

Santé globale : des acteurs négligés, des histoires redécouvertes

Yi-Tang Lin
Université de Genève

Anne-Emanuelle Birn
Université de Toronto

Les publications portant sur les circulations et les échanges de pratiques sanitaires au xx^e siècle se sont multipliées au cours des deux dernières décennies. Souvent menées par des historien·nes spécialistes de la médecine coloniale qui revendiquent leur appartenance aux champs de la « santé internationale » ou « santé globale », elles analysent la mise en œuvre, aux quatre coins du monde, de pratiques basées sur la médecine occidentale et mettent en lumière le processus par lequel cette médecine est devenue hégémonique, dans le sens où elle est aujourd'hui le centre des politiques de santé publique dans la quasi-totalité des pays du monde. Au cœur de ces récits se trouvent les organisations philanthropiques américaines (surtout la Fondation Rockefeller) et les organisations internationales basées à Genève, en particulier l'Organisation d'hygiène de la Société des nations pendant l'entre-deux-guerres et l'Organisation mondiale de la santé (ci-après

OMS) à partir des années 1940. Ces institutions ont soutenu, techniquement et/ou financièrement, des programmes pour contenir les maladies transmissibles – soit par l'utilisation de technologies biomédicales, soit par l'amélioration des conditions socio-sanitaires. Elles ont de plus collaboré avec les gouvernements pour établir ou améliorer des services publics de santé et des instituts de recherche. Au niveau international, l'Organisation d'hygiène de la Société des nations (SDN) et l'OMS se sont investies dans la standardisation des pratiques de gouvernance sanitaire. Par le truchement de comités d'expert·es, ces organisations ont mis en place des normes et émis des recommandations dans différents domaines, comme la collecte de statistiques ou le contrôle des substances biologiques.

Ce dossier vise à enrichir cette historiographie en mettant en avant des réseaux transnationaux différents de ceux dominés par les organisations de santé occidentales. En

se focalisant sur le long xx^e siècle, ce numéro regroupe des études de cas mettant en lumière la manière dont les circulations des connaissances, des pratiques, des personnes et des produits ont été mises en place en marge des politiques des principales organisations internationales, tout en cherchant parfois à influencer ces politiques.

Santé globale : concepts et usages

L'usage de l'expression « santé globale », tant au quotidien que dans le domaine académique, est si large et si divers qu'il mériterait d'être un sujet de recherche à part entière. Outre que cette expression a souvent été utilisée dans la presse dans le contexte de la crise du Covid-19, elle jouit, de surcroît, d'une visibilité grandissante au sein des institutions académiques : de nombreux établissements disposent actuellement d'un institut ou département portant l'expression « santé globale » dans son nom¹ ; d'autres ont également

engagé des initiatives ou des spécialisations dans ce domaine².

Jusqu'aux années 1980, le monde académique et les médias ont surtout utilisé l'expression « santé internationale ». C'est après la chute du Mur de Berlin, au cours des années 1990, que l'appellation « santé globale » a véritablement émergé pour incarner l'esprit du temps, à savoir une foi dans la mondialisation censée faciliter, à tous les niveaux, des collaborations entre organisations impliquées dans le domaine de la santé, loin des clivages caractéristiques de la Guerre froide. Avec le tournant néolibéral, cette expression a acquis une signification supplémentaire dans les grandes institutions comme l'OMS et la Banque mondiale : l'importance d'intégrer dans la gouvernance sanitaire mondiale d'autres acteurs que les institutions publiques, en particulier les organisations non gouvernementales et le secteur privé³.

Il n'est dès lors pas étonnant que certain-es chercheur-es utilisent, de manière critique, le concept de santé globale pour désigner les politiques néolibérales d'aide médicale menées par les organisations internationales, par les acteurs privés (fondations et compagnies multinationales) ou encore par les

1 Cette liste non exhaustive compte des instituts traditionnellement prestigieux dans le domaine de la santé publique : Institut Pasteur, London School of Hygiene and Tropical Medicine, l'université de Heidelberg, l'université de Harvard, l'Institut de hautes études internationales et du développement, l'université de Genève, l'université de Tokyo, l'université de Pékin, l'université Duke à Kunshan, Chine. En revanche, l'université de Johns Hopkins, une des plus connues historiquement en termes de santé publique, possède un département comportant l'expression « santé internationale » et non pas « santé globale ».

2 L'université de Toronto et l'université de Columbia par exemple.

3 Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay, Timothy H. Holtz, *Textbook of Global Health*, New York, Oxford University Press, 2017, p. 75-79.

gouvernements donateurs. Les partenariats public-privé avec l'OMS, qui se sont multipliés à partir des années 1990, constituent les fondements de ces politiques néolibérales⁴. Des anthropologues, à l'instar de Margaret Lock et Vinh-Kim Nguyen, adoptent également cette perspective critique. Pour ces chercheur·es, la logique sous-jacente à cette vision de la santé globale est que l'aide financière ou technique émane toujours des pays riches et est destinée aux pays moins prospères⁵. Carine Baxerres et Fred Eboko, qui publient en français, insistent pour utiliser « santé globale » dans sa forme originale en anglais, pour dénoncer la domination anglo-saxonne dans les politiques transnationales et internationales de la santé⁶. Ce point mérite d'être souligné dans la mesure où les recherches portant sur la « santé globale », que ce soit en sciences sociales ou en histoire, sont largement dominées par les travaux publiés en anglais. Notre dossier, qui comprend surtout des articles en français, est une tentative de contrebalancer cette domination.

4 Voir, en français, Guillaume Lachenal, « Le stade Dubaï de la santé publique : La santé globale en Afrique entre passé et futur », *Revue Tiers-Monde*, n° 215, 2013, p. 53-71; Carine Baxerres, Fred Eboko, « Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la Global Health », *Politique africaine*, vol. 4, n° 156, 2019, p. 5-20. Le livre d'Yves Beigbeder fournit aussi une image de la situation difficile de l'OMS dans le contexte du tournant néolibéral (Yves Beigbeder, *L'OMS en péril*, Paris, Éd. de Santé, 2011.)

5 Margaret M. Lock, Vinh-Kim Nguyen, *An Anthropology of Biomedicine*, Chichester, Wiley-Blackwell, 2018, p. 291.

6 C. Baxerres, F. Eboko, « Politiques, acteurs et dynamiques », *op. cit.*, p. 5.

Ce dossier a pour but de décentrer les historiographies de la gouvernance globale de la santé. Comme le confirment les articles de ce numéro, cette gouvernance ne concerne pas seulement les organisations internationales dominantes qui décident des priorités politiques sanitaires à l'échelle mondiale, mais est également du ressort d'autres acteurs clés qui ont développé leurs propres pratiques dans le domaine de la santé publique, parfois en interaction avec les organisations internationales, parfois en les contournant.

Ainsi, nous souhaitons pousser plus loin l'usage de l'expression « santé globale » : le « globale » que nous utilisons concerne les échanges transnationaux. Mobilisant les approches en histoire globale et transnationale qui se concentrent sur les circulations, échanges, concurrences et mouvements entre les régions, les pays et leurs contextes⁷, le thème de ce dossier est de montrer la multiplicité des flux et des échanges de connaissances et de pratiques sanitaires entre différentes régions du monde, avec une attention particulière pour les acteurs et organisations en marge du système dominé par les organisations internationales. De surcroît, les contributions discutent des divers contextes social, culturel, économique et politique, aux

7 Pierre-Yves Saunier, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », *Genèses* n° 57, 2004, p. 110-126; Pierre-Yves Saunier, *Transnational History*, Basingstoke, Houndmills, Palgrave Macmillan, 2013; Sebastian Conrad, *What Is Global History?*, Princeton, Princeton University Press, 2016.

niveaux local, national et global – et des interactions entre ces niveaux.

Les articles qui figurent dans ce numéro ont aussi pour ambition de donner une signification plus large au terme « santé » dans l'expression « santé globale » : il ne désigne plus seulement une catégorie particulière de politiques publiques, mais inclut toutes les connexions et les inégalités sociales à l'échelle planétaire ayant influencé la santé publique, évitant ainsi le réductionnisme biomédical que plusieurs chercheur-es ont récemment dénoncé⁸. Ce faisant, ce dossier met en lumière la diversité des acteurs ainsi que des modalités de diffusion des pratiques et connaissances sanitaires. La périodisation adoptée dans ce numéro englobe les différentes vagues de mondialisation et inclut non seulement le xx^e siècle, moment où les initiatives transnationales de collaborations sanitaires se sont institutionnalisées, mais prend aussi en considération des mouvements qui ont pris forme au xix^e siècle.

8 Kayvan Bozorgmehr, « Rethinking the 'Global' in Global Health: A Dialectic Approach », *Globalization and Health*, vol. 6, n° 1, 2010, p. 19; Anne-Emanuelle Birn, « Reconceptualización de la salud internacional: Perspectivas alentadoras desde América Latina », *Revista Panamericana Salud Publica*, vol. 30, n° 2, 2011, p. 101-105. Didier Fassin, « Santé globale, un nouveau concept? Quelques enseignements de l'épidémie à virus Ebola », *Médecine/sciences*, vol. 31, n° 5, 2015, p. 463-464; Jens Holst, « Global Health – Emergence, Hegemonic Trends and Biomedical Reductionism », *Globalization and Health*, vol. 16, n° 1, 2020, p. 42.

L'histoire des organisations internationales de la santé : les narrations dominantes

L'historiographie a construit une chronologie des actions sanitaires internationales. Selon ce récit, l'histoire débute au milieu du xix^e siècle et voit la multiplication des conférences internationales, surtout en Europe et en Amérique latine⁹. Ces conférences ont pour objectif d'étudier la possibilité de mettre fin aux mesures de quarantaine ; elles visent à faciliter les échanges commerciaux sans favoriser la propagation des épidémies, comme le choléra, la peste, ou la fièvre jaune.

9 Voir Mark Harrison, « Disease, Diplomacy and International Commerce: The Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century », *Journal of Global History*, vol. 1, n° 2, 2006, p. 197-217 et João Rangel de Almeida, « Epidemic Opportunities: Panic, Quarantines, and the 1851 International Sanitary Conference », in Robert Peckham (dir.), *Empires of Panic: Epidemics and Colonial Anxieties*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2015. D'autres conférences internationales traitent à la même époque de sujets adjacents : Éric Brian, « Transactions statistiques au xix^e siècle : Mouvements internationaux de capitaux symboliques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 145, n° 5, 2002, p. 34-46; Anne Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configuration internationales », in Patrice Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (xviii^e-xx^e siècles)*, Paris, Belin, 2011, p. 213-239. Pour les conférences en Amérique latine, voir Marta de Almeida, « O papel dos congressos científicos na América Latina », *Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, n° 13, 2017, p. 1-4; Cleide de Lima Chaves, « Power and Health in South America: International Sanitary Conferences, 1870-1889 », *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 20, n° 2, 2013, p. 411-434.

Ces discussions sont aussi marquées par les inquiétudes des gouvernements confrontés aux fortes réactions populaires occasionnées par les épidémies et les mesures de contrôle de celles-ci¹⁰. L'une des principales préoccupations des onze conférences sanitaires organisées entre 1851 et 1903 – la plupart en Europe – est de protéger cette dernière, en cantonnant les épidémies d'origine extra-européenne aux frontières du continent¹¹. Les participants à ces conférences, en Europe ou dans les Amériques, sont également confrontés aux incertitudes liées aux différentes croyances sur les modes de transmission

(la théorie de la bactériologie ne commença à être largement acceptée qu'au début du xx^e siècle) et aux pressions relatives aux intérêts du commerce international. Malgré ces divergences, ils parviennent néanmoins à un consensus, au moins de principe, sur l'importance du partage des informations et le besoin de renforcer les quarantaines pour les routes maritimes et terrestres¹².

L'institutionnalisation de la gouvernance mondiale de la santé démarre au début du xx^e siècle : l'International Sanitary Bureau of the American Republics est inauguré en 1902, l'Office international d'hygiène publique en 1907, et l'Organisation d'hygiène de la Société des nations après la Première Guerre mondiale. Côté privé, la Fondation Rockefeller, fondée en 1913 avec comme devise « promouvoir le bien-être de l'humanité dans le monde entier », affecte des fonds importants pour les projets et les écoles de santé publique¹³, y compris ceux de l'Orga-

10 Alexandra Minna Stern, « The Public Health Service in the Panama Canal A Forgotten Chapter of US Public Health », *Public Health Reports*, vol. 120, n° 6, 2005, p. 675-679; Mariola Espinosa, *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 2009; Stephanie Anne Boyle, « Cholera, Colonialism, and Pilgrimage: Exploring Global/Local Exchange in the Central Egyptian Delta, 1848-1907 », *Journal of World History*, vol. 26, n° 3, 2015, p. 581-604. Kalala Ngalamulume, « Peste et Violence à Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 », *Cahiers d'études Africaines* vol. 46, n° 183, 2006, p. 539-565; Alison Bashford (dir.), *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security from 1850 to the Present*, New York, Palgrave Macmillan, 2006; Jeong-Ran Kim, « The Borderline of 'Empire': Japanese Maritime Quarantine in Busan c.1876-1910 », *Medical History*, vol. 57, n° 2, 2013, p. 226-248; Amir Arsalan Afkhami, « Defending the Guarded Domain: Epidemics and the Emergence of an International Sanitary Policy in Iran », *Comparative Studies of South Asia, Africa, and the Middle East*, vol. 19, n° 1, 1999, p. 122-136.

11 Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999; Nükhet Varlık, « Rethinking the History of Plague in the Time of COVID-19 », *Centaurus* vol. 62 n° 2, 2020, p. 290.

12 Norman Howard-Jones, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, Geneva, World Health Organization, 1974; Marcos Cueto, *El valor de la salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2004; Valeska Huber, « The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894 », *The Historical Journal* vol. 49, n° 2, 2006, p. 453-476.

13 Quelques exemples sur les programmes de la Fondation : Mary Brown Bullock, *An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*, Berkeley, University of California Press, 1980; Ilana Löwy, *Virus, moustiques et modernité : la fièvre jaune au Brésil. Entre science*

nisation d'hygiène de la Société des nations visant à standardiser les statistiques et à favoriser les échanges de fonctionnaires de la santé¹⁴. Durant l'entre-deux-guerres, certains hauts fonctionnaires de la Société des nations (SDN) promeuvent l'idée que la collaboration internationale ne doit plus tant chercher à contenir passivement les épidémies à la frontière de l'Europe qu'à réaliser des projets concrets et à favoriser les transferts de connaissances entre les différents continents, pour que chaque territoire, quel que soit son statut politique, puisse contrôler les maladies transmissibles et améliorer la santé de sa population¹⁵.

et modernité, Paris, Ed. des archives contemporaines, 2001 ; Rodrigo César da Silva Magalhães, *A erradicação do Aedes aegypti: Febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016 ; John Farley, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of Rockefeller Foundation*, Oxford and New York, Oxford University Press, 2003 ; Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, University of Rochester Press, 2006 ; Qiusa Ma, *To Change China: The Rockefeller Foundation's Century-Long Journey in China [in Chinese]*, Guangxi, Guangxi Normal University Press, 2013.

- 14 Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2009 ; Ludovic Tournès, *Les États-Unis et la Société des nations (1914-1946): Le système international face à l'émergence d'une superpuissance*, Bern, Peter Lang, 2016.
- 15 Sunil S. Amrith, « Internationalising Health in the Twentieth Century », in Glenda Sluga, Patricia Clavin (dir.), *Internationalisms: A Twentieth Century History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017, p. 245-264 ; Anne-Emanuelle Birn, Theodore M. Brown (dir.), *Comrades in Health: U.S. Health Internationalists*,

Alors que la Seconde Guerre mondiale a mis en sommeil certaines institutions internationales – la SDN a fonctionné avec un seul statisticien à Genève (son bureau de veille épidémiologique à Singapour a cessé ses activités en 1942 à la suite de l'invasion par le Japon), tandis que l'Office international d'hygiène publique (OIHP) a cessé ses activités après la défaite de la France¹⁶ – la création de l'administration des Nations unies pour le secours et la reconstruction (UNRRA) en 1943, sous direction américaine, ressuscite certains des réseaux transnationaux de l'entre-deux-guerres¹⁷. La Commission intérimaire de l'OMS, inaugurée en 1946, hérite d'une partie des missions de l'UNRRA liées à la santé. L'OMS contribue par la suite à « la bureaucratisation et la

Abroad and at Home, New Brunswick, Rutgers University Press, 2013, chap. 2. Pour la Société des nations et ses relations avec les empires, voir : Susan Pedersen, *The Guardians: The League of Nations and the Crisis of Empire*, Oxford, Oxford University Press, 2015.

- 16 Iris Borowy, « Maneuvering for Space: International Health Work of the League of Nations during World War II », in Susan Gross Solomon (dir.), *Shifting Boundaries of Public Health: Europe in the Twentieth Century*, Rochester, University of Rochester Press, 2008, p. 87-113 ; Heidi J. S. Tworek, « Communicable Disease: Information, Health, and Globalization in the Interwar Period », *The American Historical Review*, vol. 124, n° 3, 2019, p. 813-842.
- 17 Jessica Reinisch, « Internationalism in Relief: The Birth (and Death) of UNRRA », *Past & Present*, vol. 210, n° suppl. 6, 2011, p. 258-289 ; Jessica Reinisch, « 'Auntie UNRRA' at the Crossroads », *Past & Present*, vol. 218, n° suppl. 8, 2013, p. 70-97.

professionnalisation¹⁸ » de la santé à l'échelle globale en s'appuyant sur les ressources des États membres de l'Organisation des Nations unies (ONU). À noter que l'OMS n'échappe pas aux rivalités de la Guerre froide : l'Union Soviétique quitte l'organisation en 1949, puis l'année suivante par les pays socialistes d'Europe de l'Est. Ces pays ne font leur retour qu'après 1955¹⁹. La République populaire de Chine, quant à elle, coupe ses relations avec l'OMS dès sa création en 1949, avant d'y adhérer en 1971 – en remplaçant la République de Chine établie sur l'île de Taïwan comme le pays représentant la Chine.

Ces tensions pourraient partiellement expliquer la raison pour laquelle la médecine sociale ainsi que d'autres initiatives comme la planification du système sanitaire sont marginalisées au sein de l'Organisation²⁰.

Avec un financement important des États-Unis, l'OMS se trouve jusqu'aux années 1970 au centre des grands programmes de contrôle des maladies transmissibles, basés sur les technologies biomédicales. Un exemple révélateur est le programme mondial d'éradication du paludisme, commencé en 1955. Ce programme, qui absorbe 33 % du budget de l'OMS à son pic (fin des années 1950 et début des années 1960²¹), est centré sur la pulvérisation de l'insecticide DDT et repose sur des systèmes de surveillance des cas et des traitements avec les médicaments anti-malaria, ainsi que sur un ample dispositif administratif. À l'instar des efforts réalisés pendant la Seconde Guerre mondiale et des campagnes sanitaires mises en œuvre par les autorités coloniales, ce programme destiné à éradiquer le paludisme a également pour fonction de protéger la main-d'œuvre indispensable au bon fonctionnement des économies locales, avec l'espoir de combattre (indirectement) le communisme. Il dure jusqu'en 1969, quand l'OMS et les États-Unis, principal bailleur de fonds du programme, décident d'en interrompre le financement après avoir fait le constat que l'éradication mondiale de la maladie n'était pas possible²². L'échec de ce programme ne conduit toutefois pas l'OMS à

18 Anne-Emanuelle Birn, « The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History? », *Global Public Health*, vol. 4, n° 1, 2009, p. 56; Marcos Cueto, Theodore M. Brown, Elizabeth Fee, *The World Health Organization. A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019.

19 Dóra Vargha, « History of Medicine in Ireland Blog: A Forgotten Episode of International Health » [<http://historyofmedicineinireland.blogspot.fr/2017/03/a-forgotten-episode-of-international.html>] (consulté en juin, 2021).

20 Anne-Emanuelle Birn, « Backstage: The Relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940s-1960s », *Public Health*, vol. 128, n° 2, 2014, p. 129-140; Martin Gorsky, Christopher Sirrs, « From "Planning" to "Systems Analysis": Health Services Strengthening at the World Health Organization, 1952-1975 », *Dynamics*, vol. 39, n° 1, 2019, p. 205-233.

21 Randall M. Packard, *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2016, p. 146.

22 Randall M. Packard, *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2010, chap. 6.

une remise en cause complète de son *modus operandi* centré sur les technologies biomédicales. En effet, l'Organisation accélère plus ou moins au même moment son autre programme d'éradication, celui de la variole, avec l'appui des deux blocs²³.

Un tournant décisif se produit quelques années plus tard. La conférence d'Alma-Ata (République du Kazakhstan), organisée en 1978 par l'OMS et l'UNICEF dans la ville soviétique du même nom, concrétise la réflexion sur les limites des programmes centrés sur les technologies biomédicales avec la déclaration sur les soins de santé primaires pour tous, qui s'inscrit aussi dans le contexte du Nouvel Ordre Économique International revendiqué par les pays du Sud, notamment au sein de l'ONU²⁴. Cette déclaration met en avant l'idée des soins de santé primaires et celle d'une couverture plus générale de l'accès aux soins basiques en prenant en compte les contextes sociopolitiques. L'OMS choisit une voie innovante – les systèmes sanitaires de certains pays du « Tiers-Monde » sont présentés comme des modèles. Outre celui de la Chine, les systèmes de santé du Bangladesh, de Cuba, du Venezuela, de la Tanzanie, de la

Yougoslavie, de l'Inde, du Niger et du Nigeria sont décrits dans le rapport de l'OMS et de l'UNICEF publié en 1975, considéré comme ayant servi de base à la Conférence d'Alma-Ata²⁵. Toutefois, la mise en œuvre de cette déclaration rencontre très vite des obstacles : la crise pétrolière des années 1970, puis la crise de la dette du Tiers-Monde et enfin la montée de l'idéologie néolibérale marquée par l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher et de Ronald Reagan conduisent à la réduction des dépenses publiques de protection sociale dans le monde, ainsi qu'à une diminution des contributions aux organisations multilatérales. En outre, la réussite de l'éradication de la variole en 1980 ressuscite les croyances dans les grands programmes centrés sur les technologies biomédicales, même s'il y a des divisions importantes entre ceux qui appuient le réductionnisme médical et ceux qui continuent à soutenir la vision d'Alma-Ata²⁶. L'UNICEF, de son côté, opte pour des soins de santé primaires « sélectifs » – c'est-à-dire favorisant la surveillance

23 Erez Manela, « A Pox on Your Narrative: Writing Disease Control into Cold War History », *Diplomatic History*, n° 34/2, 2010, p. 299-323. Voir également : Dóra Vargha, *Polio Across the Iron Curtain: Hungary's Cold War with an Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018.

24 Marcos Cueto, Theodore M. Brown, Elizabeth Fee, *The World Health Organization...*, *op. cit.*, chap. 7.

25 V. Djukanovic *et al.*, « Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement : Étude Commune FIS », Genève, Organisation mondiale de la santé, 1975 [<http://www.who.int/iris/handle/10665/40098>] (consulté en juin 2021).

26 Pour des historiographies qui contestent l'image de « succès » souvent promue par l'OMS, voir : Anne-Emanuelle Birn, « Small(pox) Success? », *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n° 2, 2011, p. 591-597; Sanjoy Bhattacharya, Carlos Eduardo d'Ávila Pereira Campani, « Re-Assessing the Foundations: Worldwide Smallpox Eradication, 1957–67 », *Medical History*, vol. 64, n° 1, 2020, p. 71-93.

de la croissance infantile, la technique de réhydratation orale, l'allaitement, ainsi que la vaccination – avec la croyance que ces soins peuvent faire baisser le taux de mortalité infantile à moindre coût. Cette politique de l'UNICEF, avec l'appui de la Banque mondiale, la Fondation Rockefeller, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et même l'OMS, a été accusée d'aller à l'encontre de la déclaration d'Alma-Ata, car centrée non pas sur l'accès aux soins primaires en général, mais sur un nombre limité de mesures techniques destinées à répondre à des problèmes spécifiques.

La diminution des contributions nationales à l'OMS, du fait des crises économiques et idéologiques des années 1980, marque le début du partage du pouvoir de l'OMS dans le domaine de la santé publique au niveau international. C'est dans ce contexte que la politique de « santé globale », basée sur les collaborations public-privé, se met progressivement en place. C'est aussi le moment où la Banque mondiale commence à s'intéresser systématiquement au domaine de la santé publique avec ses politiques d'évaluation économiques des programmes de développement²⁷. De plus, en 1994, le Programme

commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est créé comme une agence distincte de l'OMS²⁸. Les années 1990 sont marquées par la fin de la compétition des modèles de développement promus par les États-Unis et l'URSS à destination de leurs alliés respectifs moins industrialisés. Les organisations privées deviennent des protagonistes de la santé globale grâce à leur dotation financière. Vers l'an 2000, la fondation Gates joue un rôle influent dans les deux plus grands partenariats public-privé : l'Alliance du Vaccin (GAVI) et le Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Plus récemment, son budget pour la santé globale a même dépassé celui de l'OMS²⁹.

La gouvernance au cœur des tensions Nord-Sud

Comme nous l'avons montré dans la partie précédente, le récit dominant de l'histoire des organisations internationales de la santé met

Janelle Winters, Eleanor Strong, « World Bank's Financing, Priorities, and Lending Structures for Global Health », *BMJ*, n° 358, 2017, p. 1-4.

28 Y. Beigbeder, *L'OMS en péril*, *op. cit.*

29 Les auteur.es divergent quant à savoir si une organisation privée et sans surveillance publique peut détenir un si grand pouvoir : Jeremy Youde, « The Rockefeller and Gates Foundations in Global Health Governance », *Global Society*, vol. 27, n° 2, 2013, p. 139-158 ; Anne-Emanuelle Birn, « Philanthrocapitalism, Past and Present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the Setting(s) of the International/Global Health Agenda », *Hypothesis*, vol. 12, n° 1, 2014.

27 Jennifer Prah Ruger, « The Changing Role of the World Bank in Global Health », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1, 2005, p. 60-70 ; Vincanne Adams (dir.), *Metrics: What Counts in Global Health*, Durham, Duke University Press, 2016, p. 26-27 ; Patrick Allan Sharma, *Robert McNamara's Other War: The World Bank and International Development*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2017 ; Devi Sridhar,

l'accent sur une institutionnalisation progressive des actions sanitaires internationales, ainsi que, depuis les années 1990, sur le poids croissant du secteur privé. Il montre également des débats récurrents, au sein des organisations internationales, entre les tenants d'une approche plus sociale de la médecine et les défenseurs des solutions ciblées et biomédicalisées. Il ne faut toutefois pas oublier que les tensions entre pays « riches » et pays « pauvres » sont présentes tout au long de cette période. Les pays riches, souvent d'anciens empires coloniaux qui hébergent les sièges de ces organisations, publiques ou privées, ont les moyens de diffuser leurs politiques et pratiques dans le monde, alors que les autres nations, surtout les ex-colonies, sont souvent décrites comme des acteurs passifs, de simples récepteurs des aides, une caractérisation qui résonne beaucoup par rapport au passé. Valeska Huber souligne que, à l'époque où les conférences sanitaires commencent à mettre en place au XIX^e siècle une gestion internationale des épidémies, la différence entre « l'Europe civilisée » et « l'Orient » est mise en avant dans la protection des frontières³⁰. L'OIHP adopte ensuite cette idée de protéger l'Europe des épidémies asiatiques, fortement inspirée du système colonial de la santé (et dont les traces perdurent jusqu'à nos jours comme l'illustre l'encadrement de

30 V. Huber, « The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894 », *op. cit.*, p. 476.

la « sécurité de santé globale³¹ »). En effet, les principaux motifs avancés pour justifier la « médecine coloniale » sont d'une part la préservation de la santé des colons et, de l'autre, la protection de la main-d'œuvre locale indispensable à l'exploitation des espaces coloniaux. Alors qu'elle aspire à aider chaque territoire quel que soit son statut politique, la SDN est obligée de travailler avec les puissances coloniales et leurs experts sanitaires³².

À ses débuts, l'OMS doit également se confronter aux empires coloniaux sur la gestion de la santé des populations colonisées et en lutte pour leur indépendance. Pour entrer en contact avec ces dernières, l'OMS est dépendante des pouvoirs coloniaux, qui se méfient de la position anticoloniale des organisations onusiennes. La France, par exemple, essaye de bloquer la création d'un bureau régional pour l'Afrique ; elle craint que ce bureau ne donne à l'OMS un accès direct à ses colonies – les territoires non-autonomes ont effectivement le droit de siéger dans les bureaux régionaux de l'OMS³³. Dans le même

31 Andrew Lakoff, *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*, Berkeley, University of California Press, 2017.

32 Tomoko Akami, « A Quest to Be Global: The League of Nations Health Organization and Inter-Colonial Regional Governing Agendas of the Far Eastern Association of Tropical Medicine 1910–25 », *The International History Review* vol. 38, n° 1, 2016, p. 1-23.

33 Jessica Lynne Pearson, *The Colonial Politics of Global Health: France and the United Nations in Postwar Africa*, Cambridge, Harvard University Press, 2018, p. 12-13.

temps, à l'image des grands programmes de l'OMS centrés sur l'aspect technique et biomédical, la France met en place, comme l'a décrit Guillaume Lachenal, un programme ambitieux de distribution de la Lomidine visant à éradiquer la maladie du sommeil dans ses colonies africaines, programme qui se solde par un échec et est marqué par des abus envers la population locale³⁴.

Les organisations intergouvernementales de la santé, de même que les organisations philanthropiques concurrencent les empires coloniaux tout en collaborant avec eux pour la gouvernance sanitaire dans les colonies. Le processus de décolonisation met-il fin à ces pratiques ? Les politiques sanitaires mises en place par les organisations internationales depuis les années 1960 s'inscrivent-elles dans la continuité de la « médecine coloniale » ou s'en démarquent-elles radicalement ? L'historiographie fournit des réponses diverses à ces questions. Par exemple, l'OMS a eu comme projet de « décoloniser » les connaissances psychiatriques en supprimant les catégorisations basées sur la race au profit de catégorisations par pays, en vue de créer une citoyenneté globale³⁵. La « déco-

lonisation » au sein de l'OMS a néanmoins ses limites. Par exemple, pendant des décennies, la majorité du personnel technique de l'OMS a été composée de citoyens d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique du Nord, ou alors a été formée dans ces régions. De plus, un examen des publications historiographiques officielles permet de mettre en lumière le désintérêt de l'OMS par rapport aux traitements traditionnels dans les vingt premières années de son existence³⁶. Avant 1970, les publications historiographiques officielles de l'OMS ne les mentionnent pas, mis à part la formation des sages-femmes traditionnelles par l'UNICEF³⁷. C'est finalement avec l'entrée de la République populaire de Chine à l'OMS au début des années 1970 que l'organisation prend au sérieux les pratiques et connaissances de la médecine chinoise

of Science in the Post-World War II: An Analysis of UNESCO's First Statements on Race (1950 and 1951) », *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, vol. 12, n° 2, 2015, p. 1-26; Sebastián Gil-Riaño, « Relocating Anti-Racist Science: The 1950 UNESCO Statement on Race and Economic Development in the Global South », *The British Journal for the History of Science*, vol. 51, n° 2, 2018, p. 281-303.

34 Guillaume Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, Paris, La Découverte, 2014.

35 Harry Yi-Jui Wu, « From Racialization to World Citizenship: The Transnationality of Taiwan and the Early Psychiatric Epidemiological Studies of the World Health Organization », *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, vol. 10, n° 2, 2016, p. 183-205. Voir aussi : Marcos Chor Maio, Ricardo Ventura Santos, « Antiracism and the Uses

36 World Health Organization, *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva, World Health Organization, 1958; World Health Organization, *The Second Ten Years of the World Health Organization, 1958-1967*, Geneva, World Health Organization, 1968; Socrates Litsios, World Health Organization, *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968-1977*, Geneva, World Health Organization, 2008; Socrates Litsios, World Health Organization, *The Fourth Ten Years of the World Health Organization, 1978-1987*, Geneva, World Health Organization, 2011.

37 World Health Organization, *The First Ten Years of the World Health Organization*, op. cit., p. 353-354.

traditionnelle. Un premier groupe d'études se rend en Chine en 1977³⁸. L'Organisation commence alors à tester les substances traditionnelles utilisées par la médecine chinoise, puis devient progressivement le centre de la gouvernance de la médecine traditionnelle. Elle assume notamment la responsabilité de standardiser les pratiques, ce qui exacerbe la rivalité des pays concernés. Par exemple, la Corée du Sud, le Japon et la Chine se battent, depuis le début des années 1980, pour être considérés par l'OMS comme le standard dans le domaine de l'acupuncture. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de prestige international, mais d'une bataille technique sur la manière de représenter, dans les rapports, un point sur un corps³⁹.

Cependant, l'OMS est également influencée par les pays anciennement colonisés qui se sont organisés pendant la Guerre froide dans le mouvement des non-alignés. Comme nous l'avons déjà mentionné, la déclaration d'Alma-Ata est le résultat des revendications de ces nouveaux pays, devenus majoritaires au sein de l'ONU à la suite de la vague de décolonisation. Un autre exemple révélateur est le lancement par l'OMS en 1977 d'une

politique d'accès aux médicaments essentiels dans tous les pays du monde, quel que soit leur niveau de revenu⁴⁰. De même, à la fin des années quatre-vingt, l'OMS s'efforce de construire des capacités de recherche dans les pays à bas revenus pour aider à la prise de décision dans le domaine de la santé au niveau local⁴¹.

Depuis les années 1990, marquées par la renaissance de la « santé globale », par les collaborations entre acteurs publics et privés, ainsi que par le financement des organisations non gouvernementales par la Banque mondiale, l'asymétrie extrême entre les pays riches et pauvres du point de vue du pouvoir et des ressources (humaines et technologiques) s'est renforcée. Aujourd'hui encore, on constate que le champ de la santé globale porte toujours des traits « coloniaux » en favorisant un système de connaissances, de pratiques, de priorités, d'acteurs, et de politiques largement euro-occidental⁴². La crise

38 S. Litsios, World Health Organization, *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968-1977*, op. cit., p. 127.

39 Wen-Hua Kuo, « You've Got the Point? Acupuncture and the Techno-Politics of Bodyscape », in Jean-Paul Gaudillière et al. (dir.), *Global Health and the New World Order: Historical and Anthropological Approaches to a Changing Regime of Governance*, Manchester, Manchester University Press, 2020, p. 130-153.

40 Jeremy A. Greene, *Generic: The Unbranding of Modern Medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2014, chap. 14.

41 George Weisz, Noemi Tousignant, « International Health Research and the Emergence of Global Health in the Late Twentieth Century », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 93, n° 3, 2019, p. 365-400.

42 Clara Affun-Adegbulu, Opemiposi Adegbulu, « Decolonising Global (Public) Health: From Western Universalism to Global Pluriversalities », *BMJ Global Health*, vol. 5, n° 8, 2020, p. 1-3; Ali Murad Büyüm et al., « Decolonizing Global Health: If Not Now, When? », *BMJ Global Health*, vol. 5, n° 8, 2020, p. 1-4; Seye Abimbola, Madhukar Pai, « Will Global Health Survive Its Decolonisation? », *The Lancet*, vol. 396, n° 10263, 2020, p. 1627-1628.

du COVID-19 a certes renforcé l'asymétrie des pouvoirs entre les pays dans le système de la santé globale ; elle a aussi mis en question le modèle d'une seule gouvernance internationale en montrant que d'autres forces et formes de gouvernance sont également en jeu. Certes, les organisations sanitaires dominantes, publiques ou privées, disposent de ressources financières et du pouvoir politique qui leur permettent de diffuser leurs politiques à l'échelle transnationale. Il n'y a pas toutefois un centre unique de décision à Genève ou New York : les connaissances politiques et pratiques proposées par les organisations hégémoniques ne suivent pas une diffusion unidirectionnelle vers les quatre coins du monde ; elles sont contestées, négociées, et quelquefois simplement ignorées. La ligne directrice de ce numéro est que si les organisations internationales ont joué un rôle dans la diffusion des pratiques sanitaires, d'autres acteurs proposant des projets différents doivent être pris en compte.

Les thèmes du dossier

Les articles de ce dossier visent à élargir les champs d'études des gouvernances de la santé globale en mettant en lumière trois thématiques souvent négligées : les entreprises multinationales qui tentent d'élargir leurs marchés à l'échelle mondiale ; les pays n'appartenant pas à la sphère nord atlantique qui exportent leurs propres modèles et pratiques sanitaires ; et finalement, les voies

de circulation des remèdes alternatifs mondialisées, soit par le biais des diasporas, soit par voie médico-diplomatique. Ce dossier démontre clairement que, sans passer par des déclarations grandioses et parfois sans le soutien des organisations financièrement ou politiquement puissantes, ces initiatives sont aussi capables de se diffuser durablement, en étant en compétition et/ou en collaboration avec les grandes organisations sanitaires, ou parfois en les évitant.

Les entreprises multinationales et les marchés globaux de la santé

Rien ne reflète mieux la taille et l'importance du marché médical mondial que les chiffres suivants : en 2019, les médicaments sont la 7^e catégorie de produits la plus commercialisée dans le monde, avec un chiffre d'affaires de 636 milliards de dollars⁴³ ; le sang, les toxines et autres cultures pour les usages médicaux occupent le 9^e rang⁴⁴ ; les instruments médicaux le 16^e⁴⁵. Et si la pénurie de masques et de désinfectants au début de l'épidémie du

43 The Observatory of Economic Complexity, « Pharmaceutical products » [<https://oec.world/en/profile/hs92/pharmaceutical-products>] (consulté en avril 2021).

44 The Observatory of Economic Complexity, « Blood, toxins, cultures, medical usenes » [<https://oec.world/en/profile/hs92/blood-toxins-cultures-medical-use-nes>] (consulté en avril 2021).

45 The Observatory of Economic Complexity, « Medical instruments » [<https://oec.world/en/profile/hs92/medical-instruments>] (consulté en avril 2021).

COVID-19 est une illustration de l'importance vitale des chaînes d'approvisionnement globales dans ce domaine, les demandes de dérogation à la propriété intellectuelle à propos des vaccins et d'autres matériels médicaux sont un révélateur des inégalités entre les pays riches et pauvres dans ces chaînes d'approvisionnement.

La construction du marché médical mondial reste toutefois un champ peu exploré par l'historiographie. Les logiques commerciales existent tout au long de l'histoire de la gouvernance internationale de la santé, ainsi que l'illustrent la position anti-quarantaine du Royaume-Uni au XIX^e siècle, liée à l'importance du commerce maritime avec l'Inde⁴⁶, les négociations concernant le commerce des drogues au sein de la SDN⁴⁷ ou encore la lutte entre l'association patronale des producteurs pharmaceutiques et l'OMS autour de la liste des médicaments essentiels⁴⁸. La manière dont les commerçants ont interagi avec les organisations internationales de la

santé avant l'arrivée de la « santé globale », ou de sa « pharmaceuticalisation » (selon la terminologie de Gaudillière⁴⁹), reste largement absente de l'historiographie. Le livre de Nitsan Chorev⁵⁰, qui fait l'objet d'un débat dans ce dossier – avec des commentaires de Simplicy Ayangma Bonoho et de Guillaume Lachenal et une réponse de l'auteure – constitue une des rares exceptions. Ce débat aborde l'enjeu important de la souveraineté pharmaceutique, qui est utilisée pour permettre la production locale des médicaments, incluant plus récemment les médicaments antirétroviraux contre le SIDA⁵¹.

Rares sont les recherches en histoire qui s'intéressent aux interactions entre les organisations internationales et les entreprises qui fabriquent et échangent des produits médicaux⁵². Deux articles de ce dossier tentent

46 Mark Harrison, *Contagion: How Commerce Has Spread Disease*, New Haven, Yale University Press, 2013.

47 William B. McAllister, *Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An International History*, London, Routledge, 2000; James H. Mills, « Colonizing Cannabis: Medication, Taxation, Intoxication and Oblivion, c. 1839-1955 », in Rohan Deb Roy, Guy N. A. Attewell (dir.), *Locating the Medical: Explorations in South Asian History*, New Delhi, Oxford University Press, 2018, p. 200-216.

48 Paul Turberg, « Le patronat ouest-européen et américain et la structuration internationale de l'industrie pharmaceutique, 1963-1971 », *Relations internationales*, n° 180, 2019, p. 75-89.

49 Jean-Paul Gaudillière, « 2. De la santé publique internationale à la santé globale. L'OMS, la Banque mondiale et le gouvernement des thérapies chimiques », in Dominique Pestre (dir.), *Le gouvernement des technosciences : Gouverner le progrès et ses dégâts depuis 1945*, Paris, La Découverte, 2016, p. 67.

50 Nitsan Chorev, *Give and Take: Developmental Foreign Aid and the Pharmaceutical Industry in East Africa*, Princeton, Princeton University Press, 2019.

51 Le cas brésilien dans les années 1990 est beaucoup mieux connu. Voir João Biehl, « Pharmaceutical Governance », in Adriana Petryna, Arthur Kleinman, Andrew Lakoff (dir.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press, 2020, p. 206-239.

52 Outre l'industrie pharmaceutique, l'OMS s'est aussi opposée à l'industrie du tabac, en particulier avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac adopté par l'Assemblée mondiale de la santé (David

de remédier à cette lacune. La contribution de Lola Wilhelm portant sur la nutrition infantile et celle de Pierre-Yves Donzé sur les industries en charge de la construction des hôpitaux retracent les collaborations entre les organisations internationales et les entreprises privées et démontrent qu'elles ne datent pas des années 1970, mais plutôt des années 1920. Nestlé et Siemens, dont les sièges sont respectivement en Suisse et en Allemagne, ont cherché à travailler avec les organisations internationales et à s'appuyer sur leurs réseaux pour accéder aux marchés dans les pays où ces entreprises n'avaient pas de proximité géographique, culturelle ou coloniale. La contribution de Donzé révèle la collaboration entre des organisations internationales, des architectes indépendants et des entreprises privées (notamment allemandes) pour la construction d'hôpitaux fonctionnels en Amérique latine, en Afrique et en Asie de l'Est, tandis que l'article de Wilhelm décrit la stratégie de Nestlé, à cheval entre les périodes coloniale et post-coloniale, de mobilisation d'associations pour pouvoir se projeter dans les territoires où l'entreprise ne disposait pas de relations solides. Ces récits éclairent d'un jour nouveau la manière dont les entreprises ont, dès l'entre-deux-guerres, instrumentalisé les organisations internationales pour élargir leurs marchés.

Reubi, Virginia Berridge, « The Internationalisation of Tobacco Control, 1950–2010 », *Medical History*, vol. 60, n° 4, 2016, p. 453-472.

De « l'Est » et du « Sud » au monde

Les recherches les plus récentes tentent de ne pas se limiter aux échanges transnationaux partant des pays dits occidentaux vers le reste du monde (ou des métropoles vers les colonies). Elles mettent en avant les influences de multiples cultures sur les pays de la sphère nord-atlantique⁵³ ou se concentrent sur les transferts entre les pays dits du Tiers-Monde et ceux du Second monde, selon la catégorisation de la Guerre froide, ainsi qu'au sein des pays du Tiers-Monde (transferts Sud-Sud⁵⁴). Dans le domaine de la santé, ces nouvelles recherches ont contribué à complexifier l'histoire des échanges transnationaux au cours du xx^e siècle. Bien que ces circuits alternatifs (Sud-Sud, Est-Sud, Sud-Nord) se soient surtout développés pendant la Guerre froide, certains se sont mis en place plus tôt, notamment parmi ou depuis les pays d'Amérique Latine⁵⁵.

53 Francesca Bray et al. (dir.), *Rice: Global Networks and New Histories*, Cambridge, Cambridge University Press, 2015; Ludovic Tournès, *Américanisation : une histoire mondiale xviii^e-xx^e siècles*, Paris, Fayard, 2020.

54 John M. Kirk, *Healthcare without Borders: Understanding Cuban Medical Internationalism*, Gainesville, University Press of Florida, 2015; Jeremy Friedman, *Shadow Cold War : The Sino-Soviet Competition for the Third World*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2015; Arunabh Ghosh, « Accepting Difference, Seeking Common Ground : Sino-Indian Statistical Exchanges 1951–1959 », *BJHS Themes*, n° 1, 2016, p. 61-82.

55 Silvia Lopez Cabana, *Chronology and History of South-South Cooperation: An Ibero-american Contribution*, Ibero-American Programme for the Strengthening of

L'article d'Anne-Emanuelle Birn sur les expériences uruguayennes visant à combattre la mortalité infantile expose ainsi que, dans les années 1920 et 1930, l'Uruguay a non seulement adapté et intégré les politiques et mesures internationales de protection de l'enfance, mais a aussi été une source d'inspiration dans les Amériques et en Europe, même quand son approche diffusée mondialement, centrée sur les droits des enfants, était associée à un gouvernement répressif. L'article met en valeur une organisation pionnière – et oubliée – de la protection de l'enfance et décrit la dynamique des expériences de ce pays et leurs circulations complexes dans le monde, en partie par le biais des organisations multilatérales.

Au-delà des trajectoires impliquant les organisations internationales de santé, les pays n'appartenant pas à la sphère occidentale ont aussi mis en place des aides bilatérales envers des pays alliés. Dans ce dossier, l'article de Bogdan Iacob sur les programmes d'aide de la Roumanie et de la Tchécoslovaquie à la Corée du Nord et au Vietnam, ainsi que celui de Jingjing Su sur la stratégie chinoise pour promouvoir ses médecines à l'étranger, montrent qu'il y a certaines similarités entre les discours humanitaires utilisés par les pays socialistes et ceux des pays capitalistes. L'article de Iacob révèle par exemple

South-South Cooperation Working Document n° 5, 2014, p. 9 [<https://cooperacionsur.org/wp-content/uploads/2020/05/18-DT05-Chrono-South-South2014.pdf>] (consulté en mai 2021).

que l'attitude des pays donateurs de l'Est envers les sociétés bénéficiaires de l'aide était empreinte non seulement d'internationalisme, de respect pour l'autodétermination et d'adaptation aux conditions locales, mais aussi de condescendance et de racisme, qu'ils partageaient avec leurs homologues humanitaires occidentaux, nonobstant la teneur anti-coloniale de la médecine socialiste.

L'article de Jingjing Su pointe de surcroît la complexité de la « diplomatie scientifique⁵⁶ ». Alors que la recherche sur ce sujet se focalise principalement sur la *Big Science*, l'article de Su montre comment la médecine chinoise, par sa dimension culturelle et scientifique ainsi que par sa composante humanitaire, est devenue un outil diplomatique très important pour la République populaire pendant la Guerre froide, notamment quand ses relations avec l'Union Soviétique ont été instables ou se sont dégradées.

Ces trois articles, qui reposent sur des fonds d'archives et des publications qui ne sont pas anglo-saxons, font découvrir des histoires de la santé globale longtemps négligées.

56 Zuoyue Wang, « The Cold War and the Reshaping of Transnational Science in China », in Naomi Oreskes, John Krige (dir.), *Science and Technology in the Global Cold War*, Cambridge, MIT Press, 2014, p. 343-370; Simone Turchetti *et al.*, « Introduction: Just Needham to Nixon? On Writing the History of 'Science Diplomacy' », *Historical Studies in the Natural Sciences*, vol. 50, n° 4, 2020, p. 323-339; Simone Turchetti, Roberto Lalli, « Envisioning a 'Science Diplomacy 2.0': On Data, Global Challenges, and Multi-Layered Networks », *Humanities and Social Sciences Communications*, vol. 7, n° 1, 2020, p. 1-9.

Abordant trois contextes et circuits différents, ces articles démontrent que les pays non-occidentaux ne sont pas des récepteurs passifs, mais des parties prenantes actives de la santé globale qui cherchent à promouvoir leurs modèles dans d'autres pays, modèles qui ont aussi été repérés et diffusés par les organisations internationales.

Les médecines traditionnelles dans le monde

Le xx^e siècle pourrait être considéré comme le moment où la médecine occidentale, basée sur les recherches en laboratoire et favorisant souvent les traitements chirurgicaux, est devenue dominante dans les systèmes de soins dans le monde. Cette médecine a souvent été intégrée dans les projets de modernisation des États, marginalisant de ce fait les méthodes traditionnelles⁵⁷. Certaines études ont néanmoins pointé que, à la marge des projets étatiques basés sur la médecine occidentale, les guérisseurs traditionnels, en Inde, au Vietnam ou au Mexique par exemple, ont continué à exercer à grande échelle⁵⁸. Dans le même temps, l'introduction

de nouvelles technologies a aussi renouvelé le système de connaissances de la médecine traditionnelle⁵⁹.

L'article de Patricia Palma fournit un récit précieux de l'existence et l'importance de la médecine chinoise en Amérique Latine et aux Caraïbes, dont l'origine se situe entre le xix^e siècle et la première moitié du xx^e siècle avec les vagues migratoires chinoises. Comme le signale Palma, la médecine chinoise, qui présente certaines similarités avec les pratiques traditionnelles des populations autochtones, est devenue un des moteurs de la diversité des soins (ou pluralisme médical⁶⁰) dans ces régions. Plusieurs épisodes illustrent le fait que la médecine chinoise ne se résume pas à une pratique confinée aux immigrants chinois, et que les populations cubaine et péruvienne y ont eu recours au xix^e siècle pour lutter contre la fièvre jaune et la tuberculose⁶¹.

À partir de sources chinoises, l'article de Su raconte un épisode au cours duquel le

Small Technologies, and Braided Sciences, Chicago, University of Chicago Press, 2016; Laurence Monnaï, *The Colonial Life of Pharmaceuticals: Medicines and Modernity in Vietnam*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019; Diego Armus, Pedro F. Gómez (dir.), *The Gray Zones of Medicine: Healers and History in Latin America*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2021.

57 Un exemple parmi d'autres est celui de la Chine à la fin des années 1920. Le gouvernement nationaliste essaye alors d'exclure la médecine chinoise du système sanitaire étatique. Voir : Hsiang-Lin Lei, *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle over China's Modernity*, Chicago, University of Chicago Press, 2014.

58 Kavita Sivaramakrishnan, *Old Potions, New Bottles: Recasting Indigenous Medicine in Colonial Punjab (1850-1945)*, New Delhi, Orient BlackSwan, 2006; Projit Bihari Mukharji, *Doctoring Traditions: Ayurveda,*

59 P. B. Mukharji, *Doctoring Traditions*, *op. cit.*

60 Marcos Cueto, Steven Palmer, *Medicine and Public Health in Latin America: A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2015.

61 Voir l'article de Palma dans ce dossier.

gouvernement chinois a collaboré avec l'OMS pour employer l'artémisinine – une substance active utilisée dans la médecine traditionnelle chinoise – dans le développement d'un médicament antipaludique dans les années 1970 et 1980. Les sources chinoises, présentées par Su, montrent que les difficultés de cette collaboration, dues au manque de confiance mutuelle, ont fait échouer ce projet. Cet article met à jour les prémices d'un épisode connu. En effet, alors que le projet de recherche sur l'artémisinine au sein de l'OMS a pris du retard, des chercheurs asiatiques ont mené des études dans divers pays d'Asie du Sud et en Afrique, en dehors de l'OMS. Leurs recherches ont conduit cette dernière à recommander en 2006 l'artémisinine comme traitement contre la malaria à *Plasmodium falciparum*⁶². Tu Youyou, chercheuse chinoise, a d'ailleurs été récompensée du prix Nobel de médecine pour ses recherches sur cette substance en 2015.

Conclusion

La pandémie du COVID-19 a eu pour effet de renverser, ou du moins d'interrompre, les narrations dominantes sur la gouvernance internationale de la santé. Des pays qui se sont souvent considérés comme des « apprentis » de la gouvernance de la santé publique, semblent être devenus, grâce à

leurs mémoires des pandémies, des innovateurs apportant des réponses efficaces : l'Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC, fondé après l'épidémie d'Ebola en 2014-2015 pour promouvoir la coopération et les capacités techniques régionales et souveraines) de l'Union africaine, par exemple, s'est chargé de distribuer 10 millions de tests entre mai et août 2020⁶³ ; la Corée du Sud a été comparativement peu touchée, profitant du cadre légal de la santé publique (Public Health Law) – qui a été révisé lors de l'épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient – pour identifier les personnes infectées⁶⁴ ; Cuba a poursuivi sa tradition diplomatique d'aide médicale en élargissant sa sphère de coopération vers les pays du « Nord⁶⁵ ». Le COVID-19 nous montre que, face à l'inconnu, les gouvernements nationaux, les organisations internationales et les populations cherchent des solutions prêtes à l'emploi pour se protéger. Chaque pratique dans un pays ou dans une région peut être imitée ou utilisée ailleurs, de

62 Nicholas J. White, Tran T. Hien, François H. Nosten, « A Brief History of Qinghaosu », *Trends in Parasitology*, vol. 31, n° 12, 2015, p. 607-610.

63 Fred Eboko, Sina Schlimmer, « COVID-19 : l'Afrique face à une crise mondiale », *Politique étrangère*, n° 4, 2020, p. 132. Voir aussi : Helen Tilley, « COVID-19 across Africa: Colonial Hangovers, Racial Hierarchies, and Medical Histories », *Journal of West African History*, vol. 6, n° 2, 2020, p. 155.

64 John P. DiMoia, « Contact Tracing and COVID-19: The South Korean Context for Public Health Enforcement », *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, vol. 14, n° 4, 2020, p. 657-665.

65 Anne-Emanuelle Birn, « How to Have Narrative-Flipping History in a Pandemic: Views of/from Latin America », *Centaurus*, vol. 62, n° 2, 2020, p. 361.

manière réelle ou rhétorique. Ces trajectoires diverses des pratiques sanitaires, aujourd'hui comme hier, font partie de la réalité de la santé globale et méritent d'être étudiées par les historien·nes. L'entretien dans ce dossier avec l'anthropologue algérien Mohamed Mebtoul sur le COVID-19 est un témoignage indispensable puisqu'il nous rappelle qu'il y a toujours des réalités locales négligées quand on parle de santé globale.

En définitive, ce dossier représente une tentative de « provincialiser » l'histoire globale de la santé pour dévoiler ses histoires complexes⁶⁶, en mettant en valeur des acteurs et

des échanges délaissés par l'historiographie en raison des difficultés d'accès aux sources et des barrières linguistiques. Notre dossier met en question les présupposés néocoloniaux sur la provenance des connaissances et du savoir-faire et la forte concentration des études sur les organisations occidentales. Grâce à la diversification des sources, des questionnements, des récits, et des perspectives, des réalités complexes et cruciales émergent sous le terme « globale⁶⁷ ».

66 Dipesh Chakrabarty, *Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Difference*, Princeton, Princeton University Press, 2008.

67 Anne-Emanuelle Birn, « Perspectivizing Pandemics: (How) Do Epidemic Histories Criss-Cross Contexts? », *Journal of Global History*, vol. 15, n° 3, 2020, p. 336-349.