Revue francophone sur la santé et les territoires

Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement | 2019

Géographie virale des risques globaux : la circulation des risques sanitaires dans le contexte de la gouvernance globale de la santé

Gabriel Blouin Genest et Rebecca Sherrod

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/312>

DOI : 10.4000/rfst.312

ISSN : 2492-3672

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique

Gabriel Blouin Genest et Rebecca Sherrod, « Géographie virale des risques globaux : la circulation des risques sanitaires dans le contexte de la gouvernance globale de la santé », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 12 décembre 2019, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/312> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.312>

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.

La *Revue francophone sur la santé et les territoires* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Géographie virale des risques globaux : la circulation des risques sanitaires dans le contexte de la gouvernance globale de la santé

Gabriel Blouin Genest et Rebecca Sherrod

Introduction : la gouvernance globale de la santé et la circulation de l'information épidémiologique

- ¹ En 1970, et pour la première fois de son histoire, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait tenté d'outrepasser le contrôle qu'exerçaient à ce moment les pays membres de cette organisation sur l'information sanitaire. L'OMS avait en effet communiqué publiquement la présence d'une pandémie de choléra en Guinée sans attendre l'accord des autorités de ce pays (Fidler, 2004 ; Weir et Mykhalovskiy, 2010). Cette époque correspondait à l'entrée en vigueur d'un ensemble de réglementations mondiales portant sur la santé et appelées « Règlement Sanitaire International¹ », ou RSI (OMS, 1969). Cette action de la part de l'OMS eut à l'époque des conséquences désastreuses, autant pour le fonctionnement de l'organisation internationale que pour les pays membres, ce qui inclut de nombreux impacts économiques, politiques et diplomatiques pour le pays concerné, une méfiance accrue à l'égard des actions de l'OMS, une diminution drastique du signalement des pandémies de la part de l'ensemble des pays membres de l'OMS ainsi qu'une grave crise de crédibilité pour cette organisation, crise qui perdura jusqu'à la fin des années 1990 (Brown, Cueto et Fee, 2006). Cette situation, qui fut ouvertement critiquée par les pays membres de l'OMS, la communauté internationale de même que par plusieurs institutions onusiennes, a rappelé à l'OMS sa subordination face à la souveraineté des États. L'information sanitaire n'est pas libre de circulation, elle est sous le contrôle des États.

- 2 Le nouveau RSI qui suivit, adopté par 194 parties en 2005², changea radicalement les choses. Avec cette nouvelle réglementation internationale, l'OMS acquiert un pouvoir inédit et reconnu par tous les pays membres : cette organisation a maintenant le mandat et la capacité de déclarer des alertes pandémiques sans l'accord des pays membres et de faire circuler cette information (OMS, 2005). C'est-à-dire exactement ce qui lui avait été reproché en 1970. Ce nouveau pouvoir accordé à l'OMS avait été progressivement mis en application à partir de 1995 pour répondre aux défis posés par l'accroissement de la mobilité (humaine et des marchandises) caractérisant le contexte de mondialisation post Guerre froide.
- 3 Ce contexte a été qualifié de « post-westphalien » par plusieurs auteurs (Fidler, 2003, 2004, 2005 ; Weir et Mykhalovskiy, 2010), car établissant un pouvoir s'instituant au-dessus des souverainetés nationales issues du système westphalien des États nations. En effet, l'OMS est autorisée à utiliser des sources d'information dites non officielles et/ou non confirmées de type « rumeurs » (Grein *et al.*, 2000) pour évaluer les risques sanitaires globaux. La justification pour cette structure « d'infoveillance », « d'infodémiologie » et de « vigilance sanitaire globale »³ (Eysenbach, 2009 ; Weir et Mykhalovskiy, 2010) propre au RSI de 2005 est précisément la menace que pose une circulation accrue des maladies engendrée par le contexte de mondialisation⁴. L'OMS contrôle dorénavant ce type d'information. La circulation des risques s'accompagne aujourd'hui d'une circulation des informations sanitaires, sous le contrôle de l'OMS.
- 4 Dans ce contexte, non seulement la surveillance de la santé par l'OMS n'est plus limitée à un nombre restreint de maladies infectieuses comme c'était le cas auparavant (le choléra, la peste et la fièvre jaune – OMS, 1969), mais le RSI de 2005 couvre également les événements sanitaires pouvant être causés par l'homme, incluant le bioterrorisme (Baker et Fidler, 2006). Cette réglementation internationale a été rapidement approuvée et appliquée par les pays membres, car soutenue par les pays dits développés et au premier chef les États-Unis, mais également, car venant répondre aux angoisses provoquées par certaines épidémies comme le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) en 2002-2003. Le RSI de 2005 a non seulement provoqué un changement radical dans ce qui est appelé la gouvernance globale de la santé (Dodgson, Lee et Drager, 2002 ; Kickbusch, 2003), mais également dans nos rapports avec la géographie⁵, le risque ainsi que sa circulation.
- 5 Circulation, risque et géographie entretiennent, comme nous le soutenons ici, une relation symbiotique qui définit aujourd'hui la compréhension de l'espace sanitaire globale, et par le fait même, la rationalité de la gouvernance globale de la santé. On la retrouve notamment dans les narratifs justifiant les actions de l'OMS comme acteur central de cette gouvernance face à la production d'une compréhension de certains risques en circulation. Nous interrogeons ainsi l'interaction entre des compréhensions particulières des risques en circulation (au travers des outils de communication de l'OMS) et leur utilisation pour justifier des pratiques politiques au niveau international.
- 6 Cet article explore cette relation au travers de trois espaces analytiques particuliers. En premier lieu, nous nous intéressons aux changements apportés par le nouveau RSI de 2005 et les différentes interprétations qui en ont été faites. Dans un second temps, nous étudions la pratique de cette gouvernance de la santé par l'intermédiaire d'une analyse quantitative de celle-ci et en utilisant les données de surveillance de l'OMS produite par le système *Disease Outbreak News*. Enfin, nous portons un regard critique sur la circulation, l'espace et la géographie des risques dans un contexte de

mondialisation, resituant de la sorte la circulation au cœur des justificatifs de ce dispositif. Nous concluons par une problématisation des impacts de l'autonomisation de la notion de risque par rapport à celle de danger (Castel, 1991), phénomène que l'on retrouve dans la gouvernance globale de la santé.

Le règlement sanitaire international de 2005 et la surveillance des maladies infectieuses

- 7 Dans ce qui est représenté aujourd'hui comme un monde global et fluide⁶ dans lequel circulent librement virus, germes et microbes (Garrett, 1994), la surveillance des maladies infectieuses est vue comme un des meilleurs outils de la gouvernance globale de la santé. Elle est de la sorte activement promue par l'OMS (Brownstein *et al.* 2008 : 1019). La régulation et l'application de la surveillance internationale des maladies infectieuses ont été originellement mises en place par l'intermédiaire des différents « Règlements Sanitaires Internationaux », et ce, à partir du milieu du 19^e siècle. Auparavant nommés « Régulations Sanitaires Internationales », celles-ci étaient promues à cette époque pré-OMS par les puissances coloniales européennes (Baker et Fidler, 2006). Le principal objectif de ces régulations est d'établir les modalités transnationales de gestion des enjeux sanitaires (Fidler, 2005). Adopté pour la première fois en 1851 et ayant à l'origine une dimension coloniale, ou à tout le moins de protection des intérêts coloniaux (Bashford, 2003), le RSI a été amendé et modifié à plusieurs reprises jusqu'en 1970 (OMS, 2003 : 1). L'adoption d'un nouveau RSI en 2005 a complété un profond processus de révision initié en 1995 en réaction à la fois aux changements politiques induits par la fin de la guerre froide, mais également par l'émergence d'une mondialisation dans laquelle les risques, en parallèle aux autres produits de la mondialisation (biens, idées, finance, etc.), circulent librement. Ces changements ont été soutenus par les pays les plus puissants du système international, y compris les États-Unis, qui y voyait une manière de répondre aux enjeux sécuritaires globalisés.
- 8 Les principaux changements induits par ce nouveau RSI de 2005 sont :
- L'élaboration d'une approche « *all-risk* », c'est-à-dire prenant en compte tous les risques sanitaires quel que soit leur origine (incluant ceux causés de manière intentionnelle par les humains) ;
  - L'utilisation de sources non officielles d'information pour l'identification des épisodes pandémiques à travers le monde, c'est-à-dire ne provenant pas uniquement des gouvernements, ce qui inclut les médias traditionnels, les médias sociaux, les blogs, les messageries électroniques, etc. ;
  - L'utilisation des technologies de l'information et des communications (notamment Internet) pour la mise en place d'une structure de surveillance globale en temps réel contrôlée par l'OMS ;
  - La possibilité pour l'OMS de déclarer des alertes pandémiques sans l'accord des pays concernés et de faire circuler librement cette information au travers de différentes structures de communication.
- 9 Avec ce nouveau RSI, la surveillance s'établit comme pivot central de la gouvernance globale de la santé, avec l'OMS en son centre, celle-ci contrôlant la communication et circulation des informations sanitaires. L'objectif principal du RSI de 2005 est de « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et

à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux⁷ » (OMS, 2005 : 12). Le RSI se concentre ainsi non pas sur des menaces spécifiques, mais bien sur le potentiel de circulation de celles-ci, circulation qui acquiert ici une dimension centrale dans la rationalisation de la gouvernance mondiale de la santé.

- 10 On retrouve cette importance accordée à la circulation dans le concept d'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale⁸ (*Public Health Emergency of International Concern*), concept défini comme « un évènement extraordinaire dont il est déterminé i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée » (OMS, 2005 : 10). Dans ce contexte, la surveillance n'est plus limitée à une liste précise de maladies ou enjeux sanitaires comme c'était le cas auparavant⁹ (Fidler et Gostin 2006 : 86). Quatre critères, sous la forme de questions, doivent être remplis pour qu'un évènement sanitaire soit reconnu comme une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale, et donc circulé au travers des structures de communication de l'OMS :

- Est-ce que les conséquences de l'évènement sanitaire sont sérieuses pour la santé publique ?
- Est-ce que l'évènement est inhabituel ou imprévu ?
- Y a-t-il un risque de propagation internationale ?
- Est-ce que cela pose un risque pour le commerce international et les voyages internationaux ?

- 11 On constate ici qu'en filigrane de ces quatre questions repose l'enjeu de la menace posée par la circulation des problèmes de santé en question ainsi que son interaction potentielle avec les autres espaces circulatoires de la mondialisation, en particulier le commerce, les voyages ou le tourisme.
- 12 Au niveau pratique, l'organisation de cette structure de surveillance globale se fait par l'intermédiaire du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (*Global Outbreak and Alert Response Network* , GOARN) de l'OMS. Créé en 1998 et en fonction depuis 2000, le GOARN est un réseau d'acteurs supervisé par l'OMS dont l'objectif est de recueillir, coordonner et communiquer les informations stratégiques sur les enjeux sanitaires globaux. Le GOARN se définit lui-même comme « une collaboration technique d'institutions et de réseaux existants qui rassemblent des ressources humaines et techniques pour l'identification, la confirmation et la réponse rapides aux évènements sanitaires d'importance internationale. Le réseau fournit un cadre opérationnel pour relier cette expertise et cette compétence afin de tenir la communauté internationale constamment en alerte face aux menaces d'épidémies pour être prête à y faire face »¹⁰ . Ce système de collecte et de circulation de renseignements sanitaires est principalement fondé sur l'utilisation d'informations dites « non officielles et non confirmées », ce qui n'était pas le cas auparavant (Dry, 2008 : 10 ; Grein *et al.* , 2000 ; Brownstein *et al.* , 2008 : 1020-1). Ces informations, qui ne proviennent pas de sources officielles comme les gouvernements ou organisations de santé publique (voir ci-dessous), sont centrales au nouveau RSI puisqu'elles permettent à l'OMS de s'autonomiser de la tutelle des États.
- 13 L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications a eu ici un impact majeur sur les développements récents de cette structure de surveillance, ouvrant la porte à un système complexe de surveillance pouvant vérifier, et dans

certains cas, contredire les informations officielles fournies par les États (Heymann et Rodier, 1998; 2001; Grein *et al.*, 2000; Dry, 2008). Les conséquences sur ces derniers peuvent être majeures, comme nous l'avons vu récemment avec les épidémies d'Ébola où les États ne pouvaient plus dissimuler les cas d'infection en raison de la circulation de l'information (Kinsman, 2012). Ces informations sont communiquées au public par l'intermédiaire du canal de diffusion des « flambées épidémiques » (*Disease Outbreak News*) mises en ligne et circulées sur le site Internet de l'OMS¹¹.

- 14 Ces changements majeurs ont été abondamment commentés par les politistes, juristes et plus largement par les sciences sociales. Pour Tucker, par exemple, le RSI de 2005 « étend les pouvoirs conférés au secrétariat de l'OMS » (Tucker, 2005 : 338). Cette situation a été interprétée comme donnant à l'OMS une « capacité nouvelle d'empiéter sur les intérêts de l'État » (Feldbaum, Lee et Michaud, 2010 : 86). Yuk-Ping et Thomas ont de leur côté interprété la mise en place du RSI comme une forme « d'ordre sanitaire post-westphalien » qui se caractérise par une « dissolution des catégories traditionnelles nationales et internationales » (Yuk-ping et Thomas, 2010 : 451). Ils ajoutent que l'on assiste dans ce sens à un phénomène de « dé-westphalianization » des relations internationales (*ibid.*).
- 15 Dans le même ordre d'idée, Weir et Mykhalovskiy ont qualifié cette situation de « post-westphalianisme » (Weir et Mykhalovskiy, 2006 : 242) et de « forme suprasouveraine de pouvoir » (Weir et Mykhalovskiy, 2010 : 157). Pour Heymann, on assiste à la mise en évidence que les États ne sont plus l'ultime niveau d'autorité dans la gouvernance globale de la santé, ce qui a permis l'établissement de « nouvelles normes et standards en santé publique internationale » (Heymann, 2006 : 352). Chu, Rodier et Heymann ont de leur côté qualifié cette situation de véritable « changement paradigmatique » (Chu, Rodier et Heymann, 2010 : 203). Pour Fidler, « le nouveau RSI reflète un contexte de gouvernance dans lequel l'exercice de la souveraineté des États en matière de santé publique est modifié à jamais » (Fidler, 2005 : 379). Il a qualifié cette situation de « l'un des changements les plus radicaux et les plus profonds du droit international de la santé publique » (*idem* : 327). Le RSI aurait ainsi radicalement modifié le « contexte juridique dans lequel les États exerceront à l'avenir leur souveraineté en matière de santé publique » (Fidler et Gostin, 2006 : 86).
- 16 Ces changements importants ont été ultimement analysés comme une véritable transformation de l'OMS : « la révision du RSI a transformé l'OMS, d'un coordonnateur des services de santé publique, en un organisme international de gouvernance ou de réglementation de la santé doté de pouvoirs si vastes et si importants que les notions traditionnelles (*sic*) de souveraineté étatique n'existent peut-être plus dans le contexte du droit international » (Mack, 2006 : 377).
- 17 Au-delà de la matérialisation, réelle ou non¹², de la transformation du rôle de la souveraineté nationale dans la gouvernance globale de la santé, ce qui apparaît absent de ces analyses est l'importance que revêt la circulation. Cette invisibilité se retrouve à la fois au niveau de l'utilisation de la circulation comme justification de ce rôle accru accordé à l'OMS, mais également comme sources de « nouveaux » risques sanitaires globaux produits par cette circulation. Moins une question de souveraineté nationale, cette nouvelle architecture de gouvernance mondiale de la santé est, selon nous, caractéristique de nouveaux rapports avec la circulation, ce qui modifie notre relation à l'espace et à la géographie des risques.

Analyse quantitative des modalités de gouvernance de la santé par l'OMS

Objets, sujets et pratiques de surveillance globale de la santé

- 18 Afin de saisir l'importance de la circulation dans les nouvelles modalités de gouvernance mises en place par l'OMS à partir de 2005 au-delà des discours, narratifs et justificatifs présentés précédemment, il apparaît important d'illustrer la place qu'elle occupe dans la pratique de cette organisation internationale. Pour ce faire, nous avons conduit une analyse quantitative de la pratique de la surveillance globale des maladies infectieuses par l'OMS au travers de l'analyse des « *Disease Outbreak News*¹³ » (structure de circulation de l'information sanitaire globale présentée précédemment), et ce, pour la période de janvier 1996 à mai 2018¹⁴. Ces données représentent la publication d'informations sanitaires (maladie, lieu, nb. de cas, de décès, etc.) produites par l'OMS sous la forme de « nouvelles » sanitaires, l'équivalent de fiche signalétique pour les cas surveillés par cette organisation. Ces « nouvelles » sanitaires sont circulées par l'intermédiaire du site Internet de l'OMS. L'analyse de cette pratique permet ainsi d'identifier les objets, sujets et orientations de la surveillance sanitaire par l'OMS.
- 19 Lorsqu'est analysée la pratique de cette surveillance par l'OMS, on constate tout d'abord que les enjeux de santé pris en considération sont en nombre relativement limité. Pour une période d'une durée de 22 ans, un total de 2770 « alertes sanitaires » (les *Disease Outbreak News*) ont été émises par l'OMS, ce qui signifie une moyenne de 125 alertes par année, ou un peu plus de 10 par mois. Pour un système de surveillance mondiale utilisant des technologies de surveillance et d'analyse de pointe traitant des millions d'informations sur une base continue (Anema *et al.*, 2014), ce nombre apparaît comme étant relativement peu élevé.

Figure 1 : Les plus importants enjeux de santé répertoriés par le système de surveillance de l'OMS

- 20 Encore plus étonnant, cette surveillance se concentre sur un nombre également limité d'enjeux de santé, ce qui soulève la question des critères de sélection des événements sanitaires inclus, ou non, dans cette structure de surveillance. Comme le suggère la Figure 1 ci-dessus, sur les 2770 alertes épidémiques analysées, 79 % concernent uniquement cinq maladies infectieuses (sur un total de 84, plus quelques cas non spécifiés). De ces cinq maladies qui concentrent près de 80% de l'attention de la

structure de surveillance, l'influenza/grippe¹⁵ occupe la première place avec plus de 28 % des cas recensés, suivis par les fièvres hémorragiques (incluant Ébola, Lassa Fever, Rift Valley Fever – 21 %), et dans une moindre mesure le choléra¹⁶ (12%) ainsi que le Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS) et la méningite (avec 9% chacun). Au total, ces 5 maladies accaparent presque 80% de l'attention du système de surveillance de l'OMS. Cette première observation met ainsi en lumière un certain déséquilibre dans les problèmes de santé pris en considération par l'OMS, où très peu de maladies sont effectivement surveillées, à la fois au niveau du nombre, mais également du type de maladies.

- 21 La concentration sur un nombre très limité de maladies infectieuses apparaît particulièrement intéressante au regard de l'interaction avec la question de la circulation abordée précédemment. Notamment, l'emphasis portée sur la grippe (28%) est représentative des aspects politiques non explicités orientant le processus de priorisation des activités de surveillance de l'OMS sur certains enjeux perçus comme ayant un fort potentiel circulatoire. L'influenza est en effet un enjeu priorisé en particulier par les pays développés (Loff, 2010), comme on peut le constater avec les peurs cristallisées par cette maladie année après année (McDonnell, Nelson et Schunk, 2012 ; Pales et Wang, 2012), qui, en comparaison avec d'autres enjeux sanitaires, ont eu un impact relativement faible sur la santé. L'influenza tue par exemple entre 290 000 et 650 000 personnes chaque année à l'échelle mondiale. En comparaison, la diarrhée a tué 1.4 million de personnes en 2016, la tuberculose 1.3 million et le VIH/Sida environ 1 million selon l'OMS. L'influenza a également un fort potentiel circulatoire qui ne se concrétise toutefois pas nécessairement en termes de mortalité ou d'impact sur la santé, à tout le moins lorsque comparé aux principales causes de mortalités. D'autres facteurs sociaux, économiques ou politiques, tels que l'état de santé, les inégalités ou les systèmes de santé semblent jouer un rôle important dans la mortalité de l'influenza (Weiss et McMichael, 2004). Il est aussi intéressant de noter que l'OMS a déjà un programme distinct de surveillance de l'influenza, le programme FluNet¹⁷, ce qui pose la question de la pertinence du doublement des activités de surveillance concernant l'influenza.
- 22 Les autres enjeux de santé sous surveillance, en particulier les fièvres hémorragiques, font intervenir tout un ensemble de référents culturels et sociaux associés également à la peur de leur contagion (Towers *et al.*, 2015). Ébola possède évidemment un fort potentiel contagieux, alimentant de la sorte cette peur de la contagion mondiale, mais il apparaît que des mesures sanitaires relativement simples (traitement des eaux, soins de santé accessibles, procédures hygiéniques post mortem, etc.) en limite le caractère contagieux, et notamment la possibilité d'une épidémie mondiale. Cette situation rappelle le contexte postcolonial de cette pandémie (Niang, 2014), c'est-à-dire qu'elle a lieu dans les pays ayant été soumis à la colonisation européenne, situation d'exploitation systémique ayant entravé le développement des systèmes de santé publique (Houéto et Valentini, 2014). La surveillance d'Ébola est évidemment nécessaire, mais elle doit se faire dans une logique d'intervention proactive et de prévention des épisodes pandémiques futurs, ce qui ne semble pas être le cas puisqu'il n'y a à ce jour que très peu de projet de développement des infrastructures et services locaux pouvant prévenir les épidémies, expliquant en partie qu'Ébola est aujourd'hui perçu comme une « nouvelle normalité¹⁸ ».

- 23 Un des problèmes particuliers qui se pose concerne également les maladies qui sont laissées de côté par cette structure de surveillance. En effet, outre ces cinq enjeux qui concentrent près de 80% des activités de surveillance de l'OMS, 79 autres enjeux de santé comptent pour seulement 21 %. Parmi ceux-ci on retrouve, à titre d'exemple, des événements diarrhéiques (cause majeure de mortalité, mais à très faible potentiel circulatoire), des pneumonies, des empoisonnements alimentaires ou des risques épidémiologiques causés par des catastrophes environnementales. Ces types de problèmes de santé causent des millions de morts chaque année, mais ne se retrouvent que bien loin derrière dans les priorités de surveillance par l'OMS, sans parler de ceux qui n'y sont pas présents comme le VIH/Sida.
- 24 Cette concentration des activités de surveillance de l'OMS sur un nombre relativement limité de phénomènes sanitaires soulève la question du choix, et donc des critères sociaux, politiques et institutionnels menant à cette attention sur certaines maladies. Comment expliquer donc que certains phénomènes sanitaires reçoivent une attention plus importante que d'autres, au-delà de leur simple occurrence épidémiologique ?
- 25 Cette question est pertinente puisque comme le rappelle Dry, la sélection et transformation de l'information est faite de manière quelque peu opaque par une « *outbreak verification team* » basée à Genève, Suisse (Dry, 2008 : 12). Des critères d'inclusion/exclusion sont clairement appliqués aux données brutes, sans toutefois que l'OMS rende publics ces critères, au-delà de son instrument décisionnel détaillé dans le RSI de 2006 (OMS, 2005 : 56).
- 26 La réponse la plus logique à cette question, et qui concorderait avec la constitution de l'OMS, devrait être, outre leur occurrence épidémiologique, leur importance en termes d'impacts et de conséquences sur la santé (de mortalité, entre autres). En effet, l'OMS a bel et bien comme objectif central, selon sa constitution, « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevée possible » (Article 1), ce qui sous-tend une orientation sur les problèmes de santé les plus urgents en termes d'impacts sanitaires. Cela n'est toutefois pas nécessairement le cas. Par exemple, lorsque l'on compare les dix maladies ayant reçu la plus grande attention de la part du système de surveillance de l'OMS aux dix maladies ayant l'impact le plus important sur la santé (mesuré en DALY's¹⁹) à l'échelle globale, on se rend compte (Tableau 1) qu'il n'y a aucune correspondance entre ces deux indicateurs. On constate ainsi que les critères de sélection ne sont pas nécessairement guidés par leurs impacts sur la santé, mais que d'autres critères non explicités jouent également un rôle. Le potentiel circulatoire par rapport à la réalité endémique des enjeux de santé surveillés semble avoir un rôle important ici.

Tableau 1 : Comparaison des maladies sous surveillance et des maladies avec le plus fort impact sur la santé, 2016

10 principales maladies sous surveillance par l'OMS (2016)	10 principales maladies en termes de DALY's (2016)
MERS-CoV	Infections respiratoires
Influenza	Diarrhée
Zika	HIV/AIDS
Fièvre jaune	Tuberculose
Fièvre Lassa	Malaria
Syndrome Guillain-Barre	Méningites
Microcéphalie	Maladies liées à l'enfance (Pertussis, Poliomyélites, Diphtérie, Measles, et Tétanos)
Chikungunya	Infections transmises sexuellement, excluant le VIH/SIDA (Syphilis, Chlamydia et Gonorrhée)
Dengue	Hépatites (A, B, C, D)
Polio	Encéphalites

Données DALY's obtenues à https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, consulté le 15 février 2019

- 27 Bien qu'il soit difficile d'identifier et d'évaluer précisément l'importance qu'ont joué ces autres facteurs, il semble que la géographie ainsi que le potentiel circulatoire ont eu une importance considérable dans l'attention accordée aux maladies sous surveillance par l'OMS. En effet, comme le montre la Figure 2, la distribution des zones géographiques sous surveillance présente une forte inégalité de représentation. L'attention de l'OMS se concentre ainsi en majorité sur la région africaine (36 %), suivie de loin par la région de l'Est méditerranéen et la région du Pacifique Ouest (17,5 % chacun) ainsi que l'Asie du Sud Est (8%). Les régions des Amériques et d'Europe sont beaucoup moins présentes dans la structure de surveillance de l'OMS. Ces résultats incarnent la vision du monde qui est circulée par l'OMS au travers de son système de surveillance, identifiant au passage les zones « à risque » ainsi que celles qui le sont moins. Cette cartographie du risque participe au pouvoir normatif de l'OMS.

Figure 2 : Distribution géographique des activités de surveillance de l'OMS

- 28 Toutefois, le fait que les maladies infectieuses sous surveillance ne soient pas celles qui affectent ces pays est plus problématique. En effet, les maladies ou problèmes de santé endémiques dans ces régions (particulièrement en termes de mortalité – avec par exemple le VIH/Sida, les infections respiratoires, la diarrhée, etc.) ne sont pas nécessairement ceux qui font l'objet d'une surveillance la plus importante. Ceci tend à souligner l'importance accordée non pas à la létalité ou aux conséquences sanitaires des enjeux sous surveillance (nb. de cas, type de transmission, répercussions, morbidité, etc.), mais bien leur potentiel circulatoire (ainsi que les peurs y étant associées), notamment dans le risque perçu pour que cette circulation affecte les pays occidentaux.
- 29 En bref, ce qui fait l'objet de surveillance n'est pas nécessairement ce qui affecte le plus la santé des populations, mais bien ce qui semble avoir un potentiel élevé de circulation. On retrouve ce même paradoxe lorsque l'on analyse les épisodes pandémiques les plus « mis à jour » (c'est-à-dire ceux qui ont fait l'objet d'un suivi dans le temps du système de surveillance par l'intermédiaire de ce que l'OMS nomme les « mises à jour » ou *updates* – voir note xi). On remarque ainsi avec le tableau 2 ci-dessous rapportant les épisodes pandémiques les plus mis à jour que les maladies à fort potentiel circulatoire (influenza, Ébola, etc.) ou ancrés dans des systèmes culturels liés à la peur (Ébola, Anthrax, etc.) font l'objet d'une attention prolongée de la structure de surveillance de l'OMS. Cette situation concerne en majorité les épisodes sanitaires affectant plusieurs pays (épisodes « multi-pays » pour lesquels il y a circulation), laissant ainsi de côté les enjeux de santé endémiques, c'est-à-dire limités dans le temps et dans l'espace, mais présente néanmoins une forte mortalité (comme les maladies diarrhéiques par exemple).
- 30 Ainsi, en prenant en considération les résultats de la Figure 2 et du Tableau 2, on identifie trois phénomènes distincts : 1) il y a tout d'abord une concentration sur l'Afrique lorsque l'on s'intéresse au nombre de cas le plus élevé ; 2) il y a ensuite une concentration sur les alertes faisant intervenir plusieurs pays (dites « multi-pays ») ou l'Asie lorsque c'est la durée de la surveillance qui est examinée ; 3) enfin, de manière générale, il y a une attention toujours importante portée sur l'influenza en termes de maladie faisant l'objet de la surveillance la plus importante.

Tableau 2 : Les 15 épisodes pandémiques les plus surveillés (en termes de mises à jour)

Année	Pays	Maladie	Nb. de mises à jour
2010	Multi-pays	A(H1N1)	115
2003	Multi-pays	SRAS	96
2014	Chine	A(H7N9)	85
2013	Arabie saoudite	MERS-CoV	72
2012	Égypte	A(H5N1)	64
2014	Afrique de l'Ouest	Ébola	55
2005	Chine	A(H5N1)	51
2008	Indonésie	A(H5N1)	45
2001	Uganda	Ébola	40
2006	Indonésie	A(H5N1)	38
2005	Angola	Marburg	26
2002	Gabon	Ébola	23
2001	Afrique du Sud	Cholera	19
2001	États-Unis	Anthrax	15
2005	Indonésie	Poliomyélites	14

- 31 Cette situation est problématique puisqu'elle met en évidence une surveillance large, mais sans suivi pour le continent le plus affecté par les maladies infectieuses, et à l'inverse une surveillance plus réduite, mais faisant l'objet d'un suivi plus prolongé lorsqu'il y a effectivement circulation des maladies entre pays. Cette importance accordée à la circulation sous-tend des changements profonds dans nos rapports avec le risque et sa circulation, ce qui fait l'objet de la discussion ci-dessous.

Circulation, espace et géographie des risques dans un contexte de mondialisation

Les risques sanitaires à « l'ère des jets » et la contagion circulatoire

- 32 Comment comprendre cette pratique si singulière de la gouvernance mondiale de la santé, pratique qui s'oriente vers un contrôle de la circulation des risques plutôt qu'un contrôle des risques en eux-mêmes ? Un retour vers la production/circulation de la compréhension des risques apparaît ici nécessaire.
- 33 Dans un article du Washington Post daté du 28 mai 2003 et commentant la résolution WHA56.25 de l'OMS (OMS, 2003a) qui accordait des pouvoirs étendus à cette organisation internationale dans le contexte de la crise du SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère, 2002-2003), pouvoirs qui préfiguraient les nouvelles modalités de fonctionnement du RSI de 2005 présenté ci-dessus, on pouvait y lire que l'Organisation mondiale de la santé, repoussant une tentative des États-Unis de faire dérailler la mesure, a acquis hier une nouvelle autorité pour lutter contre les menaces sanitaires internationales telles que le syndrome respiratoire aigu sévère. L'organe directeur de l'institution onusienne a approuvé à l'unanimité une résolution permettant à l'OMS d'intervenir même lorsque les pays refusent d'admettre qu'ils sont confrontés à une crise sanitaire, et d'envoyer des équipes indépendantes pour vérifier

si les autorités nationales réagissent efficacement. Les changements, qui visent à corriger les faiblesses révélées par l'épidémie de SRAS [l'incapacité de l'OMS à agir sans l'aval des États membres], marquent la première expansion significative du pouvoir de l'OMS depuis plus de trois décennies. (Stein, 2003)

- 34 L'épisode du SRAS de 2002-3 représente en ce sens un moment décisif dans l'évolution de la gouvernance globale de la santé, notamment en raison de l'importance qui est maintenant accordée à la circulation et non plus uniquement aux maladies en elles-mêmes. Comme le note l'OMS, cette organisation fut très « préoccupée par le fait que les expériences consécutives à l'émergence et à la propagation internationale rapide du SRAS ont montré l'ampleur des problèmes, l'insuffisance des réglementations en vigueur ainsi que la nécessité urgente pour l'OMS et ses partenaires internationaux de prendre des mesures spécifiques » (OMS, 2003b : 1-2). Cette crise a en effet permis de mettre en lumière les inquiétudes associées à la mondialisation relativement à la propagation des maladies, et en particulier des risques sanitaires engendrés par la circulation des biens et des personnes. Cette crise a ainsi souligné les peurs et angoisses généralisées associées à la mondialisation, peurs qui ont parfois entraîné la mise en place de politiques de santé publique démesurées. Par exemple, Strange estime que les mesures de quarantaine appliquées au Canada durant la pandémie de SRAS de 2003 ont causé plus de morts (par la limitation d'accès aux soins de santé) que la pandémie elle-même (Strange, 2006). C'est à la production et circulation d'une compréhension des risques que l'on fait face, et pas uniquement aux risques en eux-mêmes comme le montre cet exemple. Cette crise a aussi permis de reconnaître et de documenter le rôle d'amplificateur des peurs qu'ont joué les médias ainsi que la circulation de l'information facilitée par les nouvelles technologies de l'information et des communications, facteurs qui se retrouvent au cœur du RSI de 2005.
- 35 Cette crise a également rendu visible les profonds changements de mode de gouvernance dans lequel allait officiellement s'inscrire le nouveau RSI, changements qui paraissaient encore très récemment impensables, comme l'atteste l'épisode de la Guinée en 1970 présenté au début de cet article. Un des premiers défis auxquels fut confronté le RSI n'est toutefois pas venu d'une pandémie planétaire comme le SRAS (Lakoff, 2010 : 73), mais en lien avec le déplacement intercontinental d'un américain atteint d'un cas de tuberculose extrêmement résistante aux médicaments (XDR-TB2) :
- 36 Au printemps 2007, un avocat d'Atlanta, Andrew Speaker, avait été diagnostiqué avec une tuberculose multirésistante juste avant son voyage de noces en Europe. Speaker a ignoré une recommandation de ne pas voyager et s'est envolé pour l'Europe avec son épouse. Le CDC [*Center for Disease Control Américain*] l'informa ensuite par téléphone qu'un test de suivi avait révélé qu'il avait une tuberculose extrêmement résistante aux médicaments (XDR-TB), une forme rare de la maladie qui était très difficile à traiter. Le CDC a déclaré à Speaker qu'il devrait rester en Europe, être mis en quarantaine dans un hôpital italien ou se rendre aux États-Unis par jet privé sécurisé, pour des raisons médicales – une alternative au coût prohibitif. Au lieu de cela, Speaker a acheté sur Internet un billet d'avion pour Montréal et est rentré aux États-Unis par la frontière canadienne, même s'il avait été placé sur une liste de surveillance du *Department of Homeland Security*. (Lakoff, 2010 : 73)
- 37 Ce cas est venu rappeler la perméabilité de la surveillance globale des maladies infectieuses dans un contexte de circulation mondialisée et la dépendance de celles-ci à la volonté et à la conformité de ses différents acteurs, que ce soit les individus,

institutions ou États. Cet exemple est également venu montrer le rapport complexe à la circulation des risques et à la mobilité qu'entretient l'OMS dans un contexte de mondialisation puisque le risque n'est pas venu du continent africain ou asiatique comme anticipé, ce qui souligne ultimement notre rapport problématique aux autres et à la différence. L'autre, géographiquement distinct de nous, est facteur de peur, au-delà de la réalité épidémiologique (Lupton, 1999).

- 38 Hardt et Negri, dans leur fameux ouvrage *Empire* (2000), décrivent de la sorte la relation entre la contagion et la peur de l'Autre dans la mondialisation : les processus contemporains de mondialisation ont abattu bien des frontières du monde colonial. Mais à côté de la célébration courante des flux sans obstacle, on peut ressentir encore une certaine anxiété à propos de la multiplication des contacts dans notre village mondial, et même une nostalgie certaine pour l'hygiène colonialiste. *La face cachée de la conscience de la mondialisation est bien la peur de la contagion*. Les programmes nationaux et internationaux pour stopper la diffusion du sida ont essayé d'établir des barrières protectrices à un autre niveau, en demandant des tests de séropositivité sans tenir compte des frontières nationales. Mais les frontières des États nations sont de plus en plus perméables à toute sorte de flux. *Rien ne peut ramener les boucliers hygiéniques des frontières coloniales. L'âge de la mondialisation est l'âge de la contamination universelle*. (Hardt et Negri, 2000 : 136 – nous soulignons) Cette vision du monde largement partagée suggère que nous vivons aujourd'hui dans un monde mobile pour lequel la circulation, le mouvement et la vitesse sont les principaux traits caractéristiques. Dans ce système, qui est généralement désigné sous le couvert du concept de mondialisation, les frontières et les délimitations territoriales sont représentées comme ayant perdu leur pertinence, puisque ne cadrant plus avec la nature déterritorialisée²⁰ de l'organisation sociale, économique ou politique moderne. Dans cette situation de mobilité globale, les germes et les virus représentent, comme l'ont rappelé Hardt et Negri (2000), des menaces mobiles qui, faisant fi de toute démarcation territoriale, se propagent à l'échelle globale de manière presque instantanée. Il s'agit des risques propres au monde de la « contagion circulatoire », risques qui s'autonomisent progressivement de la notion de danger (Castel, 1991). Le risque représente ici la potentialité d'occurrence du danger (à venir, mais toujours pas matérialisé), tandis que le danger représente la menace en elle-même. Le risque est ici compris comme « l'effet d'une combinaison de facteurs abstraits qui rendent plus ou moins probable l'occurrence d'un comportement indésirable » (Ibid : 287). Comme le soulignent Clarke *et al.* (2003), « le risque et la surveillance se co-construisent mutuellement » (Ibid : 172), produisant ainsi un processus de légitimation dans lequel les risques sont utilisés comme justification de la surveillance, alors que ces risques sont simultanément identifiés et mesurés avec plus de précision par une surveillance plus développée (Lupton, 1995 ; 1999).

- 39 Cette conception s'appuie sur une compréhension largement répandue des risques associés à la circulation des maladies infectieuses dans la mondialisation et qui repose sur une idée qui a aujourd'hui pratiquement atteint un statut d'incontestabilité : les frontières et la souveraineté nationale ne représentent plus un rempart efficace contre la circulation des virus et autres menaces sanitaires à haut potentiel circulatoire. À ce titre, et comme le rappelle Aginam, « la souveraineté nationale est un concept étranger au monde microbien » (Aginam, 2004 : 303). L'espace « global » constitue ainsi aujourd'hui l'échelle dominante de représentation et d'interprétation spatiale des enjeux de santé publique (Brown, Cueto et Fee, 2006). Les virus et maladies infectieuses

y sont considérés comme des menaces mobiles face auxquelles les souverainetés nationales ne disposent pas d'outils appropriés pour s'en protéger. Cette conceptualisation microbienne de l'espace global a été popularisée entre autres avec la formulation « *diseases know no border* », les maladies ne (re)connaissent pas de frontière (Roemer, 1994), situation qui rend nécessaire la mise en place de structures de gestion supranationales régulant la circulation des menaces sanitaires comme le RSI. La mondialisation et la circulation accrue qui y est associée viennent façonner l'émergence du contexte sanitaire contemporain : le « monde microbien » est un monde global traversé par des flux circulatoires.

Circulation et représentation spatiale : la production de « l'espace microbien global »

- 40 Il est possible de retrouver un des premiers récits explicites de cette représentation discursive « globale » des enjeux de santé publique dans les travaux de l'immunologiste états-unien Stephen S. Morse au début des années 1990. Sa conception a profondément influencé la façon dont la santé publique moderne conçoit les maladies infectieuses et les pandémies à l'échelle globale, et notamment l'importance accordée à la circulation par rapport à d'autres facteurs comme la dangerosité ou la mortalité. Selon Morse : l'urbanisation, la dégradation de l'environnement, la guerre, les migrations et le commerce à l'échelle mondiale ont eu de profonds impacts au niveau microbien. À mesure que ces activités se développaient, l'émergence virale s'accélérait et rendait urgent un programme de recherche exhaustif sur les virus émergents alors que l'afflux de population dans les villes du tiers monde se poursuivait sans relâche, à mesure que toutes les régions du monde devenaient plus accessibles, on pouvait s'attendre à ce que s'accélère l'émergence de risques sanitaires (Morse, 1990, cité dans King, 2004 : 65).
- 41 Cette conception populaire et généralisée des maladies infectieuses, connue sous le concept de « vision du monde des maladies émergentes » (*emerging diseases worldview* – King, 2002), s'est progressivement enracinée à partir des années 90 aux États-Unis comme facteur de risque sanitaire associé à la mondialisation. Ces nouvelles menaces biomédicales sont causées par un monde déterritorialisé et mondialisé qui en favorise la propagation et circulation (Calain, 2007 : 4). Selon King, cette vision particulière de l'espace épidémiologique implique « une économie morale et un récit historique expliquant comment et pourquoi nous nous trouvons dans la situation actuelle, en identifiant des méchants et des héros, en attribuant la responsabilité des échecs et le mérite des triomphes » (King, 2002 : 767). Le blâme est ici clairement attribué à la circulation et son accélération dans le contexte de la mondialisation. Par conséquent, la conception moderne de la souveraineté territoriale – au travers de l'idée de « souveraineté virale » par exemple (Holbrooke & Laurie, 2008) – ne peut plus être conçue comme suffisante et adéquate pour la mise en œuvre des politiques de santé publique et la protection contre les menaces sanitaires. La circulation des risques sanitaires dans un espace microbien global affaiblit le territoire et la géographie nationale comme fondement de l'organisation des politiques de protection des risques sanitaires. La circulation s'inscrit donc ici à la fois comme justificatif du nouveau rôle de l'OMS comme gendarme informationnel de la surveillance de la santé, mais également comme sources des risques et menaces dans un monde présenté comme

mondialisé et sans frontière. C'est dans ce contexte de potentialité circulatoire permanente que se positionnent aujourd'hui l'OMS et ses activités de surveillance.

- 42 Cette situation implique que « les techniques familières d'observation médicale se multiplient globalement, et la surveillance des corps individuels dans des endroits spécifiques est augmentée (et peut-être remplacée ?) par la surveillance de la population mondiale dans l'espace déterritorialisé de l'informatique, de la télémédecine, des bases de données et d'Internet » (King, 2002 : 775). C'est à ce niveau que la notion de danger entame sa transformation vers celle du risque (Castel, 1991). Cette reconfiguration entraîne une déterritorialisation de la gestion de la santé publique et une expansion à, et par, l'échelle globale. Les nouvelles technologies de l'information et des communications, ainsi que le développement de la surveillance par Internet, sont considérées dans cette modification de la compréhension du contexte épidémiologique comme des éléments fondateurs de cette transition de la santé publique *inter-nationale* vers sa forme globale actuelle (Bashford, 2006 : 73).
- 43 On reconnaît également dans les idées de Morse la représentation d'un monde en mouvement soumis à une circulation perpétuelle dans lequel l'interconnexion accrue entre les individus est synonyme d'une accentuation des risques sanitaires. Dans ce contexte, les souverainetés nationales ne constituent plus un rempart efficace contre la circulation des menaces infectieuses et virales. On assiste ainsi à la première phase de la construction de l'objet « santé globale » dans lequel le global s'impose comme mode de représentation dominant des menaces sanitaires, mais également comme espace de politiques (au sens de *policy*). C'est dans ce contexte qu'apparaît la production de « l'espace microbien global » dans lequel viendra s'enchâsser le nouveau RSI de l'OMS.
- 44 Ce caractère « global » de la santé publique est aujourd'hui tenu pour acquis et l'interaction entre santé et mondialisation représente une sorte de « cliché » rarement remis en question (Dry, 2008 : 4). Mais sous cet aspect prétendument global de la santé publique se trouve une importante implication sous-jacente quant à la conceptualisation et représentation de l'espace. King met ainsi en évidence l'importance que revêtent les « politiques scalaires », c'est-à-dire les représentations spatiales qui ont un impact majeur sur les possibilités de compréhension et d'intervention à l'égard des maladies infectieuses (King, 2004). Ces « politiques scalaires » sont constituées par des narratifs qui situent géographiquement et dans l'espace les risques sanitaires au travers de différentes modalités de représentation (tableaux, graphiques, catégorisations, terminologie, etc.). Ces narratifs scalaires interagissent et interfèrent ainsi avec les interventions potentielles de santé publique envers les maladies infectieuses, rendant de la sorte certaines formes d'intervention (in)cohérentes en fonction de la représentation spatiale qui en est faite (Ingram, 2005). En d'autres mots, la représentation de l'espace – comme étant globale, internationale, régionale, locale, etc. – affecte les types de politiques mises en place ainsi que leurs justifications. À titre d'exemple, un enjeu de santé qui est représenté comme localisé, comme c'est le cas avec les maladies diarrhéiques, n'entraîne pas le même type d'interventions et de politiques qu'un enjeu qui est représenté comme global, comme ce fut le cas avec la pandémie de H1N1 en 2009. Les politiques sont donc hautement dépendantes des modes de représentation scalaire des enjeux auxquels ils s'appliquent.
- 45 La manière dont les maladies infectieuses sont représentées, particulièrement en ce qui concerne leur potentiel circulatoire, est donc considérée comme ayant de profondes répercussions sur les potentialités d'intervention à leur égard. Dry (2008) insiste par

exemple sur le fait qu'en se concentrant sur ce que l'on représente comme des menaces sanitaires globales et planétaires à fort potentiel de circulation (comme l'on retrouve avec les critères du RSI de 2005 – voir précédemment), il y a un risque potentiel de s'écarter des racines et causes systémiques des enjeux globaux de santé publique – inégalité, pauvreté, exclusion, etc. – et de se concentrer sur des facteurs de second ordre comme la mobilité, l'immigration ou la biosécurité.

- 46 Dans le cas qui nous concerne, l'échelle globale est représentée comme une communauté épidémiologique unique et interdépendante, l'espace microbien global. Un imaginaire culturel géographique s'exprime ainsi à partir de cette représentation spatiale des maladies infectieuses dans lequel la circulation des menaces occupe une place centrale. Certains espaces y sont représentés comme « circulateurs » d'agents pathogènes et de germes, tandis que d'autres en sont exempts (Zerner, 2005 : 159). Zerner souligne notamment la manière dont le continent africain a été associé à un espace de circulation de deux maladies au fort pouvoir symbolique de stimulation des peurs que sont le VIH/SIDA et Ébola. Ces différents processus narratifs et discursifs favorisent de la sorte l'apparition d'une « cartographie émergente du risque et du danger » (idem : 168) dans laquelle la circulation et la géographie représentent les axes fondamentaux de la détermination de ce qui doit faire l'objet de surveillance.
- 47 Cet « imaginaire géographique » (Said, 1995) des maladies dangereuses associe ainsi certaines zones géographiques aux origines des virus, germes et pathogènes (Strange, 2006 : 220), et d'autres espaces à ceux qui en sont les victimes. Entre les deux, la circulation s'établit comme marqueur de la gestion des risques globaux, marqueur que l'on retrouve, comme nous le montrons plus loin, dans la pratique de l'OMS. Dans cette perspective, et en utilisant l'exemple du VIH/SIDA, Ingram souligne qu'en ce qui concerne l'appareil moderne de santé publique globale, on crée non seulement des régions géographiques différentes pour le Soi et l'Autre, mais surtout, que l'on induit un « ancrage spatial » distinct pour ceux qui « peuvent mourir » et ceux qui « doivent vivre » (Ingram, 2008 : 880 ; 2007). Ingram rappelle par exemple dans cette perspective que le VIH/SIDA « émerge comme lié à une Afrique essentialisée et immuable, un espace chaotique et en détresse qui doit être soumis à une forme d'endiguement » (Ingram, 2008 : 882). L'endiguement face au risque circulatoire, mais cette fois-ci au travers d'un cordon sanitaire informationnel. Voici ce qu'induit le contexte de la mondialisation.
- 48 C'est au travers de ces nouvelles pratiques qu'émerge la notion de risque rendue indépendante de celle du danger (Castel, 1991).

Conclusion : de la dangerosité au risque

- 49 La gouvernance globale de la santé par l'OMS se trouve à un moment charnière de son histoire. D'un côté, elle est dotée de pouvoirs et d'une indépendance (théorique à tout le moins) qu'elle n'a jamais eus auparavant, ce qui en fait l'une des organisations internationales du système onusien les plus puissantes (Chan, 2010). De l'autre, d'importantes tensions et intérêts divergents animent ses activités, notamment les préoccupations et intérêts de certains pays, groupes de pays ou acteurs économiques (en particulier les États-Unis, l'Europe et le secteur privé de la santé). Le paradoxe d'une plus grande autonomisation se fait en parallèle d'une vulnérabilité accrue aux autres forces du système international (notamment la soumission aux intérêts de

certaines pays et acteurs privés). Une des conséquences les plus importantes concerne la priorisation des enjeux de santé traités par cette organisation internationale et la place qu'occupent certains enjeux par rapport à d'autres, comme c'est le cas avec la circulation. La gouvernance globale de la santé par l'OMS et en particulier les activités de surveillance sont aujourd'hui essentielles pour une santé publique mondiale efficace et coordonnée, puisque des millions de personnes souffrent toujours de maladies évitables. Cette importance de la gouvernance globale de la santé la rend en même temps très exposée aux intérêts divergents des nombreux acteurs qui composent cet « écosystème » de la gouvernance globale de la santé (États, organisations internationales, ONG, fondations privées, groupes citoyens – voir par exemple Hoffman, Cole et Pearcey, 2015).

- 50 Nos analyses à la fois discursives et pratiques soulignent certains des biais et processus de sélection/inclusion qui affectent la forme que prend aujourd'hui la surveillance de la santé par l'OMS, mais qui ne sont toutefois pas explicités de manière transparente par cette organisation internationale. Cette situation compromet l'efficacité de la santé publique mondiale à un moment où elle est des plus importante, notamment par l'intermédiaire d'un renforcement et d'une légitimation d'un mode particulier d'anticipation des menaces sanitaires : le risque.
- 51 Robert Castel (1991) avait déjà identifié ce phénomène comme faisant intervenir une « transition de la dangerosité au risque, ce qui entraîne une multiplication potentiellement infinie des possibilités d'intervention » (Ibid : 289). Selon Castel, au travers de ce processus, c'est ultimement « la notion de risque qui est rendue autonome de celle du danger » (Ibid : 287), ce que l'on retrouve dans l'intérêt porté au potentiel circulatoire plutôt qu'à la mortalité par exemple. On comprend bien ici le rôle que peut jouer la circulation dans la notion d'occurrence. Inhérente à cette conceptualisation d'une gouvernance centrée sur risque est une rationalité de l'anticipation, de la prédiction et de l'association statistique. Précisément ce que l'on retrouve avec l'orientation de la surveillance globale de la santé sur la circulation plutôt que sur les impacts sanitaires ou la mortalité.
- 52 Cette importance du risque se retrouve directement dans les modes de surveillance mis en place et en change ultimement la rationalité. Comme l'a souligné Aavitsland, « le risque sanitaire potentiel pour un cas particulier dépend non seulement des caractéristiques épidémiologiques de la maladie (caractère infectieux, mode de transmission, etc.), mais également des circonstances. C'est donc l'évènement (maladie + circonstances) qui doit être notifié » (Aavitsland, 2008 : 1). Dans ce contexte, ce qui importe est d'identifier les circonstances « qui créent un potentiel pour une maladie » (Plotkin, 2007), et non pas la maladie en tant que telle. C'est ici que le potentiel circulatoire joue un rôle central.
- 53 Cela implique en fait un nouveau mode de surveillance que l'on retrouve précisément avec le nouveau RSI de 2005: « la surveillance peut être pratiquée sans aucun contact, ni même aucune représentation immédiate des sujets examinés » (Castel, 1991 : 288). En fait, « il n'y a plus de sujet » (idem), mais seulement des circonstances, dont la circulation, qui participent à l'évaluation du risque. Ce risque ne se fonde donc plus nécessairement sur la base de la présence réelle du danger (mortalité, morbidité etc.), mais plutôt sur sa probabilité d'apparition, ce que Castel appelle « la corrélation statistique d'éléments hétérogènes » (Ibid : 288). L'accent est donc mis plutôt sur la

collecte et circulation d'informations, de données et de faits perçus comme corrélés au risque, et non plus la mesure du danger lui-même.

- 54 Cette conceptualisation contemporaine de la gouvernance globale de la santé illustre la relation problématique s'instituant entre les risques et la surveillance elle-même. Comme le montre notre analyse de la pratique des activités de l'OMS, ce n'est donc pas seulement les cas particuliers de maladies qui importent, mais surtout leur circulation potentielle, ce qui accroît ainsi les risques anticipés.
- 55 La circulation potentielle du risque participe à la constitution même des risques devant être pris en considération par l'OMS, et donc être identifiés comme une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale. Le potentiel circulatoire de ces risques semble aujourd'hui être un des principaux objets de la gouvernance globale de la santé, laissant de côté d'autres problèmes « statiques » ou endémiques qui causent des millions de décès chaque année. Il s'agit du paradoxe peut-être le plus important de la gouvernance globale de la santé dans le contexte de la mondialisation : la circulation y est comprise à la fois comme sources des risques sanitaires, mais également et ce qu'il convient de préserver de ces risques, paradoxe qui explique, du moins en partie, l'échec dramatique de la gouvernance globale de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Atkinson, D., Jackson, P., Sibley, D. et Washbourne, N. (dir.), 2005, *Cultural geography: A critical dictionary of key ideas* (No. 3), IB Tauris.
- Blouin Genest, G., 2015, World Health Organization and disease surveillance: Jeopardizing global public health? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 19 (6), pp 595-614.
- Aavitsland P., 2008, *International Surveillance with the new International Health Regulations*, EpiNorth, 30 janvier 2008.
- Aginam O., 2004, Between isolationism and mutual vulnerability: A south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization, *Temple Law Review*, 77, pp 297- 312.
- Baker M.G. et Fidler, D.P., 2006, Global public health surveillance under new international health regulations, *Emerging infectious diseases*, 12 (7), pp 1058-1065.
- Bashford A., 2003, *Imperial hygiene: a critical history of colonialism, nationalism and public health*, Londres: Palgrave Macmillan.
- Bashford A., 2006, Global Biopolitics and the History of World Health, *History of the Human Sciences*, 19 (1), pp 67-88.
- Bielsa E., 2009, Globalization, political violence and translation: An introduction, in Bielsa E. et Hughes C. W. (dir) *Globalization, political violence and translation*, Londres: Palgrave Macmillan, pp 1-21.

- Brown T.M., Cueto M. et Fee E., 2006, The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health, *American journal of public health* , 96 (1), pp 62-72.
- Brownstein J.S. *et al.* , 2008, Surveillance Sans Frontières: Internet-based emerging infectious disease intelligence and the HealthMap project, *PLoS medicine* , 5 (7), pp 1019-1024.
- Calain P., 2007, Exploring the international arena of global public health surveillance, *Health Policy and Planning*, 22(2), pp 2-12.
- Castel R., 1991, From dangerousness to risk, in Burchell G., Gordon C. et Miller P., (dir), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago: University of Chicago Press, pp 281- 298.
- Chan E.H. *et al.* , 2010, Global capacity for emerging infectious disease detection, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* , 107(50), pp 21701-21706.
- Chu M.C., Rodier G. et Heymann D., 2010, Capacity-Building Under the International Health Regulations to Address Public Health Emergencies of International Concern, in Institute of Medicine (IOM), *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary* , pp 195-203.
- Clarke A.E. *et al.* , 2003, Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine, *American Sociological Review* , 68 (2), pp 161-194.
- Davies, S.E. and Youde, J.R., 2016, *The Politics of surveillance and response to disease outbreaks: The new frontier for states and non-state actors* . New York: Routledge.
- Dodgson R., Lee K. et Drager N., 2002, *Global health governance. A Conceptual Review* , Discussion paper No. 1., Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine and the Dept of Health & Development of the World Health Organization.
- Dry S., 2008, *Epidemics for all? Governing health in a global age* , Working paper 9, September 26th , Brighton: STEPS.
- Elden, S., 2005, Missing the point: globalization, deterritorialization and the space of the world. *Transactions of the Institute of British Geographers* , 30 (1), pp. 8-19.
- Eysenbach G., 2009, Infodemiology and infoveillance: framework for an emerging set of public health informatics methods to analyze search, communication and publication behavior on the Internet. *Journal of medical Internet research* , 11 (1).
- Feldbaum H., Lee K. et Michaud J., 2010, Global health and foreign policy. *Epidemiologic reviews* , 32 (1), pp 82-92.
- Fidler D.P., 2003, SARS: political pathology of the first post-Westphalian pathogen, *The Journal of Law, Medicine & Ethics* , 31 (4), pp 485-505.
- Fidler D.P., 2004, *SARS, Governance and the Globalization of Disease* , Londres: Palgrave Macmillan.
- Fidler D.P., 2005, From international sanitary conventions to global health security: the new International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law* , 4 (2), pp 325-392.
- Fidler D.P. et Gostin L.O., 2006, The new international health regulations: An historic development for international law and public health, *Journal of Law, Medicine & Ethics* , 34 (1), pp 85-94.
- Garrett L., 1994, *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance* , New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Grein T.W. *et al.* , 2000, Rumors of disease in the global village: outbreak verification, *Emerging infectious diseases* , 6 (2), pp 97-102.

- Hardt M. et Negri A., 2000, *Empire*, Paris : Exils.
- Harvey, D., 2002, *Spaces of capital: Towards a critical geography*, Londres: Routledge.
- Heymann D.L. et Rodier G., 1998, Global Surveillance of Communicable Diseases, *Emerging Infectious Diseases*, 4 (3), pp 362-365.
- Heymann D.L., 2006, SARS and emerging infectious diseases: a challenge to place global solidarity above national sovereignty, *Annals-Academy Of Medicine Singapore*, 35 (5), pp 350-353.
- Hoffman S.J., Cole C.B. et Pearcey M., 2015, *Mapping global health architecture to inform the future*, Londres : Chatham House.
- Houéto, D. et Valentini, H., 2014, La promotion de la santé en Afrique: histoire et perspectives d'avenir, *Santé publique*, 1 (HS), pp 9-20.
- Ingram A., 2005, Global leadership and global health: Contending meta-narratives, divergent responses, fatal consequences, *International Relations*, 19 (5), pp 381-402.
- Ingram A., 2007, HIV/AIDS, Security and the Geopolitics of US-Nigerian Relations, *Review of International Political Economy*, 14 (3), pp 510-534.
- Ingram A., 2008, Pandemic anxiety and global health security, in Pain R. et Smith S.J. (dir.), *Fear: Critical Geopolitics and Everyday Life*. Aldershot : Ashgate Publishing, pp 75-86.
- Kickbusch I., 2003, Global health governance: Some theoretical considerations on the new political Space, in Lee K. (dir) *Health Impacts of Globalization: Towards Global Governance*, Londres: Palgrave Macmillan, pp 192-203.
- King N.B., 2002, Security, disease, commerce: Ideologies of post-colonial global health, *Social Studies of Science*, 32 (5-6), pp 763-789.
- King N.B., 2004, The scale politics of emerging diseases, *Osiris* 19, pp 62-76.
- Kinsman, J., 2012, A time of fear": local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda, *Globalization and health*, 8 (1), p15.
- Lakoff A., 2010, Two regimes of global health, *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 1 (1), pp 59-79.
- Lo Yuk-ping C. et Thomas N., 2010, How is health a security issue? Politics, responses and issues, *Health Policy and Planning*, 25 (6), pp 447-453.
- Loff B., 2010, World Trade, the Poor and Swine Flu, *Indian Journal of Medical Ethics*, VII (1), pp 4-5.
- Lupton D., 1995, *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, Thousand Oaks : SAGE.
- Lupton D., 1999, *Risk*, Londres: Routledge.
- Mack E., 2006, World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues, *Chicago Journal of International Law*, 7 (1), pp 365-377.
- McDonnell W.M., Nelson D.S. et Schunk J.E., 2012, Should we fear "flu fear" itself? Effects of H1N1 influenza fear on ED use, *The American journal of emergency medicine*, 30 (2), pp 275-282.
- Mykhalovskiy E. et Weir L., 2006, The global public health intelligence network and early warning outbreak detection, *Canadian journal of public health*, 97 (1), pp 42-44.
- Niang C.I., 2014, Ébola: une épidémie postcoloniale, *Politique étrangère*, (4), pp 97-109.

- OMS, 1969, *Règlement Sanitaire International* , 1969, Genève, Suisse.
- OMS, 2003a, *Revision of the international health regulations: Report by the secretariat* . Document no. A56/25, 56th World Health Assembly, 24 mars 2003, Genève, Suisse.
- OMS, 2003b, *Resolution WHA56.29 Severe acute respiratory syndrome (SARS)* , 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève, Suisse.
- OMS, 2005, *Règlement Sanitaire Internationale* , 2005, Genève, Suisse.
- Palese P. et Wang T.T., 2012, H5N1 influenza viruses: facts, not fear, *Proceedings of the National Academy of Sciences* , 109 (7), pp 2211-2213.
- Plotkin B., 2007, Human Rights and Other Provisions in the Revised International Health Regulations (2005), *Public Health* , 121 (11), pp 840-845.
- Roemer M., 1994, Internationalism in Medicine and Public Health, in Porter D. (dir), *The History of Public Health and the Modern State* , Amsterdam : Rodopi, pp 403-423.
- Saïd E.W., 1995, *Orientalism* , Londres: Penguin.
- Stein R., 2003, WHO Gets Wider Power to Fight Global Health Threats, *Washington Post* , 28 mai 2003, A15.
- Strange C., 2006, Postcard from plaguetown: SARS and the exoticization of Toronto, in Bashford A. (dir), *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* , New York: Palgrave Macmillan, pp 219-240.
- Towers S. et al. , 2015, Mass media and the contagion of fear: the case of Ebola in America, *PloS one* , 10 (6).
- Tucker J.B., 2005, Updating the international health regulations, *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense strategy, practice, and science* , 3 (4), pp 338-347.
- Weir L. et Mykhalovskiy E., 2010, *Global public health vigilance: creating a world on alert* , New York: Routledge.
- Weiss R.A. et McMichael A.J., 2004, Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases, *Nature medicine* , 10 (12s), p S70.
- Zerner C., 2005, Emerging Cartographies of Environmental Danger: Africa, Ebola and AIDS, in Hartmann B., Subramanian B. et Zerner C. (dir), *Making Threats: Biofears and Environmental Anxieties*, Lanham: Rowman & Littlefield Publishers , pp 159-185.

NOTES

1. Le Règlement Sanitaire International a été adopté par 194 États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 et consiste en un cadre légal structurant le fonctionnement de la surveillance de la santé au niveau international. Il inclut en particulier un mécanisme d'alerte concernant les principaux risques sanitaires internationaux.
2. Mais mis en pratique de manière non officielle depuis au moins 1995 (OMS, 2005).
3. Ces termes font référence à l'utilisation de l'information produite ou circulée par les médias comme source d'information épidémiologique.

4. L'emploi du terme mondialisation ne doit pas être ici entendu comme l'approbation de son utilisation usuelle en lien avec une contraction de l'espace et du temps ainsi qu'une augmentation des mouvements de biens et de personnes, mais plutôt comme une simple volonté d'adéquation avec la pratique.
5. S'inscrivant dans le courant de la « critical geography » (Harvey, 2002), l'utilisation du terme géographie dans cet article fait référence à la manière dont la représentation, description et construction sociale de l'espace et des facteurs géographiques influencent notre rapport social au monde physique. Le terme de géographie est utilisé dans le sens de « how social groups engage with their landscapes, how people construct and make sense of their places and spaces » (Atkinson *et al.* 2005). Appliquée aux activités de surveillance des maladies infectieuses de l'OMS, cette compréhension de la géographie permet de prendre en considération l'impact de la production/circulation des données sanitaires sur les rapports à l'espace.
6. Il est important de noter que la reconnaissance du caractère « nouveau » des risques sanitaires se retrouve au niveau des justificatifs et narratifs de la gouvernance globale de la santé, et non pas de la réalité épidémiologique puisque les épidémies ont toujours eu un caractère transfrontalier.
7. La traduction de l'ensemble des citations en langue anglaise est de l'auteur.
8. Cette procédure a été utilisée à quatre reprises jusqu'à maintenant : pour le H1N1, la Polio, Ebola et Zika.
9. Sous le RSI de 1969, la surveillance était limitée au choléra, à la peste et à la fièvre jaune.
10. <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/> , consulté le 3 mars 2019.
11. <http://www.who.int/csr/don/en/> , consulté le 3 mars 2019.
12. Voir Davies et Youde (2016) pour une analyse critique de ces changements.
13. Les données du « Disease Outbreak News » consistent en des alertes sanitaires qui incluent les informations suivantes : maladie, lieu, nombre de cas, mortalité et s'il s'agit du suivi d'une alerte précédente (« mise à jour » des alertes ci-après). Ces données sont disponibles sur le site de l'OMS : <https://www.who.int/csr/don/en/> . Au total,
14. Une analyse portant sur ces données allant jusqu'à 2010 a été publiée en 2015 (Blouin Genest, 2015). L'année de départ (1996) correspond à la mise en place informelle de la structure de surveillance de l'OMS.
15. Les alertes sanitaires du système de surveillance du « Disease Outbreak News » font référence indifféremment aux termes grippe et influenza ainsi que leur nom scientifique (H1N1, H5N1, etc.).
16. Cela confirme les conclusions de Chan *et al.* (2010 : 21702) concernant l'importance du choléra dans la structure de surveillance de l'OMS.
17. Voir : https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flunet/en/ consulté le 29 février 2019
18. Voir, <https://www.bbc.com/news/health-48547983> , consulté le 10 juin 2019.
19. DALY's, ou *Disability-Adjusted Life Year* est un indice permettant de mesurer le fardeau de la maladie pour une population spécifique. Voir notamment : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ , consulté le 27 février 2019.

20. Le terme déterritorialisation est utilisé dans ce texte en référence à la déconnexion entre les territoires et les pratiques politiques (Elden, 2005), c'est-à-dire ici à l'affranchissement de l'OMS des États dans certaines de ses activités.

RÉSUMÉS

Il est largement affirmé que nous vivons aujourd'hui dans un monde globalisé caractérisé par une mobilité généralisée. Le domaine de la santé n'échappe pas à cette tendance : virus, maladies, et autres « risques » sanitaires sont considérés comme des menaces qui ignorent les frontières. Une telle « géographie virale » soulève toutefois de nombreuses questions, notamment quant au processus de priorisation des différents risques en circulation. L'objectif de cet article est de problématiser l'interaction entre géographie et gouvernance globale de santé, et ce, au travers de trois espaces analytiques : 1) les changements apportés par le nouveau Règlement Sanitaire International de l'OMS de 2005, 2) une analyse quantitative des données de surveillance de l'OMS, et 3) une analyse critique de la circulation comme justificatif de ce dispositif. Ce faisant, nous mettons en évidence la transition de la dangerosité vers le risque qui caractérise la gouvernance globale de la santé.

It is widely asserted that we live today in a globalized world governed by dense flows and constant fluidity, structuring as such a generalized perception of hypermobility. The field of public health is not immune to this trend, particularly when it comes to global health and its governance mechanisms. Viruses, diseases, germs and other health "risks" are presented in this perspective as global and hypermobile threats that ignore territorial demarcations, borders and politics, potentially spreading instantly around the world. Our common world is one of endless threats in circulation and for which global governance is presented as an obligatory passage point in terms of responses and interventions. Such "viral geography" however raises many questions, among which that of the effectiveness of global governance appears the most pressing. This is especially true when it comes to the prioritization process in which other health risks are not taken into consideration by the global health governance apparatus led, among other actors, by the World Health Organization (WHO), among other actors. In particular, this system risks favouring certain types of health risks and hazards, to the disadvantage of others, a phenomenon which is, however, not officially recognized by global health actors, rendering more than necessary to conduct an empirical analysis of the output of global health governance necessary. The purpose of this article is to critically engage with the interaction and interference between geography and global health governance practices, looking in particular at the surveillance activities of the WHO under the new International Health Regulations (IHR) adopted in 2005, which and that radically changed the practices and impacts of global health governance. The adoption of a new IHR in 2005 completed a deep process of revision initiated in 1995. It was undertaken in response to both political changes brought in on by the end of the Cold War and the emergence of globalization in which risks, in parallel with the other products of globalization (goods, ideas, finance, etc.), were seen as circulating freely, bringing new threats that should be addressed at the global level. Circulation, risks and geography maintain, as we argue in this article, a symbiotic relationship that today defines the dominant understanding of a global sanitary space, and by the same token, the rationality of its global health governance mechanisms. This Its rationale is found in particular in the different narratives justifying the

actions and practices of the WHO as the main actor in the planning and implementation of global health governance, as well as in the production of a specific understanding of risks in circulation, a phenomenon which is documented in this article. We thus question the interaction between a particular understanding of health risks in circulation (through the communication tools of the WHO) and their use to justify political practices and interventions at the global level. This article thus explores this relationship through three particular analytical and empirical spaces. We first focus our attention on the changes brought about by the new IHR 2005 and the different interpretations that have been made by scholars and practitioners. In a second step, we problematize the practice of this global health governance apparatus through the lenses of a quantitative analysis of its output, using the WHO surveillance data produced by the Disease Outbreak News system. Finally, we take a critical look at the circulation, spatiality and geography of health risks and threats in the context of globalization, thus resituating circulation at the heart of the justifications of global health governance. We conclude by with a problematization of the impacts of the transition from the notion of risk to that of danger, a phenomenon that, we argue, characterizes, we argue in this paper, contemporary global governance.

INDEX

Mots-clés : risques, gouvernance de la santé, circulation

AUTEURS

GABRIEL BLOUIN GENEST

Professeur Adjoint École de politique appliquée, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

REBECCA SHERROD

Virginia Tech, Blacksburg, VA, USA