



Journal des anthropologues
Association française des anthropologues

138-139 | 2014
Santé globale - pratiques locales

Introduction

Marie Bonnet, Daniel Delanoë et Mathieu Caulier



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/4372>

DOI : [10.4000/jda.4372](https://doi.org/10.4000/jda.4372)

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2014

Pagination : 9-17

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Marie Bonnet, Daniel Delanoë et Mathieu Caulier, « Introduction », *Journal des anthropologues* [En ligne], 138-139 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2014, consulté le 24 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/jda/4372> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/jda.4372>

INTRODUCTION

Marie BONNET* – Daniel DELANOË** – Mathieu CAULIER***

Divers éléments historiques témoignent de phénomènes de mondialisation, qu'il s'agisse pour n'en prendre que quelques-uns, des voyages des explorateurs aux XIII^e, XIV^e, XV^e, XVI^e siècles, des constitutions et dissolutions d'empires ou encore de la montée des nationalismes en Europe : c'est-à-dire toutes les grandes phases historiques qui conduisent à mettre en contact les peuples. Pour sa part, la définition de la globalisation au sens de la Commission européenne est la suivante : « Process by which markets and productions in different countries are becoming increasingly

* Anthropologue-psychanalyste, chercheuse associée au laboratoire CRPMS (Centre de recherches psychanalyse, médecine et société) - Université Paris VII – 26 rue de Paradis – 75007 Paris
Courriel : marie-bonnet@numericable.fr

** Anthropologue, psychiatre, chercheur associé au Laboratoire de pédagogie de la santé UPRES EA 3412 - UFR SMBH Léonard de Vinci Université Paris 13, 74 av. Marcel Cachin – 93017 Bobigny
Courriel : daniel.delanoë@wanadoo.fr

*** Anthropologue – 5 rue de Péronne, 80800 Villers-Bretonneux
CESSMA – Paris 7
Courriel : matcaulier@gmail.com

Les coordinateurs de ce numéro souhaitent remercier tout particulièrement Médecins Sans Frontières : Samuel Hanryon, Christine Dufour et le photographe Sylvain Cherkaoui de l'agence Cosmos.

interdependent due to the dynamics of trade in goods and services and flows of capital and technologies¹ ».

L'économie globalisée représente ainsi une nouvelle structure de relations économiques : les opérateurs sont internationaux sans attaches nationales principales. Dès lors, les phénomènes de globalisation peuvent se définir à partir des phénomènes économiques, et l'on en trouve les prémisses dans le passage analysé par Marx de la société féodale à la société capitaliste. Pour Sengupta² (*op. cit.*), les implications sociales de la globalisation resteraient peu documentées. Les travaux dominants sont économiques. Selon lui, la globalisation est par ailleurs une notion floue si elle ne s'appuie pas sur de solides instruments de mesure.

Alors qu'un des enjeux majeurs du monde contemporain, et du village global qui a sa propre conscience d'être un tout, tourne autour des notions de risque et sécurité, la résistance aux menaces ne se règle plus au niveau de l'État-nation. Le concept de « Global health » dans les institutions internationales renvoie également à une forme de légitimation politique des actions menées au nom « de la planète », de l'humanité toute entière.

Le terme de « santé globale » doit être appréhendé sur le plan de la « relève » généralisée de l'« international » par le « global », qui depuis la fin de la guerre froide se déploie dans quasiment tous les domaines précédemment régis par l'autorité du plan international.

Le domaine international désigne couramment la coopération interétatique ou intergouvernementale – l'Organisation mondiale de la santé est ainsi une organisation intergouvernementale –, tandis que le domaine global fait référence aux institutions et acteurs supra-étatiques ou transnationaux (ex. institutions de Bretton Woods, entreprises multinationales, etc.) (Burchett, 2013).

¹ Cf. Thompson G. (1999 : 139), cité dans l'article de Sengupta (2001).

² Professeur au département Finance de la Fordham Graduate School of Business, New York, NY.

Le concept de « santé internationale » était déjà monnaie courante à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, quand il faisait principalement référence au contrôle des épidémies qui ne s'arrêtaient pas aux frontières nationales. « International » et « intergouvernemental » désignaient alors les relations entre les gouvernements des États souverains, à l'égard des politiques et des pratiques nationales de santé publique. L'autorité de l'OMS était le domaine de la « santé internationale ». Son leadership concerne la période allant de 1948 à 1998, date à laquelle le « global » a mis cette institution en crise et au bord de la faillite.

C'est plutôt du côté de la Banque mondiale qu'il faudrait chercher l'origine de la « santé globale ». Ce concept a une charge polémique à l'encontre des organisations internationales (interétatiques ou intergouvernementales) dans la mesure où il les juge inefficaces à prendre en charge les problèmes de la santé mondiale.

Les acteurs appelés à prendre la relève sont dès lors les médias, les fondations influentes au plan international, les organisations non gouvernementales et les sociétés transnationales.

Souvent citée dans le monde anglo-saxon, plus rarement dans la littérature scientifique francophone, la santé globale fait l'objet de plusieurs définitions. Celle du Consortium of Universities for Global Health Executive Board fait référence et considère la santé globale comme « une notion (situation actuelle de la santé globale), un objectif (un monde de personnes en bonne santé est condition de la santé globale) et un mélange de connaissances, recherches et pratiques » (Koplan *et al.*, 2009, cité par Gasquet-Blanchard). 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 » (Nichter, 2008 : 156).

C'est à la fin du XX^e siècle qu'est apparu le concept de santé globale, avec l'émergence de nouveaux virus à diffusion mondiale, en premier lieu le VIH, mais aussi la grippe aviaire, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la fièvre à virus hémorragique Ebola, et les récentes épidémies de choléra. Cette menace suscite un

positionnement sécuritaire global autour de l'idée récurrente de se protéger, d'empêcher la diffusion des maladies émergentes à risque pandémique analyse Clélia Gasquet-Blanchard dans son article. La question s'est aussitôt posée de la circulation des patients, de la définition et de l'application de normes de prévention aux niveaux international et national. Dans le même temps, les marchandises de santé connaissent une large diffusion dans un marché devenu florissant comme le souligne ici Bernard Hours dans un entretien. Les laboratoires pharmaceutiques, de plus en plus concentrés, évoluent vers une logique financière prépondérante, aux dépens des investissements de recherche, et profitent parfois de la faiblesse des États et des systèmes de santé de pays du Sud pour y mener des essais thérapeutiques, bien loin des procédures définies dans les pays du Nord, déplore Rony Brauman dans ce numéro.

Dans un autre registre, B. Hours remarque que la globalisation amène à changer d'échelle l'objet de la prévention : « Le corps n'est plus celui d'un individu mais celui de l'espèce, humaine. À travers la vie individuelle, c'est l'espèce exposée aux risques globaux qu'il faut préserver dans la santé globale à travers des normes générales et non spécifiques ».

Mais la santé globale est aussi comme le souligne encore R. Brauman la santé publique à l'échelle mondiale, un ensemble à multiples niveaux liés entre eux, une institution universitaire, surtout dans les pays anglo-saxons, avec ses instituts, postes et enseignements, et enfin un enjeu pour des organisations internationales, des États et des acteurs privés. Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal³ (2013), distinguent pour leur part trois caractéristiques de la santé globale : « Sa portée transnationale, sa prétention à répondre à de nouvelles menaces sanitaires et, plus généralement, son inscription dans un projet sécuritaire, c'est-à-dire sa participation explicite aux politiques néolibérales de développement ».

Ces différentes dimensions se retrouvent dans les travaux que nous avons réunis. Nous y retrouvons aussi la pertinence d'une

³ Anthropologues, université Aix-Marseille/INSERM/IRD.

double approche constructiviste et matérialiste, prenant en compte la culture et les ressources, ou le manque de ressources des systèmes de soins (Fassin, 2006).

Jackie Assayag⁴ (2007) souligne que : « Une vision par le bas de la mondialisation est nécessaire pour en comprendre les enjeux, et pas seulement une conception surplombante de type "vol d'oiseaux" ». Pour lui, c'est aussi une catégorie construite : ce n'est ni une eschatologie ni un complot mondial ourdi par des puissants.

À l'observation, chaque situation s'inscrit à la fois dans un temps mondial et dans une réalité locale. En réunissant ces articles nous avons retrouvé la notion de « glocalisation » désignant les processus par lesquels des références partagées, des modèles imposés, des textes et des biens circulent à l'échelle planétaire et sont appropriés pour faire sens dans un lieu et un temps particuliers. En dépit de la mondialisation, tous les individus continuent d'être localisés.

Le paradigme de l'hybridation avancé par Jan Nederveen Pieterse⁵ (1996) est-il toutefois opérant ? Sa théorie privilégie les « border crossing ». « But what is really being mixed » : mais que sommes-nous vraiment en train de mélanger, d'hybrider ? Langages culturels ou grammaires culturelles ? La distinction porte ici sur la question des surfaces ou des profondeurs de la culture. L'hybridation porterait sur une mixisation des surfaces, le fond restant solidement ancré. Est-ce à dire que tout ce qui se passe au niveau des nouveaux moyens de communication n'affecte que la surface culturelle ? Même s'il y a une dimension profonde de celle-ci, les agencements en profondeurs provoqués par l'arrivée de ces nouveaux moyens se font, semble-t-il, selon une donne locale.

Nous pouvons constater la force culturelle du modèle américain, portée notamment par la langue « globish », mais aussi son poids dans le mouvement mondial de la normalisation. En tant

⁴ Directeur de recherche au CNRS.

⁵ Professeur en Global Studies et sociologie dans le cadre du Global and International Studies Program, University of California, Santa Barbara.

que nation riche, elle joue un rôle puissant qui tend à effectuer par forçage une hybridation profonde sur la surface du globe. Cependant, la dimension universalisante des USA vient peut-être de leur histoire, et de ce qu'ils ont eu, eux, à hybrider leur culture à un niveau profond, celui de la grammaire, et pas seulement en surface – mouvement qu'ils tendraient désormais à imposer aux autres.

Une question posée par Pieterse porte sur le fait de savoir si la distinction entre grammaire culturelle et langage culturel est nonobstant toujours pertinente. D'ailleurs, l'art et l'esthétique nous apprennent que pour certains domaines, sphères, il n'y a rien de plus profond que la surface. Pieterse estime que pour évoluer sur la question, il va peut-être falloir procéder à une décolonisation de l'imagination. Selon lui, le clash entre la diversité culturelle et la globalisation devrait être créatif.

Peut-on se permettre sur un sujet aussi sérieux et grave que la santé, de rejoindre l'optimisme de Pieterse ? Peut-on partager son pari, et les jeunes générations pourront-elles s'en emparer ?

Dans ce numéro, des anthropologues interrogent la santé globale à partir de leurs terrains.

Clélia Gasquet-Blanchard montre ainsi à propos des épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola les effets pervers de la privatisation croissante de la santé globale, ainsi que la dimension politique implicite des interventions et des résistances qu'elle suscite.

Alice Desclaux décrit au Sénégal une situation exemplaire de la *pharmaceuticalisation* de la santé publique, qui conduit à apporter de manière croissante une réponse pharmacologique à des besoins ou demandes de santé à l'échelle des populations. La diffusion des médicaments s'accompagne d'une diffusion de leurs effets indésirables, lesquels sont interprétés au niveau local dans les savoirs professionnels et profanes.

L'imposition de normes internationales dans des contextes locaux fait aussi partie de la santé globale et peut concerner non seulement des pathologies infectieuses mais également des pathologies métaboliques et cardio-vasculaires. Gaia Cottino l'a observé

dans la définition et la construction de l'épidémie d'obésité déclarée dans les îles du Pacifique Sud. Dans le Royaume de Tonga, 90% des femmes et 84% des hommes sont classés comme obèses, en fonction de l'indice de masse corporelle défini par l'OMS. L'idéal local du corps bon et beau, un corps de grande taille, est différent de la norme de la bonne taille de l'OMS. En l'absence d'étude locale représentative, G. Cottino met donc fortement en doute l'existence d'une épidémie d'obésité. En revanche, l'augmentation des maladies cardio-vasculaires et du diabète paraît liée à la consommation croissante de nourriture importée, viande congelée et « malbouffe », venant notamment de Nouvelle-Zélande, dans une logique de marché au dépens de productions locales, plutôt qu'à une soit-disant épidémie d'obésité.

Pour Carine Baxerres, la marchandisation du médicament au Bénin illustre localement un phénomène global de la régulation néolibérale. Dans ce mouvement de marchandisation, non seulement les médicaments jouent leur rôle d'amélioration de la santé, mais ils ont également pour fonction de revitaliser les finances des structures de santé grâce aux marges de profit qu'offre leur commercialisation. À travers le médicament, la santé elle-même se marchandise et devient l'objet de stratégies marchandes. La marchandisation du médicament conduit à des utilisations hors des usages ordinairement prescrits.

Ibrahim Mouliom a pour sa part étudié les interventions croisées de lutte contre le paludisme à l'Extrême-Nord du Cameroun où cette maladie est à l'origine de 57% des hospitalisations et 41% des décès des enfants de moins de 5 ans. Alors que la prépondérance de la médecine parallèle est une des causes de la flambée de paludisme qui a fait plus d'un millier de morts de septembre à décembre 2013, l'auteur se demande ce que pourraient faire les institutions pour susciter un changement de comportement et stimuler les consommations de soins médicaux.

Chacun à leur manière les auteurs de ce numéro mettent en lumière les logiques de la santé globale entre santé publique et intérêts privés et dévoilent les processus d'imposition de normes. Ils

analysent l'évolution des rapports de force au niveau des politiques locales et entre professionnels et malades. Selon les situations, les acteurs agissent plus spécifiquement au bénéfice des populations ainsi qu'en témoigne l'expérience en négociations de Médecins Sans Frontières⁶ ou plutôt dans une logique néolibérale qui promeut « la refondation et le redéploiement de l'État comme l'agence principale qui fixe les règles et fabrique activement les subjectivités, les relations sociales et les représentations collectives idoines à l'effectuation des marchés et aptes à rendre leur fiction réelle et conséquente » (Wacquant, 2012, cité par Baxerres dans ce numéro).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSAYAG J., 2007/2. « Les sciences sociales à l'épreuve de la mondialisation. Le cas de l'Inde et bien au-delà », *Cahiers internationaux de sociologie*, 123.

ATLANI-DUAULT L., VIDAL L., 2013/3. « Le moment de la santé globale : formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, 215 : 7-16. DOI : 10.3917/rtm.215.0007.

BURCHETT P., 2013. Communication personnelle.

FASSIN D., 2006. « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in SAILLANT F., GENEST S., *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*. PUL/Economica : 383-400.

KOPLAN J. P., BOND T. C., MERSON M. H. *et al.*, 2009. « Towards a Common Definition of Global Health » *The Lancet*, 373 (9679) : 1993-5.

MAGONE C., NEUMAN M., WEISSMAN F., 2011. *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*. Paris, La Découverte.

⁶ Voir *Agir à tout prix ?* (Magone, Neuman & Weissman, 2011).

NICHTER M., 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson, University of Arizona Press.

PIETERSE J. N., 1996, « Globalisation and Culture, Three Paradigms », *Economic and Political Weekly*, 31(23 - June 8) : 1389-1393.

SENGUPTA C., 2001. « Conceptualising Globalisation », *Economic and Political Weekly*, 36(33 - Aug. 18) : 3137-3143.

THOMPSON G., 1999. « Introduction: Situating Globalisation », *International Social Science Journal*, 160 (June). Blackwell, UNESCO.

WACQUANT L., 2012. « Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism ». *Social Anthropology*, 20(1) : 66-79).

* * *