements universitaires, postes et enseignements, aucun consensus réel ne s'établit sur sa définition¹. Plusieurs caractéristiques se dégagent néanmoins. Nous proposons ici de discuter trois d'entre elles : 1) sa portée « transnationale », 2) sa prétention à répondre à de nouvelles menaces sanitaires et, plus généralement, son inscription dans un projet sécuritaire, 3) sa

* IRD, UMR SESSTIM (Université Aix-Marseille/INSERM/IRD), laetitia.atlani-duault@ird.fr

** IRD, UMR SESSTIM (Université Aix-Marseille/INSERM/IRD), laurent.vidal@ird.fr

1. Voir par exemple Adams, Novotny, Leslie, 2008 ; Beaglehole, Bonita, 2010 ; Erickson, 2003 ; Fassin, 2012 ; Inhorn, 2007 ; Koplan *et alii*, 2009 ; Nichter, 2008 ; Pfeiffer, Nichter, 2008 ; Webb, Giles-Vernick, 2013 ; Whiteford, Manderson, 2000 ainsi que les références citées dans le texte.

participation explicite aux politiques néolibérales de développement, qu'elle se trouve en mesure de prolonger et de renouveler.

UNE DIMENSION TRANSNATIONALE

Dans une définition fréquemment reprise de la santé globale, l'anthropologue Mark Nichter (2008, p. 156) souligne que la santé devient globale « quand les problèmes de santé transcendent les frontières nationales, peuvent être influencés par les circonstances ou les expériences d'autres pays, et appellent des réponses collectives ». Cette échelle transnationale se trouverait renforcée par les multiples mouvements de circulation des hommes, des produits et des techniques. Multiples dans leurs directions géographiques (Nord/Sud/Nord comme Sud/Sud) et dans leurs « raisons » (avec aussi bien le tourisme médical inter-pays voire inter-continent, que la « fuite des cerveaux » dans le monde de la santé ou les déplacements de réfugiés). Circulent aussi des produits – qu'il s'agisse des médicaments (Baxerres, 2011), des techniques (PMA par exemple, Bonnet, 2012) voire des organes (Schepper-Hugues, Wacquant, 2002) – dans un espace où les essais cliniques sont transnationaux (Petryna, 2009), conformes en cela aux stratégies des firmes pharmaceutiques qui les soutiennent fréquemment. Ces circulations s'inscrivent enfin dans une forme de tournant épidémiologique qui se caractérise par un accroissement des inégalités dans l'accès aux soins entre pays du Nord et du Sud mais aussi au sein de pays du Sud, d'un côté (Kim *et alii*, 2000), et par une forme d'homogénéisation des pathologies, de l'autre : des maladies dites « de civilisation », donc des pays du Nord, se retrouvent de plus en plus dans les pays du Sud (ex. maladies cardiovasculaires, diabète...) et des pathologies infectieuses se disséminent largement (Magee, Blumberg, Narayan 2011 ; McMichael, Beaglehole, 2003) selon des modalités et dans des espaces jusqu'alors peu soupçonnées ou pas concernés (Lewis, 2007). La santé globale met ces évolutions au cœur de ses préoccupations.

Pour les familiers de l'histoire de la santé publique, la nouveauté affirmée de ce transnationalisme n'en est toutefois pas une. Il n'est qu'à rappeler la création de l'OMS en 1948 et sa prétention de gouvernance mondiale de la santé, ou encore la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 et l'édiction de dogmes à vocation universelle dont les « soins de santé primaires » (Dozon, Fassin, 2001). Au-delà, nous semble intéressante l'idée que ce dépassement des frontières nous parle en fait de celui des États – par les maladies comme par les actions visant à les prévenir et les contrôler. Quand Lee, Fustukian et Buse estiment, avec d'autres, que la santé internationale devient santé globale quand les causes ou conséquences de pathologies « contournent ou ignorent les frontières territoriales nationales et exigent des réponses qui dépassent la seule capacité des institutions étatiques » (2002, p. 5), ce que nous voyons sur les terrains du Sud est souvent plus exactement la volonté, portée ou accompagnée par des institutions du Nord, de

surveiller, prévenir et répondre à des risques sanitaires qui pourraient porter atteinte à la population mondiale et avant tout à leurs propres populations, non plus tant dans le cadre d'institutions multilatérales comme l'OMS, où sont représentés les États du Sud, que dans celui de nouveaux types de coalitions.

LE TOURNANT SÉCURITAIRE : VERS DE NOUVELLES LOGIQUES D'ACTION

La santé globale « se concentre sur les dynamiques de la « globalisation » comme source essentielle de pathogénicité, affirmant que l'intensification de la circulation mondiale des hommes, des animaux et des produits agricoles, ainsi que des connaissances et des technologies, favorise la diffusion de nouvelles maladies dangereuses » (Lakoff, Collier, 2008, p. 16). Sentiments de menaces pesant sur un « ordre » indissociables d'une vision sécuritaire de la santé globale dont l'un des « moments » est à situer dans la diffusion d'infections mondiales (West Nile virus, SRAS, Grippe aviaire, H1N1), précédées de la pathologie paradigmatique de ce point de vue qu'est l'infection du VIH. L'analyse de F. Keck sur la grippe aviaire dans ce numéro rappelle l'actuel mot d'ordre d'« Un monde, une seule santé » (« One World, One Health »), et montre bien comment nous avons eu la rencontre d'au moins deux moments, l'un partant de la santé « humaine » et l'autre de la santé « animale ». Épidémie et réponses à cette épidémie, qui sont une parfaite illustration du processus d'intégration des questions de santé animale dans la santé globale.

Face à ces « virus émergents » associés aux multiples circulations mentionnées et évoquées ci-dessus, les pays occidentaux, et au premier rang les États-Unis, se sont organisés. Un temps fort de ce tournant sécuritaire a été la publication en 1997 du rapport de l'Institute of Medicine sur « America's Vital Interest in Global Health » (King, 2002) suivie, quelques années plus tard, des attentats du 11 septembre 2001 qui ont renforcé les craintes de bioterrorisme. Face à ces risques sanitaires, des sommes sans commune mesure ont été dédiées à la santé, conduisant L. Garrett (2007) à parler, à propos de la santé globale, d'une « ère de la générosité » sans précédent. En effet, le financement de la santé globale est passé de 5,6 milliards de dollars en 1990 à 21,8 milliards en 2007, pour s'en tenir à l'année des analyses de Garrett : à l'échelle des États-Unis en deux années (2007/2009) leur aide est passée de 460 millions de dollars à 8,6 milliards.

Période faste des financements, naturellement largement remise en cause avec la crise financière de ces dernières années qui accentue tout à la fois le déséquilibre entre le soutien à certaines pathologies, comme l'épidémie de VIH, menaçantes pour le Nord, et le déficit de soutien international à d'autres pathologies tropicales ou encore à la santé maternelle et infantile : écart que la baisse globale des ressources a, plus qu'avant, mis en lumière (OCDE, 2011 ; McCoy, Chand, Sridhar, 2009 ; *Journal of Global Health*, 2011). Nous avons là

une dynamique financière de l'aide au développement en santé que se proposent d'analyser dans ce numéro B. Ventelou, M. Asim Afridi et J.-P. Moatti qui soulignent que cette aide massive orientée vers quelques grandes pathologies s'est accompagnée de la création de structures dédiées (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, ou PEPFAR). Ils insistent de plus sur la nécessité de relativiser la part consacrée à la santé dans le financement total de l'aide publique au développement qui n'est passée que de 13 % en 2000 à 16 % en 2010, suivant peu ou prou ce faisant l'évolution de l'aide au développement dans son ensemble. Nous sommes de plus toujours très loin des montants nécessaires pour l'atteinte des Objectifs du millénaire de 2015. Ne serait-ce que pour la prévention et le traitement du VIH/sida, une augmentation de 50 % de leurs financements serait en effet nécessaire. En somme, concluent-ils, nous sommes en présence d'une situation paradoxale, et à tout le moins fragile, avec une « montée en charge de la politique internationale d'aide en faveur de la santé des populations et, en même temps, [d'une] volatilité de cette affirmation à la conjoncture économique, politique et d'opinion publique des pays donateurs ». Dit autrement, le montage économique et financier de la santé globale n'est pas à la hauteur de ses ambitions politiques et sanitaires.

Ces chiffres et les contextes de leurs évolutions sont indissociables d'une architecture et de modalités d'interventions non pas nouvelles, comme cela est parfois trop rapidement souligné, mais présentant un nouvel équilibre des acteurs en présence. Si les débats sur la structuration de la santé globale sont nombreux (Cohen, 2006 ; Garret, 2007 ; Keusch *et alii*, 2010 ; Kickbush, 2003), nous savons que les ONG et le militantisme international ont joué un rôle central, en particulier sur les questions d'accès aux traitements du sida, qu'il s'agisse des batailles pour leur gratuité ou pour la levée des contraintes commerciales imposées par les brevets des laboratoires pharmaceutiques (Cassier, 2012 ; Moatti, Eboko, 2010 ; Nguyen, 2005, 2010 ; Vidal *et alii*, 2011). Simultanément nous sommes de plus nettement confrontés, sur les terrains du Sud, à une montée en puissance notable des structures de financement dédiées à des pathologies spécifiques (avec par exemple le Fonds mondial contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose) et des alliances public-privé, en particulier avec des laboratoires pharmaceutiques (Merck, Pfizer, etc.) ainsi que des fondations (en particulier américaines). S'il est vrai qu'entre les seules années 2005 et 2010, la fondation Bill & Melinda Gates a ainsi consacré plus d'un milliard de dollars par an à des programmes de santé dans les pays en développement, ce phénomène n'est néanmoins pas nouveau, les fondations américaines, parmi lesquelles la fondation Rockefeller, ayant en effet une longue histoire d'intervention en santé dans les pays du Sud.

Ce paysage redessiné de la santé globale génère une forme de « diplomatie de la santé globale » (Adams, Novotny, Leslie, 2008) autour de valeurs et de

répertoires d'actions susceptibles de transformer les relations internationales (Fassin, 2012). Le texte de F. Chabrol, dans ce numéro, constitue une juste illustration de ces nouveaux jeux d'assemblage de logiques et d'interventions. Appliquée au terrain botswanais et à la mise en place à partir de 2002 d'un accès gratuit et quasi universel aux thérapies antirétrovirales, son analyse décortique les liaisons dangereuses entre les stratégies du gouvernement (botswanais), d'une firme pharmaceutique (Merck & Co.) et d'une école de santé publique américaine (Harvard), et offre un « observatoire privilégié des transformations des politiques internationales de santé au Sud ». On saisit alors combien la santé globale déborde et redéfinit les limites des coopérations internationales classiques, générant de nouveaux types d'imbrications entre sphères privées et publiques d'action et d'intérêts, notamment économiques.

DANS L'AGENDA DU NÉOLIBÉRALISME

Avec la santé globale, le rôle des États, par ailleurs dans des rapports extrêmement hétérogènes à la mondialisation, et plus largement l'aide publique et privée au développement dans le domaine de la santé sont en redéfinition. Nous sommes en effet invités dans un monde « dans lequel de vastes réseaux ne sont plus seulement les courroies de transmission des infections mais également des outils prophylactiques » (King, 2002, p. 773) et, plus largement, de produits de santé. L'accent est mis sur la déterritorialisation des réseaux et coalitions d'acteurs (agences étatiques, fondations, ONG, laboratoires pharmaceutiques, institutions internationales multiples) et des systèmes de surveillance – avatar « global » de la surveillance sentinelle en épidémiologie, classiquement localisée à une autre échelle, plus réduite –, dont la visée principale est la détection des risques et la réponse rapide aux catastrophes sanitaires à portée potentiellement internationale.

Si l'agenda de la santé globale insiste sur la capacité à répondre à des urgences, des acmés épidémiques en particulier, les « impacts » sociaux à long terme des actions entreprises ne sont pas au cœur de la réflexion, pas plus que la transformation structurelle des systèmes de santé du Sud. Et c'est bien là que l'on voit se redessiner l'aide au développement au Sud à l'heure de la santé globale. Cette dynamique nous semble avoir été marquée par deux temps : la rencontre du tournant sécuritaire en santé décrit plus haut et d'un humanitaire d'urgence soucieux de protéger des infections les populations du Nord (Kelle, 2007 ; Fassin, Pandolfi, 2010 ; Lakoff, 2010). Puis, dans un second temps, l'alliance de ce tournant sécuritaire et de la remise en question du tiers-mondisme sur les cendres de la guerre froide a produit une extension de l'aide humanitaire sur le terrain de l'aide au développement au Sud, et cela en débordant du seul domaine des infections ou même de la santé (Atlani-Duault, 2005). Une extension du domaine de l'humanitaire qui demande à être interrogée sur les

terrains multiples du Sud sur laquelle elle prend actuellement place : il n'est en effet pas neutre que nous ayons aujourd'hui affaire à des logiques humanitaires jouant avant tout du vocable de l'indignation et de la compassion, « des logiques qui ont été porteuses de nouvelles formes de militantisme et de protestation, mais qui se caractérisent aussi par des actions éparpillées en microprojets locaux, souvent limités dans l'espace et dans le temps, et qui tendent à traduire des phénomènes d'injustice et d'inégalités politiques et économiques en appels à la compassion et à la réparation au cas par cas » (Atlani-Duault, Dozon, 2011, p. 400).

Les programmes verticaux (structures au sein des ministères de la Santé entièrement dédiées à une pathologie donnée, avec ses spécialistes, des financements et ses protocoles, ceci du niveau central aux centres de santé locaux) participent de cette logique revisitée de surveillance et de contrôle de pathologies données inscrite dans l'agenda néo-libéral de la santé globale, comme le rappellent B. Ventelou, M. Asim Afridi et J.-P. Moatti. Or ces programmes verticaux ont été générateurs d'iniquité dans de nombreux pays du Sud montre D. Kerouedan dans ce numéro, les maladies couvertes par ces programmes (exemple : le VIH/sida) bénéficiant de prises en charge gratuites et de moyens de suivi conséquents, à la différence de pans entiers des systèmes de santé locaux (par exemple la santé maternelle et infantile : Dongmo *et alii*, 2006 ; Jaffré, 2009 ; Vasseur, Vidal, 2010 ; Vidal, Kuaban 2011). Situation, choix qui sont, nous dit D. Kerouedan, foncièrement politiques : les « dirigeants des instances mondiales publiques et privées (...) choisissent, de fait, les personnes ou les malades qui peuvent être sauvés, selon les menaces et les risques que ces malades font peser (ou non) sur les populations et la sécurité de nations riches ».

Avec les programmes verticaux, la « couverture sanitaire universelle » est un autre paradigme de la santé globale non dénué d'ambiguïtés, qui sont au cœur du texte de M. Nauleau, B. Destremeau et B. Lautier. Après avoir retracé la trajectoire institutionnelle du concept, ils proposent d'analyser trois types d'articulations possibles entre acteurs impliqués (« étatique », « de marché négocié » et « subsidiariste ») et soulignent la tension qui existe entre « une conception en termes de marché, et une vision en termes de bien public ». En effet, se crée un marché autour du projet de couverture sanitaire universelle, visant à capter la diffusion des médicaments potentiellement accessibles et que souhaitent contrôler firmes pharmaceutiques et assurances mais aussi organismes privés non lucratifs. En somme – et cela rejoint les analyses de B. Taverne *et alii* (2013) – c'est moins le projet général en soi de rendre accessibles aux plus pauvres médicaments et soins que ses déclinaisons pratiques et les méthodes mises en œuvre (autour des modes de contrôle et de régulation par les politiques publiques nationales de la marchandisation de la santé, et/ou des choix en matière de mutualisation des coûts et des risques) qui sont actuellement en jeu, laissant supposer un intérêt plus fort

pour les préservations de prébendes commerciales que pour le renforcement des systèmes de santé locaux. Caractéristiques qui s'inscrivent dans un contexte plus large qu'il convient de garder à l'esprit, à savoir les débats sur la question de la santé globale qui sont immédiatement des réflexions sur la mondialisation et, partant, sur des enjeux non spécifiques à la santé (par exemple sur les biens « collectifs », « communs » et/ou « publics mondiaux »).

C'est aussi de cela dont nous parlent O. M. Samb, V. Ridde et L. Queuille dans ce numéro, lorsqu'à travers la comparaison de deux interventions au Burkina Faso visant la prise en charge des soins des femmes enceintes et des indigents, ils constatent que la stratégie partie d'un projet de recherche-action (exogène donc) mais rapidement incorporée dans et appropriée par les comités locaux de gestion de la santé relevant de la structure du système national de santé s'est avérée pour la population à la fois plus efficace et potentiellement plus pérenne que celle, plus classique et « partenariale », associant financements internationaux et relais par une ONG, et ayant donc une forte impulsion extérieure (voir aussi Olivier de Sardan et Ridde, 2012).

Dans cet agenda de la santé globale, le rôle attendu des États du Sud se transforme non pas toujours « par le bas », en s'affaiblissant, mais aussi parfois en s'affirmant, comme au Botswana où le gouvernement tend à utiliser la recherche biomédicale et l'innovation thérapeutique pour attirer les investissements étrangers dans le cadre du « Botswana Health Innovation Hub » étudié par F. Chabrol ou, dans un tout autre registre, à Cuba. Précisément, dans son texte, N. Graber offre une étude d'un réseau transnational d'activistes, alliant le gouvernement cubain et une ONG basée en Suisse, Medicuba, fédérant un réseau d'associations à travers l'Europe pour lutter contre les effets de l'embargo américain sur le système de santé cubain, et « dont l'essentiel des projets consiste en des aides matérielles, financières, logistiques et scientifiques à destination du système de santé cubain », en particulier dans le domaine du cancer. Tout en questionnant l'internationalisme promu dans le contexte cubain et la tendance à la « marchandisation des acquis de la Révolution » dont témoignent, par exemple, les échanges de médecins contre pétrole ou le développement du tourisme médical, l'analyse de Graber montre que « les activités de Medicuba sont surtout centrées sur le développement de la « stratégie marginale » de Cuba qui permet au pays de s'insérer dans la globalisation capitaliste tout en créant des espaces de résistance ».

LE MOMENT DE LA SANTÉ GLOBALE

La santé globale est advenue à la fois parce qu'elle a été affirmée, conceptualisée, promue et aussi parce qu'elle a généré dispositifs, actions et mobilisations. Son « moment » ne saurait pour autant faire oublier qu'elle est le fruit d'une histoire et en imagine une, à venir. Dans une perspective historique, G. Lachenal,

reprenant les mots d'A. Mbembe, rappelle ainsi dans ce numéro à quel point l'agenda de la santé globale est marqué par un « emboîtement des époques » où « le passé souvent idéalisé est projeté dans un futur occultant, par commodité politique, le présent ». Pour le montrer, il s'arrête sur trois moments, trois situations : l'éradication du VIH par la stratégie du Treatment-as-prevention, le sentiment de nostalgie exprimée dans certaines institutions de santé publique africaines, et les « ruines » des institutions médicales en Afrique. Autant d'expressions d'un récit : une mise en scène de la santé globale par ses propres promoteurs, les amenant à croire en cette histoire racontée et qui permet de « rendre compte, d'abord, de la manière dont le passé est un ressort et une ressource critique à propos des politiques, des techniques et des réalisations de la santé globale, sous des formes allant de l'évocation mélancolique du temps du développement – une nostalgie du futur – à la guerre des mémoires ».

Prise en compte du passé – même dans ses travestissements actuels pour imaginer un futur – qui rappelle opportunément la nécessité de mettre en perspective les objets que l'on analyse. Dans le cas de la santé globale cela passe, notamment, par sa lecture au regard des politiques de développement, des relations internationales et de la globalisation économique. L'analyse de la santé globale est vaine si elle n'est pas en mesure de la mettre en liaison avec ces politiques et stratégies qui débordent largement du cadre de la santé. C'est bien finalement de ce « passage à l'échelle » conceptuel dont nous parlent les textes de ce numéro. À savoir que tout en étant fermement ancrés dans des espaces donnés, des terrains délimités (ce sans quoi le discours des sciences sociales serait contestable), les auteurs ici rassemblés nous parlent, aussi, d'« autre chose » que de la seule santé globale prise dans son acception première (un dispositif, des acteurs et des actions mobilisés sur des problèmes de santé transnationalisés). En cela, ils produisent des connaissances – à partir de faits relevant de la santé globale – sur les relations Nord/Sud, les projets de développement et d'aide humanitaire, leurs financements et leurs pérennités, leurs politiques et leurs historicisations. Nous nous retrouvons alors au cœur de l'agenda intellectuel des recherches en sciences sociales sur le développement : que les analyses de la santé globale en constituent un miroir, en renouvelant aussi potentiellement l'argumentaire, est un des objectifs que nous visons dans ce numéro de la *Revue Tiers Monde*.

BIBLIOGRAPHIE

Adams V., Novotny T. E., Leslie H., 2008, « Global Health Diplomacy », *Medical Anthropology*, vol. 27, n° 4, pp. 315-323.

Société d'ethnologie (réédition Amand Colin, 2009).

Atlani-Duault L., 2005, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Nanterre,

Atlani-Duault L., Dozon J.-P., 2011, « Colonisation, développement, aide humanitaire, Pour

- une anthropologie de l'aide internationale », *Ethnologie française*, vol. 2011/3, pp. 393-403.
- Baxerres C., 2011, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, n° 123, pp. 117-136.
- Beaglehole R., Bonita R., 2010, « What is Global Health? », *Global Health Action*, vol. 3, n° 5142.
- Bonnet D., 2012, « Controverses sur la prise en charge de la stérilité par l'Assistance médicale à la procréation en Afrique subsaharienne », Communication au colloque « Sélection, tri et triage en médecine, Logiques, pratiques et valeurs », 19-21 novembre, Paris, Université Paris Diderot.
- Cassier M., 2012, « Pharmaceutical Patent Law In-the-Making: Opposition and Legal Action by States, Citizens and Generics Laboratories in Brazil and India » in Gaudillière J.-P., Hess V. (dir.), *Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries*, New York, Palgrave MacMillan, pp. 287-318.
- Cohen J., 2006, « The New World of Global Health », *Science*, vol. 311, n° 5758, pp. 162-167.
- Dongmo R., Fenieys D., Aminou M., Calvez T., Gruénais M.-E., Thonneau P., 2006, « Introduction of an Obstetric Health Information System: Results of a Pilot Study in North Cameroon », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 54, n° 6, pp. 507-515.
- Dozon J.-P., Fassin D. (dir.), 2001, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Erickson P., 2003, « Medical Anthropology and Global Health », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, n° 1, pp. 3-4.
- Fassin D., 2012, « Of What Global Health is the Name? » in Inhorn M., Wentzell E. A. (dir.), *Medical Anthropology at the Intersections*, Durham, Duke University Press, pp. 95-115.
- Fassin D., Pandolfi M. (dir.), 2010, *Contemporary States of Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*, New York, Zone Books.
- Garrett L., 2007, « The Challenge of Global Health », *Foreign Affairs*, vol. 86, n° 1, pp. 14-38.
- Inhorn M. C., 2007, « Medical Anthropology at the Intersections », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 21, n° 3, pp. 249-255.
- Jaffré Y., 2009, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques hôpitaux d'Afrique de l'Ouest*, Paris, éditions Faustrol/Académie des sciences.
- Journal of Global Health*, 2011, « Editorial », automne, <http://www.ghjournal.org/building-local-capacity/>
- Kelle A., 2007, « Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime », *Global Governance*, vol. 13, n° 2, pp. 217-235.
- Keusch G. T., Kilama W. L., Moon S., Szlezák N. A., Michaud C. M., 2010, « The Global Health System: Linking Knowledge with Action-Learning from Malaria », *PLoS Med.*, vol. 7, n° 1.
- Kickbush I., 2003, « Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space » in Lee K. (dir.), *Health Impacts of Globalization: Towards Global Governance*, New York, Palgrave MacMillan, pp. 192-203.
- Kim J. Y., Millen J. V., Irwin A., Gershman J. (dir.), 2000, *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*, Monroe (Maine), Common Courage Press.
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- Koplan J., Bond T. C., Merson M. H., Reddy K. S., Rodriguez M. H., Sewankambo N. K., Wasseheit J. N., for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board, 2009, « Towards a Common Definition of Global Health », *Lancet*, vol. 373, n° 9679, pp. 1993-1995.
- Lakoff A., 2010, « Two Regimes of Global Health », *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, vol. 1, n° 1, pp. 59-79.
- Lakoff A., Collier S. J., 2008, *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in Question*, New York, Columbia University Press.
- Lee K., Fustukian S., Buse K., 2002, « An Introduction to Global Health Policy » in Lee K., Buse K.,

- Fustukian S. (dir.), *Health Policy in a Globalizing World*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-17.
- Lewis B., 2007, « The New Global Health Movement: Rx for the World? », *New Literary History*, vol. 38, n° 3, pp. 459-477.
- Magee M. J., Blumberg H. M., Narayan K. M., 2011, « Commentary: Co-occurrence of Tuberculosis and Diabetes: New Paradigm of Epidemiological Transition », *International Journal of Epidemiology*, vol. 40, n° 2, pp. 428-431.
- McCoy D., Chand S., Sridhar D., 2009, « Global Health Funding: How much, where it Comes from and where it Goes », *Health Policy and Planning*, vol. 24, n° 6, pp. 407-417.
- Macfarlane S., Jacobs M., Kaaya E., 2008, « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions », *Journal of Public Health Policy*, vol. 29, n° 4, pp. 383-401.
- McMichael T., Beaglehole R., 2003, « The Global Context for Public Health » in Beaglehole R. (dir.), *Global Public Health: A New Era*, New York, Oxford University Press, pp. 1-23.
- Moatti J.-P., Eboko F., 2010, « Economic Research on HIV Prevention, Care and Treatment: Why it Is More than Ever Needed? », *Current Opinion in HIV and Aids*, vol. 5, n° 3, pp. 201-203.
- Nguyen V. K., 2005, « Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship » in Ong A., Collier S. J. (dir.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, Malden, Blackwell, pp. 124-144.
- Nguyen V. K., 2010, *The Republic of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press.
- Nichter M., 2008, *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, Tucson, University of Arizona Press.
- OCDE, 2011, *Aid to Health - Statistics Related to Official Development Assistance (ODA) and Concessional Multilateral Flows for the Health Sector and Population Policies, Programmes and Reproductive Health*, Available from December 2011, OECD/DAC, www.oecd.org/dac/stats/health
- Olivier de Sardan J.-P., Ridde V., 2012, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, n° 243, pp. 11-32.
- Petryna A., 2009, *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*, Princeton University Press.
- Pfeiffer J., Nichter M., 2008, « What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 22, n° 4, pp. 410-415.
- Schepper Hugues N., Wacquant L., 2002, *Commodifying Bodies*, Londres, Sage Publications.
- Taverne B., Desclaux A., Delaporte E., Ndoye I., Coll Seck A. M., Barré-Sinoussi F., 2013, « Universal Health Coverage and HIV in Resource-Constrained Countries: A Critical Juncture for Research and Action », *AIDS*, vol. 0, n° 0, pp. 1-3.
- Vasseur P., Vidal L., 2010, « Le soignant en son miroir, Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle (Sénégal) », *Autrepart*, n° 55, pp. 107-124.
- Vidal L., Hane F., Ba M., Mballa J., 2011, « Les associations face aux institutions : sida, tuberculose et coinfection » in Vidal L., Kuaban C. (dir.), *Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et société face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, pp. 283-303.
- Vidal L., Kuaban C. (dir.), 2011, *Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et société face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- Webb J. L. A., Giles-Vernick T., 2013, « Introduction » in Webb J. L. A., Giles-Vernick T. (dir.), *Global Health in Africa: Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, pp. 1-21.
- Whiteford L. M., Manderson L. (dir.), 2000, *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*, Boulder, CO, Lynne Rienner.