

L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale

Amandine Fillol

Lara Gautier

Valéry Ridde

RÉSUMÉ

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

MOTS-CLÉS

santé mondiale, gouvernance globale, pouvoir productif, science périphérique, couverture sanitaire universelle

Introduction

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

L'organisation politique, comprise comme un système de règles et d'institutions qui gouvernent les ressources et les problèmes communs (Corry, 2013), prend un tournant inédit depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. En effet, la fin de la bipolarité « Est-Ouest » du monde, la crise de l'État souverain et la mondialisation économique et culturelle sont trois des principales caractéristiques qui ont amené la conceptualisation d'un « espace mondial » (Badie & Smouts, 1992). On parle ainsi de la gouvernance globale¹ comme un moyen d'organiser et de diriger cet espace, qui n'est plus

1 La différence entre la mondialisation et la globalisation est décrite différemment selon les disciplines et les auteur·rice·s. Une caractéristique revenant fréquemment dans les écrits scientifiques est que la notion de « global » reflète davantage l'idée de système et d'interdépendance que la notion de « mondial », qui serait un processus d'étirement des échanges dans le monde (Bertrand, 2004). Nous choisissons donc d'utiliser la notion de gouvernance globale.

délimité au sens géographique par des territoires, mais au sens symbolique par des interactions entre les différentes entités politiques. La gouvernance globale prend la forme d'une gouvernance multicentrique, c'est-à-dire une implication de plusieurs entités de gouvernement telles que les organisations internationales, les États, les villes qui définissent l'organisation politique à travers des actions aux niveaux local, national, régional et global (Cairney, 2019). Corry (2013) définit les politiques de la gouvernance globale comme des structures fondées non pas sur des acteur·rice·s, mais sur des « objets », qui sont la raison d'être de ces politiques. Ces objets sont des entités commandables ou gouvernables, au centre des préoccupations d'acteur·rice·s divers dans l'espace mondial. À titre d'exemple, on trouve parmi les objets actuels de la gouvernance globale le climat (Allan, 2017), la pauvreté (St Clair, 2006), les violences faites aux femmes (Merry, 2016), le Covid-19 (Paul *et al.*, 2020) ou encore la couverture sanitaire universelle (CSU) qui est l'objet d'intérêt de cet article.

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

L'idée de cet article est issue d'une revue des écrits en santé mondiale. Cette revue a donné lieu à une première analyse descriptive et à une deuxième analyse critique, laquelle est présentée dans cet article. La première analyse visait à recenser et à synthétiser les concepts permettant d'étudier les processus de production, de valorisation, de légitimation et d'utilisation des connaissances pour informer les décisions collectives dans la gouvernance

globale en santé, mais aussi dans les autres secteurs. La deuxième utilise des articles de la première, mais dans une perspective critique. Elle est ainsi appuyée par des références supplémentaires en sciences sociales qui traitent de la CSU en intégrant les questions de pouvoir et de connaissances. Moon (2019) a réalisé une typologie des pouvoirs en santé mondiale de laquelle nous nous sommes inspiré·e·s pour désigner la nature diffuse des relations entre les acteur·rice·s de la gouvernance globale. Elle évoquait notamment le pouvoir productif, concept mobilisé par Barnett et Duvall (2004) qui permet de considérer à la fois les pouvoirs moral, d'expertise et discursif. L'approche de ces auteurs nous a paru la plus pertinente du fait qu'elle permet de désigner non seulement le caractère diffus des relations, mais également le caractère structurel et non intentionnel dans l'exercice d'un pouvoir à travers les processus de création, de valorisation, de légitimation et d'utilisation des connaissances. Barnett et Duvall définissent quatre formes de pouvoir dans la gouvernance globale : le pouvoir coercitif (*compulsory*), institutionnel, structurel et productif. Le pouvoir coercitif, ou pouvoir direct, est le contrôle d'un ou des acteur·rice·s par rapport un autre à travers les interactions sociales. Le pouvoir institutionnel, ou pouvoir indirect, s'exprime à travers les institutions formelles ou informelles – les acteur·rice·s, en respectant les règles de ces dernières, orientent et limitent les actions d'autres acteur·rice·s (par exemple, les institutions internationales qui définissent qui peut ou non participer aux débats et prendre des décisions). Le pouvoir structurel est la perception de la position sociale des acteurs et son influence sur la représentation de leurs capacités, de leurs intérêts et de leur compréhension d'eux-mêmes par rapport aux autres. Enfin, le pouvoir productif se manifeste dans le développement de systèmes de savoirs (visions du monde, concepts, outils, méthodes) qui sont légitimés et qui participent à la création de sens et de significations donnés à des phénomènes globaux. Un exemple est celui de la classification des pays selon le respect des principes de « bonne » gouvernance – souvent définis par les organisations internationales (lutte contre la corruption, redevabilité, transparence, etc.) – et les pratiques, notamment en matière de financement de l'aide au développement, qui en découlent (Löwenheim, 2008).

Notre analyse des processus sociaux participant au pouvoir productif s'inscrit dans le champ d'études sur l'émergence (ou mise à l'agenda) (Gilbert & Henry, 2009) des « objets » de la gouvernance globale en santé. Ces derniers

se réfèrent à des entités distinctes, malléables et politiquement pertinentes dans le cadre de la gouvernance globale en santé (Corry, 2013). De la même manière qu'Allan (2017), nous appliquons la définition de « l'objet » pour définir trois moments, imbriqués et non linéaires, participant à la fabrique de l'objet « CSU » dans la gouvernance globale en santé : *la désignation des objets* – à travers l'observation et la catégorisation des phénomènes naturels et sociaux –, leur *traduction* en entité abstraite, globale et adaptable partout, et leur *problématisation* par rapport au contexte socio-politique (Allan, 2017 ; Boussaguet *et al.*, 2019 ; Latour, 2005). Cette approche de la fabrique des objets exploite les apports des théories des relations internationales, de la sociologie de l'action publique et de la sociologie des sciences et met en exergue la complexité des processus de fabrique des objets dans l'arène mondiale.

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

1. La santé mondiale : des acteur·rice·s hégémoniques et un cadrage discursif (*framing*) politisé

L'idiome de la co-production, tel que conçu dans les études des sciences et des technologies, postule que la production des connaissances est concomitante à l'établissement d'un ordre social (Jasanoff, 2004). Ce dernier se définit comme une structure stable impliquant une hiérarchie entre les individus. Comme les sociologues des sciences l'ont bien montré, la production des connaissances scientifiques est ancrée dans un contexte social, qui se traduit par des conventions, des normes, des discours, des instruments (Jasanoff, 2004 ; Latour, 2005). L'idiome de la co-production ne considère pas la science comme uniquement constituée des intérêts,

mais il ne la considère pas non plus comme un miroir objectif de la nature. Il permet de comprendre comment les acteur-ric-e-s de différents secteurs collaborent en créant à la fois des priorités, des politiques, et des connaissances. Ce phénomène est particulièrement observable en santé mondiale où les frontières entre les différents secteurs (recherche, politique, expertise) sont floues et où les acteur-ric-e-s occupent souvent plusieurs positions simultanées, pouvant influencer plusieurs secteurs. Nous allons voir dans cette section que l'organisation du champ de la santé mondiale peut s'observer à travers le modèle « centre-périphéries », qui favorise l'influence d'un « noyau dur » du néolibéralisme dans la co-production de connaissances en santé mondiale.

1.1. Des rôles et des autorités qui se confondent

Dans la gouvernance globale en santé, plusieurs catégories d'acteur-ric-e-s coexistent. Une récente cartographie systémique a permis de mettre en évidence neuf types d'acteur-ric-e-s (Hoffman & Cole, 2018) : les banques de développement multilatérales, les organisations philanthropiques, les institutions académiques, l'industrie privée, le système des Nations unies et les organisations intergouvernementales, les gouvernements, les partenariats publics-privés, les associations de professionnels, les organisations non gouvernementales (ONG) et de la société civile. Ils-elles sont caractérisé-e-s par différents rôles et différentes autorités : financière, morale, scientifique et d'expertise. Parfois, des personnes spécifiques cumulent des autorités et sont capables de participer à la diffusion des idées (Gautier *et al.*, 2018). D'un point de vue structurel, les évolutions des rôles des différentes organisations ou corporations amènent à une proximité de plus en plus importante des secteurs de la production de connaissances et de la décision politique, ainsi qu'à un cumul des différentes autorités. L'autorité financière est principalement détenue par les États-Unis d'Amérique, les gouvernements et les organisations philanthropiques qui financent non seulement des actions en leur nom propres mais passent aussi par d'autres canaux comme l'OMS, les banques de développement et les ONG (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017). Les organisations philanthropiques concentrent à elles seules plus que l'ensemble des financements en santé mondiale des pays européens (*ibid.*). Certains auteur-ric-e-s parlent même de « l'approche Gates » de la santé mondiale (Storeng, 2014), qui favorise une approche biomédicale basée sur le développement de vaccins plutôt

que sur une approche large de la santé publique, notamment grâce à la formalisation des partenariats public-privés (Birn, 2013). Ces organisations ont un rôle plus diffus mais tout aussi central car elles pèsent dans les processus de transformation des données probantes en politiques publiques (Harman, 2016).

L'autorité morale est principalement détenue par le système des Nations unies, les organisations intergouvernementales et les ONG. Ces organisations tendent toutefois de plus en plus à cumuler une autorité morale, scientifique et d'expertise. En effet, celles-ci ont un rôle particulier car elles sont considérées comme neutres dans la société – étant censés représenter un intérêt public commun – et ont une double capacité à être dans les mondes de l'action : par leur implication dans l'établissement des priorités et l'orientation qu'elles donnent aux politiques globales et dans la production des connaissances et de l'expertise. Par exemple, la feuille de route de l'OMS établit des priorités de recherche (dont la majorité concerne les recherches biomédicales et épidémiologiques) pour la lutte contre le Covid-19 qui visent à orienter les financements des bailleurs de fonds, et donc indirectement les pratiques et recherches sur le sujet (WHO, 2020). En parallèle, l'OMS, mais également la plupart des organisations intergouvernementales, sont très présentes dans la production de connaissances, que ce soit de l'expertise technique ou des connaissances scientifiques (Klein *et al.*, 2015). Zapp (2018) donne l'exemple de la Banque mondiale qui a devancé la London School of Economics and Political Science avec plus de 4 000 articles en sciences sociales et économiques, et de l'Unesco qui est ex aequo avec l'Institute of Education London avec environ 5 300 articles. Ces activités et l'espace apparemment neutre qu'elles offrent renforcent leur légitimité à choisir ce *qui compte* dans les objets de la gouvernance globale. Elles ont développé de façon concomitante une autorité d'expertise et une autorité morale, ancrées dans un fonctionnement bureaucratique moderne ayant guidé leur évolution depuis la seconde moitié du xx^e siècle (Barnett & Finnemore, 2004 ; Nguyen, 2018). Dans la définition wébérienne, il s'agit d'une forme d'organisation qui promeut les règles de droit, l'impersonnalité des fonctions, la compétence, et la hiérarchie (Weber, 1995). Cela favorise l'utilisation des connaissances scientifiques et des données probantes comme principe organisationnel, ainsi que le renforcement de l'autorité légale rationnelle des acteur·rices. Sous couvert de promouvoir un ordre social basé sur l'intérêt

commun, les organisations intergouvernementales, grâce à leur capacité d'expertise et à l'espace considéré comme neutre qu'elles offrent, orientent un ordre épistémique de la gouvernance globale basé sur leurs propres cultures institutionnelles et leurs systèmes de représentations (Miller, 2007). Elles guident l'établissement des normes, la définition et la traduction des phénomènes sociaux et orientent les débats et délibérations mondiales. Par exemple, la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ont participé à la transformation du concept « d'État fragile » en une norme globale (Nay, 2014).

L'autorité scientifique, représentée par les institutions académiques, tend elle aussi à évoluer. Si le lien entre la société, les scientifiques et les experts a déjà été au centre de préoccupations, il est aujourd'hui de plus en plus institutionnalisé. En santé, il est marqué par l'émergence du mouvement d'action politique informée par les données probantes (*evidence-informed policy making*) (Oliver *et al.*, 2014 ; Oliver & Pearce, 2017). La recherche sur le transfert de connaissances et les études sur l'utilisation des connaissances scientifiques sont également en plein essor (Dagenais *et al.*, 2013 ; Langer *et al.*, 2016). Il s'agit principalement d'analyser les stratégies pour améliorer l'accessibilité des données probantes et ainsi leur utilisation pour éclairer les décisions politiques (Cambon & Alla, 2014). Cela implique un changement du rôle des scientifiques dans le domaine de la santé qui doivent s'adapter à de nouveaux défis.

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

1.2. Le « centre » en santé mondiale

Le modèle « centre-périphérie » des sciences sociales est issu de l'histoire et de la sociologie classique des sciences qui considèrent que « historiquement, le système-monde des sciences a été organisé autour de centres mouvants et de pays périphériques qui les imitaient et/ou leur faisaient concurrence » (Mosbah-Natanson & Gingras, 2014: 628, traduction des auteurs). En intégrant les caractéristiques de la dépendance économique à ce modèle, Keim (2010) a introduit trois caractéristiques qui décrivent les pays ou ensemble de pays centraux et périphériques : le développement/sous-développement, l'autonomie/dépendance et la marginalité/centralité. Les communautés scientifiques constituent donc dans ce modèle les noyaux de la fabrique du savoir, car elles sont considérées comme crédibles et légitimes au niveau mondial. Le centre crée les nouvelles connaissances, dites « développées » : des théories, des connaissances généralisables au reste du monde, alors que les périphéries produisent des connaissances adaptées au contexte, au faible niveau d'abstraction, dites « sous-développées » (*ibid.*). Ces dernières construisent généralement des connaissances selon des normes et des besoins d'acteur·rices extérieurs, ce qui illustre et renforce une dépendance multidimensionnelle : aux idées, aux médias, aux technologies et finances, aux normes édictées par le centre. La reconnaissance internationale des productions du centre est largement observable par l'origine géographique de la majorité des revues scientifiques et celle des auteur·rices, mais aussi dans les citations qui mettent en avant les productions nord-américaines ou européennes (Mosbah-Natanson & Gingras, 2014). Le centre est constitué d'acteur·rices occidentaux ou économiquement dominants (Holst, 2020 ; Taylor, 2018). À titre d'exemple, 46 % des sièges sociaux des 198 organisations mondiales en santé sont en Europe, et 38 % en Amérique du Nord. Alors que la population des pays dits à faibles et moyens revenus représente 83 % de la population, seulement 17 % des leaders des organisations mondiales proviennent de ces pays (Abimbola *et al.*, 2021 ; Global Health 50/50, 2020). La distinction territoriale n'est pas la seule. En effet, nombreux sont les scientifiques issus de pays dits à faibles et moyens revenus migrant vers les universités des pays dits à hauts revenus, ou les étudiants cherchant à réaliser leur thèse dans ces dernières. À l'inverse, des étudiants des pays à hauts revenus issus de classes sociales non dominantes peuvent éprouver des difficultés à accéder à une université prestigieuse. Cela renforce l'idée d'un centre constitué d'acteur·rices économiquement intégré·es plus que de géographiquement intégré·es au « centre ».

La santé mondiale est semblable à un champ dans le sens de Bourdieu, c'est-à-dire un microcosme régi par des règles propres, qui n'échappe pas aux structurations sociales définies par la hiérarchie induite par les différents capitaux économiques, culturels et sociaux des acteur·rice·s (Bourdieu, 1979 ; Passeron & Bourdieu, 1964). Adler et Bernstein (2004), dans leur théorie de la gouvernance globale, évoquent le concept d'« épistémè » (*episteme*), qu'ils définissent comme le « bagage de savoirs intersubjectif » (*background intersubjective knowledge*), lequel est façonné par la culture générale, les connaissances scientifiques, les normes et qui est utilisé par les individus pour donner un sens au monde. L'épistémè, dans ce sens, est lié à l'habitus, ou la bulle sociale, dans laquelle les individus évoluent. Ce sont les relations sociales, le capital culturel et le capital financier des acteur·rice·s dominants (G20, G7, universités prestigieuses, fondations philanthropiques), qui, s'auto-renforçant, amènent la formation des réseaux dominants en santé mondiale qui cumulent plusieurs types d'autorités. Ceux-ci créent les règles de la gouvernance globale et auto-renforcent leur légitimité, mais aussi celle des acteur·rice·s avec qui ils·elles entretiennent des liens, formels ou informels (Birn, 2013 ; Harman, 2016). Ces réseaux s'auto-entretiennent grâce à la légitimation de sources de connaissances mondiales tels que les universités américaines et européennes anglophones, les revues scientifiques telles que *The Lancet*, les documents de référence tels que la classification internationale des maladies (CIM-11) (Hanefeld & Walt, 2015 ; Shiffman, 2014, 2018). Et ceci sans compter les influences commerciales des organisations philanthropiques et leur implication dans l'édition des priorités et de la conception biomédicale de la santé (Birn, 2013). La crise du Covid-19 a pourtant permis d'observer que ce n'est pas parce que des sources sont légitimées qu'elles sont porteuses de connaissances de bonne qualité. En effet, les interventions mises en valeur sur la scène mondiale ont moins concerné celles réalisées en Afrique, en dépit de dispositifs innovants, dont auraient pu s'inspirer les acteur·rice·s traditionnellement dominant·e·s de la santé mondiale (Dalglish, 2020 ; Ridde & Ba, 2020).

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

La présence d'un centre constitué d'acteur·rice·s économiquement dominant·e·s aux fonctions multiples favorise moins une augmentation de la diversité des idées que la diffusion des idées du centre vers les périphéries.

Les acteur-ric-e-s de la santé mondiale sont hybrides dans le sens où ils-elles participent aux espaces d'actions et de connaissances (Gautier *et al.*, 2021). Cette hybridité est une occasion pour lier les connaissances et l'action. Mais elle est aussi un mécanisme de renforcement d'un ordre social basé sur les règles d'acteur-ric-e-s économiquement dominant-e-s, qui créent un « centre » déterminant les priorités mondiales, finançant les interventions, la production de connaissances, et légitimant les idées diffusées dans le monde. Par exemple, les paiements directs dans les structures de soins de santé, système de financement majeur en Afrique et en Asie, ont été fortement encouragés par une action conjointe entre les organisations internationales et des réseaux transnationaux d'experts et d'universitaires, alors qu'ils ont des conséquences catastrophiques sur la santé des populations (Lee *et al.*, 2002 ; Robert, 2015). L'un des problèmes de la santé mondiale est le manque de considération du rôle des structures par rapport à celui des agents (Rushton & Williams, 2012 ; Shiffman, 2018). Les réseaux dominants de l'arène de gouvernance globale favorisent la privatisation de la santé en ancrant les problèmes dans un cadrage discursif économique néolibéral. Autrement dit, il s'agit d'une approche de la santé qui défend la privatisation du secteur public, la diminution du rôle de l'État dans les affaires sociales et la dérégulation des marchés. Alors que les organismes privés sont souvent les grands gagnants de la privatisation des systèmes de santé, leur inclusion dans la gouvernance sanitaire internationale depuis les années 1980 a profondément influencé le fonctionnement et les principes des organisations internationales et notamment l'OMS (Guilbaud, 2015). Les partenariats publics-privés qui deviennent une norme, l'évolution d'un nouveau vocabulaire lié aux besoins de performance et de rentabilité, et l'accent mis sur la responsabilité individuelle plutôt que sur la régulation du marché participent à cadrer la façon dont la santé est considérée. Par exemple, les traumatismes dus aux accidents de la route, qui représentent l'un des plus gros fardeaux de morbidité et de mortalité en Afrique de l'Ouest (WHO, 2018), sont en grande partie dus à des environnements délétères et des véhicules en mauvais état (sans contrôle sur leurs importations) alors que les actions de prévention sont souvent axées sur le port du casque et les conduites individuelles. De même, les produits transformés, responsables d'un fardeau important de maladies cardiovasculaires ne font l'objet que de très peu de régulation au niveau global, et leur commercialisation est souvent accompagnée de mesures de communication très convaincantes, laissant les individus responsables de leur choix (Lencucha & Thow, 2019).

Dans cette perspective, l'objectif est moins de remettre en cause un système ayant produit la prospérité des acteur·rice·s les plus dominant·e·s que de limiter ses conséquences négatives sur la santé des populations (Holst, 2020). Par exemple, le financement basé sur les résultats, qui par définition associe les soins de santé à des prestations « marchandisables », est largement diffusé en Afrique subsaharienne (Gautier *et al.*, 2018, 2021) alors que peu de données probantes sur son efficacité sont disponibles.

2. La construction de la CSU dans la gouvernance globale

Le passage de la santé internationale à la santé mondiale était censé limiter le renforcement d'une hiérarchie économique et politique déjà présente dans l'ordre social global avec les interventions en santé (Chen *et al.*, 2020). La CSU, objet symbolique de ce passage, visait à renouveler les politiques globales pour mener à plus d'équité en santé. Alors que les liens entre les politiques néolibérales et la détérioration de l'état de santé des populations sont de plus en plus établis, notamment à cause de l'augmentation des inégalités économiques, de l'insécurité, de la précarité et de la pauvreté (Giovanella *et al.*, 2018 ; Schrecker, 2016), nous allons observer que la CSU, bien qu'elle soit conçue comme un objet dépolitisé et technocratique, est également ancrée dans ce cadrage discursif néolibéral mettant en avant l'aspect financier de la santé. La désignation, la traduction et la problématisation permettent de comprendre les différents processus amenant une entité à sa construction en tant qu'objet de la gouvernance globale. Du fait du manque de consensus sur ce que signifie réellement la CSU et les difficultés déjà éprouvées par d'autres auteurs pour définir ce concept (Abihiro & De Allegri, 2015 ; Bump, 2010), nous nous intéressons uniquement à la façon dont cet objet est construit de façon « explicite », c'est-à-dire par les documents des organisations internationales et des scientifiques à un niveau macroscopique.

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

La désignation consiste à définir un phénomène ou un ensemble de phénomènes afin de délimiter une frontière par rapport aux autres entités. Pour être désigné, le phénomène doit se démarquer des autres. Cela se

produit par une catégorisation et un classement en ordre de priorité et/ou d'intérêt. Nous distinguons, par exemple, ce qui relève du climat par rapport au temps, ou du genre par rapport au sexe (Allan, 2017). En ce qui concerne la CSU, son inscription dans les priorités de la gouvernance globale prend place dans un long historique de politiques définissant différentes conceptions de la santé dans les relations internationales.

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

La CSU rappelle le besoin de « protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde » déjà acté par la déclaration d'Alma-Ata de 1978 (OMS, 2003), qui était, elle-même, l'aboutissement d'autres processus internationaux tels que la conférence de Bandoeng en 1937 (Litsios, 2008). Si cette manifestation est moins connue que celle d'Alma-Ata, elle a tout de même marqué un tournant dans la volonté d'institutionnalisation d'une vision plus large de la santé que le permettait l'approche clinique et biomédicale. Cette vision a surtout été portée par un petit collectif de personnes dont Selskar Gunn, alors vice-président de la Fondation Rockefeller qui, dès 1913, travaillait déjà dans plus de 80 pays dans le monde (*ibid.*). Ce dernier soutenait deux changements dans la conception de la santé publique : l'inclusion de la santé dans un ensemble de déterminants sociaux plus larges tels que l'agriculture ou l'éducation, et la participation des communautés à l'identification des besoins de santé et la mise en œuvre d'interventions (Bump, 2010). Le contexte économique et social a donné lieu à une reconfiguration des relations internationales et cette approche a été abandonnée au profit de perspectives moins ambitieuses et plus faciles à mettre en œuvre telles que les interventions verticales. Pour certains historiens, cet élan a toutefois marqué la naissance historique de la stratégie

des soins primaires de l'OMS et de la déclaration d'Alma-Ata qui l'a actée (Bump, 2010). De la même façon qu'après la conférence de Bandoeng, cette vision a été plus ou moins délaissée au profit de stratégies plus facilement gouvernables par les structures centralisées habituelles. Sans oublier l'impact destructeur de l'initiative de Bamako, laquelle, en promouvant les paiements directs pour assurer la survie financière des centres de santé, n'a fait que faire perdurer le renoncement aux soins de santé jusqu'à l'exclusion de certaines populations du système de santé (Ridde & Girard, 2004 ; Ridde, 2012). Finalement, l'arrivée de la CSU dans l'arène globale est, pour certains auteurs, au mieux un renouvellement d'idées déjà présentes dans les débats collectifs depuis le début du XIX^e siècle, au pire un retour en arrière par rapport à la déclaration d'Alma-Ata (Sanders *et al.*, 2019). Cette déclaration évoquait non seulement un accès aux soins de santé primaires, mais encourageait aussi des principes tels que la prévention des maladies et la promotion de la santé, la participation de la société civile aux décisions, l'intersectorialité des politiques et des actions sur les déterminants sociaux de la santé (*ibid.*). La CSU a restreint les ambitions en matière de santé publique d'une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé à l'atteinte d'une « couverture » sanitaire et donc principalement une adhésion à une assurance ou un système de mutualisation des risques. Cela restreint également les débats à des considérations financières.

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

Le concept de traduction est issu de la sociologie des sciences (Callon, 1986). Il s'agit d'un processus de construction de nouvelles significations pour des individus, en mettant en perspective le rôle des actrices et les dimensions techniques ou matérielles de cette construction. Ce phénomène de *traduction* dans l'analyse des objets de la gouvernance globale permet de rassembler les intérêts de parties prenantes très distincts, aux référentiels différents, et de représenter de façon homogène des enjeux mouvants et multidimensionnels (*ibid.*). Pour les politiques publiques, ce processus a été étudié pour mettre en avant non seulement la place des actrices et des stratégies, mais aussi des objets tels que les documents dans les décisions politiques (Boussaguet *et al.*, 2019 ; Lascoumes, 1994).

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

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

3.8.2 : Proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux des ménages².

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

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

2 United Nations, 2017 (traduction des auteur-riche-s).

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

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

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

La problématisation correspond à la mise en relation entre l'entité désignée et traduite avec les intérêts publics et politiques. Une des perspectives d'analyse est de considérer les acteur·rice·s et leurs stratégies pour influencer les décisions : les entrepreneurs de normes, de politiques, de diffusion (Boussaguet *et al.*, 2019 ; Gautier *et al.*, 2019), les « coalitions plaidantes » (Sabatier, 2007). Ces approches s'intéressent aussi aux processus cognitifs qui orientent les représentations des acteurs d'un phénomène (Muller, 2000) et leur influence sur les processus de problématisation. Une autre perspective est celle de la multiplicité des causes qui prend en compte les conditions internes et externes des politiques publiques comme les crises ou l'amélioration des connaissances sur un sujet (Kingdon, 1984).

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

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

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

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

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

résisté à cette approche en soutenant leur système de santé universel comme au Costa Rica (Birn *et al.*, 2016). Des avancées notables en matière d'équité sont observées dans des pays qui ont choisi de considérer la santé comme un droit civique. La Thaïlande, qui est souvent considérée comme un succès, a mis en place un système de santé universel basé sur des taxes fiscales et met l'accent non seulement sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé mais aussi sur les activités de prévention (Sen, 2015 ; Tangcharoensathien *et al.*, 2018). Dans l'État du Kerala en Inde, le système de santé universel comprend également des actions sur les autres déterminants de la santé tel que l'accès à de la nourriture de qualité pour les élèves (Chathukulam & Tharamangalam, 2021 ; Sen, 2015). L'absence de problématisation de la santé dans les politiques publiques – ou leur « non-design » (Kadio *et al.*, 2018) – comme dans certains pays d'Afrique de l'Ouest conduit également à des résultats catastrophiques. Au Sénégal, par exemple, l'influence des acteur·rice·s extérieure·s et le manque de leadership politique conduisent à une « querelle des chapelles » (Ridde, 2021) et le paysage des dispositifs visant à atteindre la CSU est ainsi fragmenté. Si dans certains pays comme le Japon les partenariats publics-privés ont permis d'obtenir un bon compromis pour améliorer la santé des populations, la gouvernance et le rôle des États sont primordiaux pour réguler et négocier les offres de soins du secteur privé (Greer & Méndez, 2015 ; Kittelsen *et al.*, 2019). Dans les pays où la gouvernance est plus fragile, certaines parties prenantes craignent que les fonds publics soient ainsi moins focalisés sur la volonté de renforcer les systèmes de santé publique que sur celle de générer du profit *via* les prestataires privés (Kittelsen *et al.*, 2019).

Conclusion

L'analyse de la construction de la CSU dans la gouvernance globale en santé a permis d'observer la présence d'un pouvoir qui, contrairement à d'autres types de pouvoir, ne fait pas qu'empêcher, mais « fait faire » par la diffusion des idées et des significations. Il participe à la production de politiques et d'interventions dans le monde entier. Cette diffusion, aidée par un système de co-production des actions et des connaissances de la santé mondiale, se fait généralement d'un centre constitué d'acteur·rice·s économiquement intégré·e·s vers les périphéries. Le pouvoir productif et le pouvoir structurel sont intimement liés. Les processus qui expliquent ce

lien, mais aussi la complémentarité entre l'agence et la structure dans ces processus sont encore peu étudiés de façon empirique en santé mondiale (Engebretsen & Heggen, 2015 ; Lee & Crosbie, 2020 ; Shiffman, 2015). Cette analyse est à destination des parties prenantes de la santé mondiale. En effet, elle vise à montrer que malgré des débats et des décisions qui semblent souvent se prendre à des niveaux macroscopiques, les scientifiques, en produisant des connaissances sur un sujet, notamment quand elles ont une visée politique, participent au pouvoir productif. Nous souhaitons contribuer au débat sur le pouvoir en santé mondiale et sur la possibilité d'actions individuelles et collectives pour modifier les pratiques quotidiennes en santé mondiale (Lee & Crosbie, 2020 ; Shiffman, 2018). Par exemple, le concept d'injustice épistémique (attribuer un défaut de crédibilité à un individu en raison de préjugés, conscients ou non, sur un groupe social) pourrait être utile pour comprendre comment les relations entre le centre et les périphéries en santé mondiale se perpétuent et pour avoir une approche réflexive de la recherche partenariale. Il est aujourd'hui autant question de coopération entre les différents secteurs (sciences, politiques, interventions en santé) que de combler le fossé entre les acteurs centraux, liés au système économique dominant, et les acteur·rice·s périphériques, qu'ils·elles soient contre ce système ou juste non intégrées dans celui-ci. Il s'agit d'aller au-delà des concepts normatifs promouvant un partenariat entre des acteur·rice·s au pouvoir politico-économique différent qui est tout aussi inégalitaire qu'idéaliste (Turshen, 2014), et même de dépasser l'utilisation instrumentale des principes qui ne servent qu'à cacher une réalité ancrée dans des relations de domination économique, sociale et culturelle (Cornwall & Brock, 2006 ; Lencucha & Thow, 2019).

LES AUTEUR·E·S

Amandine Fillol

Amandine Fillol est doctorante en santé mondiale à l'Université de Montréal, elle étudie la production et l'utilisation des connaissances en santé dans un contexte de mondialisation et est par ailleurs coordinatrice de recherche au Centre population et développement (Ceped), Université de Paris/Institut de recherche pour le développement (IRD).

A récemment publié

Fillol, A., Kadio, K., & Gautier, L. (2020). L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*, 4, 103-127. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0103>

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

Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2019). The Importance of Leadership and Organizational Capacity in Shaping Health Workers' Motivational Reactions to Performance-Based Financing: A Multiple Case Study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 277-279. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.133>

Lara Gautier

Lara Gautier est professeure adjointe au département de gestion, évaluation et politique de santé de l'Université de Montréal, professeure associée au département de sociologie de l'Université McGill (Canada) et chercheuse associée au Centre population et développement (Ceped), Université de Paris/Institut de recherche pour le développement (IRD). Elle s'intéresse aux questions de politiques et systèmes de santé au Canada et dans le monde.

A récemment publié

Gautier, L., Poveda, J.-D., Nguengang Wakap, S., Bouchon, M., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Adapting care provision and advocating for unprotected unaccompanied minors in Paris in the context of COVID-19. *Global Health Promotion*, 28(1), 75-78. <https://doi.org/10.1177/1757975920984193>

Gautier, L., Casseus, T., Blanc, J., & Cloos, P. (2020). What links can be made from narratives of migration and self-perceived health? A qualitative study with Haitian migrants settling in Quebec after the 2010 Haiti earthquake. *Journal of Migration and Health*, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100017>

Fresneau, J., & Gautier, L. (2020). À la croisée des chemins : le jeune chercheur entre désir d'interdisciplinarité et ancrage monodisciplinaire. *Encyclo. Revue de l'école doctorale Science des sociétés (ED 624)*, 11, 9-15. <https://hal-univ-paris.archives-ouvertes.fr/hal-02900683>

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

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

Valéry Ridde

Valéry Ridde est directeur de recherche au Centre population et développement (Ceped), Université de Paris/Institut de recherche pour le développement (IRD) et actuellement affecté à l'Institut de Santé et de développement (ISED) de l'UCAD à Dakar, Sénégal. Il s'intéresse aux politiques et systèmes de santé ainsi qu'à leurs effets sur les inéquités en santé.

A récemment publié

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

Ridde, V., Gautier, L., Dagenais, C., Chabrol, F., Hou, R., Bonnet, E., David, P.-M., Cloos, P., Duhoux, A., Lucet, J.-C., Traverson, L., de Araujo Oliveira, S. R., Cazarin, G., Peiffer-Smadja, N., Touré, L., Coulibaly, A., Honda, A., Noda, S., Tamura, T., Baba, H., Kodoi, H., & Zinszer, K. (2021). Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>

Ridde, V., Ouedraogo, S., & Yaya, S. (2021). Closing the diversity and inclusion gaps in francophone public health: a wake-up call. *BMJ Global Health*, 6(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005231>

Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M.-F., & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada *Global Public Health*, 15(11). <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1771396>

BIBLIOGRAPHIE

- Abiiri, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal Health Coverage from Multiple Perspectives: A Synthesis of Conceptual Literature and Global Debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Abimbola, S., Asthana, S., Montenegro, C., Guinto, R. R., Jumbam, D. T., Louskieter, L., et al. (2021). Addressing Power Asymmetries in Global Health: Imperatives in the Wake of the COVID-19 Pandemic. *PLOS Medicine*, 18(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003604>
- Addey, C. (2017). Golden Relics & Historical Standards: How the OECD is Expanding Global Education Governance through PISA for Development. *Critical Studies in Education*, 58(3), 311-325. <http://dx.doi.org/10.1080/17508487.2017.1352006>
- Adler, E., & Bernstein, S. (2004). Knowledge in Power: The Epistemic Construction of Global Governance. In Barnett, M., & Duvall, R., (Eds.), *Power in Global Governance* (294-318). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.013>
- Allan, B. B. (2017). Producing the Climate: States, Scientists, and the Constitution of Global Governance Objects. *International Organization*, 71(1), 131-162. <http://dx.doi.org/10.1017/S0020818316000321>
- Amaya, A. B., Rollet, V., & Kingah, S. (2015). What's in a Word? The Framing of Health at the Regional Level: ASEAN, EU, SADC and UNASUR. *Global Social Policy*, 15(3), 229-260. <https://doi.org/10.1177/1468018115599816>
- Badie, B. (Ed.) (2014). *La fin des territoires. Essai sur le désordre international et sur l'utilité sociale du respect*. Fayard.
- Badie, B., & Smouts, M.-C. (Eds.) (1992). *Le retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Barnett, M., & Duvall, R. (2004). Power in Global Governance. In Barnett, M., & Duvall, R. (Eds.), *Power in Global Governance* (1-32). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491207.001>
- Barnett, M., & Finnemore, M. (Eds.) (2004). *Rules for the World: International Organizations in Global Politics*. Cornell University Press.
- Bertrand, G. (2004). Ordre international, ordre mondial, ordre global. *Revue internationale et stratégique*, 54(2), 99-107. <https://doi.org/10.3917/ris.054.0099>
- Birn, A.-E., & Nervi, L. (2019). What Matters in Health (Care) Universes: Delusions, Dilutions, and Ways towards Universal Health Justice. *Globalization and Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0521-7>

- Birn, A.-E., Nervi, L., & Siqueira, E. (2016). Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*, 47(4), 734-759. <https://doi.org/10.1111/dech.12247>
- Birn, A.-E., & Fee, E. (2013). The Rockefeller Foundation and the International Health Agenda. *The Lancet*, 381(9878), 1618-1619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61013-2)
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Minuit.
- Boussaguet, L., Jacquot, S., & Ravinet, P. (2019). *Dictionnaire des politiques publiques*. 5^e édition entièrement mise à jour et augmentée. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01>
- Bump, J. B. (2010). *The Long Road to Universal Health Coverage: A century of lessons for development strategy*. PATH, Fondation Rockefeller. <https://brasil.campusvirtuallsp.org/sites/default/files/DIM-The-Long-Road-to-UHC.pdf>
- Cairney, P. (2019). *Multi-level Governance and Multi-centric Policymaking*. In Cairney, P. (Ed.). *Understanding Public Policy: Theories and Issues*. Red Globe Press (154-173).
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36. <https://www.jstor.org/stable/27889913>
- Cambon, L., & Alla, F. (2014). Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Les défis français de l'innovation. *Institut de Recherche en Santé Publique*, 27. https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/Web_QSPn-27.web_.pdf
- Chan, M. (2012). Universal coverage is the ultimate expression of fairness. Acceptance speech at the 65th World Health Assembly, 23 May. World Health Organization.
- Chapman, A. (2016). The Problems with the Proposed Indicators for Monitoring Universal Health Coverage in the Sustainable Development Goals. *Health and Human Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2016/03/the-problems-with-the-proposed-indicators-for-monitoring-universal-health-coverage-in-the-sustainable-development-goals/>
- Chathukulam, J., & Tharamangalam, J. (2021). The Kerala model in the time of COVID19: Rethinking state, society and democracy. *World Development*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105207>
- Chen, X., Li, H., Lucero-Prisno, D. E., Abdullah, A. S., Huang, J., Laurence, C., Liang, X., et al. (2020). What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00142-7>

- Cornwall, A., & Brock, K. (2006). What do Buzzwords do for Development Policy? A critical look at "Poverty Reduction", "Participation" and "Empowerment". *Third World Quarterly*, 26(7), 1043-1060. <https://doi.org/10.1080/01436590500235603>
- Corry, O. (2013). *Constructing a Global Polity*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137313652>
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, É., Ouimet, M., Berthelette, D., & Ridde, V. (2013). Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: A Scoping Study. *PLOS ONE*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080233>
- DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*, 395(10231), 1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)
- Davis, K. E., Kingsbury, B., & Merry, S. E. (2012). Indicators as a Technology of Global Governance. *Law & Society Review*, 46(1), 71-104. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2012.00473.x>
- Demortain, D., & Joly, P.-B. (2020). Urgence thérapeutique, controverses et production de la preuve dans l'espace public – à propos de l'hydroxychloroquine. AOC. <https://aoc.media/analyse/2020/05/17/urgence-therapeutique-controverses-et-production-de-la-preuve-dans-lespace-public-a-propos-de-lhydroxychloroquine/>
- Engelbrechtsen, E., & Heggen, K. (2015). Powerful Concepts in Global Health; Comment on "Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 115-117. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.19>
- Étienne, C., & Asamoah-Baah, A. (Eds.). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization. https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf
- Evans, T. (2014). *Global health*. In Currie-Alder, B., Kanbur, R., Malone, D. M., & Medhora, R. (Eds.). *International development: Ideas, experience, and prospects* (511-529). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199671656.003.0031>
- Evans, T., & Pablos-Méndez, A. (2020). Negotiating Universal Health Coverage into the global health mainstream: The promise and perils of multi-lateral consensus. *Global Social Policy*, 20(2), 220-224. <https://doi.org/10.1177/1468018120920245>
- François, L., Gautier, L., Lagrange, S., Mc Sween-Cadieux, E., & Seppey, M. (2018). La pratique réflexive en santé mondiale : expériences et leçons apprises de jeunes chercheur-e-s et intervenant-e-s. *Cahiers Réalisme*. <http://www.equitesante.org/reflexivite-sante-mondiale/>
- Garrett, L., Chowdhury, A. M. R., & Pablos-Méndez, A. (2009). All for universal health coverage. *The Lancet*, 374(9697), 1294-1299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61503-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61503-8)
- Gautier, L., De Allegri, M., & Ridde, V. (2021). Transnational Networks' Contribution to Health Policy Diffusion: A Mixed Method Study of the Performance-Based Financing Community of Practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(6), 310-323. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>

- Gautier, L., Karambé, Y., Dossou, J.-P., & Samb, O. M. (2020). Rethinking development interventions through the lens of decoloniality in sub-Saharan Africa: The case of global health. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1858134>
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the world bank-administrated health results innovation trust fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Gilbert, C., & Henry, E. (2009). Comment se construisent les problèmes de santé publique. *La Découverte*.
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. de C. A., Rosa, M. C. da, Martins, G. B., Santos, I. S., et al. (2018). Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763-1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 1981-2004. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)
- Global Health 50/50. (2020). *Power, privilege and priorities*. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>
- Gómez-Dantés, O. (2018). Cuba's health system: Hardly an example to follow. *Health Policy and Planning*, 33(6), 760-761. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy035>
- Greer, S. L., & Méndez, C. A. (2015). Universal Health Coverage: A Political Struggle and Governance Challenge. *American Journal of Public Health*, 105(5), S637-S639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302733>
- Guilbaud, A. (2015). L'ouverture de la santé mondiale aux acteurs marchands. In *Business partners. Firmes privées et gouvernance mondiale de la santé* (87-114). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.guilb.2015.01>
- Hanefeld, J., & Walt, G. (2015). Knowledge and Networks – Key Sources of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 119-121. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.25>

- Harman, S. (2016). The Bill and Melinda Gates Foundation and Legitimacy in Global Health Governance. *Global Governance*, 22(3), 349-368. <https://www.jstor.org/stable/44860965>
- Hickel, J. (2016). The true extent of global poverty and hunger: Questioning the good news narrative of the Millennium Development Goals. *Third World Quarterly*, 37(5), 749-767. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1109439>
- Hoffman, S. J., & Cole, C. B. (2018). Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Globalization and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
- Holst, J. (2020). Global Health—emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. *Globalization and Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00573-4>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Huelss, H. (2017). After decision-making: The operationalization of norms in International Relations. *International Theory*, 9(3), 381-409. <http://doi.org/10.1017/S1752971917000069>
- Hunsmann, M. (2016). Le « plaidoyer fondé sur des preuves » dans l'action sanitaire internationale. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 10(2), 219-243. <https://doi.org/10.3917/rac.031.0219>
- Jasanoff, S. (2004). *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. Routledge.
- Kadio, K., Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale. Un cas de « non-design » au Burkina Faso. *International Development Policy/Revue internationale de politique de développement*, 10.1. <https://doi.org/10.4000/poldev.2782>
- Kamradt-Scott, A. (2012). Evidence-based medicine and the governance of pandemic influenza. *Global Public Health*, 7(2), S111-S126. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.728239>
- Keim, W. (2010). Pour un modèle centre-périphérie dans les sciences sociales. Aspects problématiques des relations internationales en sciences sociales. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(3), 570-598. <https://doi.org/10.3917/rac.011.0570>
- Kelley, J. G., & Simmons, B. A. (2015). Politics by Number: Indicators as Social Pressure in International Relations. *American Journal of Political Science*, 59(1), 55-70. <http://dx.doi.org/10.1111/ajps.12119>
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown.
- Kittelsen, S. K., Fukuda-Parr, S., & Storeng, K. T. (2019). Editorial: The political determinants of health inequities and universal health coverage. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0514-6>

- Klein, A., Laporte, C., & Saiget, M. (2015). *Les bonnes pratiques des organisations internationales*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.klein.2015.01>
- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), 933-943. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7)
- Langer, L., Tripney, J., & Gough, D. (2016). *The Science of Using Science: Researching the Use of research Evidence in Decision-Making*. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
- Lascoumes, P. (1994). *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*. La Découverte.
- Latour, B. (2005). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. La Découverte.
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press.
- Lee, K., & Crosbie, E. (2020). Understanding Structure and Agency as Commercial Determinants of Health Comment on "How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention". *International Journal of Health Policy and Management*, 9(7), 315-318. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.127>
- Lei Ravelo, J. (2016). How should we measure access to health care? *Universal Health Coverage Partnership*. <https://www.uhcpartnership.net/how-should-we-measure-access-to-health-care/>
- Lencucha, R., & Thow, A. M. (2019). How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(9), 514-520. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.56>
- Litsios, S. (2008). Bandoeng conference of 1937. *American Journal of Public Health*, 98(5), 777. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.135194>
- Löwenheim, O. (2008). Examining the State: A Foucauldian Perspective on International "Governance Indicators". *Third World Quarterly*, 29(2), 255-274. <http://doi.org/10.1080/01436590701806814>
- Lurton, G. (2020). Santé Globale et mesure. Un nouveau paradigme pour de nouveaux acteurs. *Les Cahiers du comité pour l'histoire de l'Inserm*, 1, 73-80. <http://hdl.handle.net/10608/10068>
- Mahon, R., & McBride, S. (2009). Standardizing and Disseminating Knowledge: The Role of the OECD in Global Governance. *European Political Science Review*, 1(1), 83-101.
- McNeil, J. (2012, May). Cuba's Fortresses Against a Viral Foe. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2012/05/08/health/cubas-aids-sanitariums-fortresses-against-a-viral-foe.html>

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

- Ooms, G., Latif, L. A., Waris, A., Brolan, C. E., Hammonds, R., Friedman, E. A., Mulumba, M., & Forman, L. (2014). Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC International Health and Human Rights*, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-3>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003). *Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire*. OMS.
- OMS (2002). *Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS*. OMS.
- Passeron, J.-C., & Bourdieu, P. (1964). *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Minuit.
- Paul, E., Brown, G. W., & Ridde, V. (2020). COVID-19: Time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002622>
- Paul, E., Fecher, F., Meloni, R., & van Lerberghe, W. (2018). Universal Health Coverage in Francophone Sub-Saharan Africa: Assessment of Global Health Experts' Confidence in Policy Options. *Global Health: Science and Practice*, 6(2), 260-271. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00001>
- Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M., Nicod, M., Ridde, V., & Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: A call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>
- Ridde, V. (dir.) (2021). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*. Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.press-books.pub/cus/>
- Ridde, V., & Ba, M. P. (2020). La pandémie du Covid-19 vue d'Afrique. *AOC*. <https://aoc.media/analyse/2020/04/26/la-pandemie-du-covid-19-vue-dafrique/>
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37-51. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Presses universitaires de Montréal.
- Robert, É. (2015). *Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne. Débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Rodin, J., & de Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet*, 380(9845), 861-862. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3)
- Rushton, S., & Williams, O. D. (2012). Frames, Paradigms and Power: Global Health Policy-Making under Neoliberalism. *Global Society*, 26(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/13600826.2012.656266>

- Sabatier, P. A. (Ed.). (2007). *Theories of the policy process*. Westview Press.
- Sanders, D., Nandi, S., Labonté, R., Vance, C., & Van Damme, W. (2019). From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. *The Lancet*, 394(10199), 619-621. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Schrecker, T. (2016). Neoliberalism and Health: The Linkages and the Dangers. *Sociology Compass*, 10(10), 952-971. <https://doi.org/10.1111/soc4.12408>
- Sen, A. (2015, January 6). Universal healthcare: The affordable dream. *The Guardian*. <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/sp-universal-health-care-the-affordable-dream-amartya-sen>
- Sengupta, A. (2013). *Couverture sanitaire universelle. Par-delà la rhétorique*. Centre de recherches pour le développement international (CRDI). https://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Couverture_Sanitaire_Universelle_Par_dela_la_rhetorique_Nov2013.pdf
- Shiffman, J. (2018). Agency, Structure and the Power of Global Health Networks. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(10), 879-884. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.71>
- Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497-499. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.104>
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297-299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
- St Clair, A. L. (2006). Global Poverty: The Co-Production of Knowledge and Politics. *Global Social Policy*, 6(1), 57-77. <https://doi.org/10.1177/1468018106061392>
- Storeng, K. T. (2014). The GAVI Alliance and the “Gates approach” to health system strengthening. *Global Public Health*, 9(8), 865-879. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.940362>
- Suárez-Herrera, J. C., & Blain, M.-J. (2012). *La recherche en santé mondiale. Perspectives socio-anthropologiques*. Association francophone pour le savoir (Acfas).
- Summers, L. H. (2015). Economists’ declaration on universal health coverage. *The Lancet*, 386(10008), 2112-2113. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00242-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00242-1)
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Taylor, S. (2018). “Global health”: Meaning what? *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000843>

- Turshen, M. (2014). A global partnership for development and other unfulfilled promises of the millennium project. *Third World Quarterly*, 35(3), 345-357. <https://doi.org/10.1080/01436597.2014.893481>
- United Nations (2017). Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. In *Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
- Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P. S. (2012). Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>
- Weber, M. (1995). *Économie et société. Les catégories de la sociologie*. Plon.
- World Health Organization (WHO) (2020). *A coordinated global research roadmap: 2019 Novel coronavirus*. WHO.
- WHO (2018). *Global status report on road safety 2018*. WHO.
- WHO (2012). *Positioning Health in the Post-2015 development Agenda*. WHO. https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHODiscussionpaper_October2012.pdf
- Yamin, A. E., & Boulanger, V. M. (2014). Why Global Goals and Indicators Matter: The Experience of Sexual and Reproductive Health and Rights in the Millennium Development Goals. *Journal of Human Development and Capabilities*, 15(2-3), 218-231. <https://doi.org/10.1080/19452829.2014.896322>
- Yoon, S. (2010). Ideas, Institutions, and Interests in the Global Governance of Epidemics in Asia. *Journal of Public Health*, 22(3), 125S-131S. <https://doi.org/10.1177/1010539510373131>
- Zapp, M. (2018). The scientization of the world polity: International organizations and the production of scientific knowledge, 1950-2015. *International Sociology*, 33(1), 3-26. <http://dx.doi.org/10.1177/0268580917742003>

REVUE INTERNATIONALE DES ÉTUDES DU DÉVELOPPEMENT

Revue trimestrielle publiée par l'Institut d'études du développement
de la Sorbonne de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

▷ La santé : nouveaux défis pour le développement

Sous la direction de Hamidou Niangaly,
Valéry Ridde et Josselin Thuilliez

Éditions de la Sorbonne

Revue internationale des études du développement

Institut d'études du développement de la Sorbonne (IEDES)
Campus du Jardin d'agronomie tropicale de Paris
45 bis, av. de la Belle-Gabrielle, 94736 Nogent-sur-Marne Cedex

Directrice de publication : Charlotte Guénard
Coordinatrice éditoriale : Béatrice Trotier-Faurion
Courriel : revdev@univ-paris1.fr
Tél : +33 (0)1.43.94.72.02 – fax : +33 (0)1.43.94.72.44

Préparation de copie : Stéphanie Lebassard, Pauline Bonneau

Maquette : Syntexte

Mise en page : Éditions de la Sorbonne

Imprimeur : Dupliprint – 733, rue Saint-Léonard, 53100 Mayenne

Éditeur : Éditions de la Sorbonne – 212, rue Saint-Jacques, 75005 Paris
www.editionsdelasorbonne.fr

N° ISSN : 2554-3415

N° ISBN : 979-10-351-0667-6

Dépôt légal : novembre 2021

Revue publiée avec le soutien de l'Institut des sciences humaines et sociales (InSHS-CNRS)

Revue labellisée ERIH-PLUS NSD.

Revue labellisée AERES dans les sections Géographie, Aménagement, Urbanisme (2013),
Science politique (2011), Sociologie, Démographie (2013), Économie (2015)

Tous les numéros de la *Revue internationale des études du développement / Revue Tiers Monde*
sont disponibles en ligne : Persee.fr de 1960 à 2006 – Jstor.org depuis 1960 – Cairn.info depuis 2003.

Licence CC-BY-NC-ND 4.0

Tarif abonnement annuel

	France et UE / France & EU	Hors UE / Out of EU
Particulier / Individual	60 €	60 €
Institution / Organization	100 €	120 €
Étudiant – sur justificatif / Student – upon justification	40 €	40 €

Adresse de retour des bulletins d'abonnement :

Revue internationale des études du développement / AboMarque
CS 60003 – 31242 L'Union Cedex – France

Contact mail : ried@abomarque.fr

Commande d'abonnement par téléphone (paiement par Carte Bancaire) :

05 34 56 35 60 (10h12h - 14h17h)
depuis l'étranger : +33 534 563 560

Prix de vente au numéro en France métropolitaine : 20 €